

Private investeerders stimuleren de opkomst van ketens **Nieuwe toetreders**

Private investeerders denken dat met huisartsenpraktijken geld te verdienen valt. Dit leidt tot de opkomst van ketens. In de vorige editie van *De Eerstelijns* beschreef Jan-Erik de Wildt de opkomst hiervan. Nu schetst hij de effecten die deze ontwikkeling de komende jaren zal geven.

TEKST: JAN-ERIK DE WILDT **BEELD:** GERD ALTMANN / PIXABAY

Commerciële partijen. Zo stigmatiseren de traditionele huisartsen en -organisaties veelal de nieuwe toetreders in hun professie. Hun kritiek richt zich meestal op de kwaliteit van zorg, vanwege de wisselende bezetting van huisartsen en praktijkpersoneel. Maar ook over zeggenschap en lidmaatschap van de regionale samenwerkingsverbanden leven – terechte en onterechte – vragen. Toch moeten deze nieuwe toetreders serieuzer worden genomen. Zij hebben ervaring met vergelijkbare processen bij andere vrije beroepen. Ze maken gebruik van de bestaande bekostigingssystematiek, ze hebben ‘diepe zakken’ en dus doorzettingsvermogen. Daarnaast verbinden ze influencers en opinion leaders uit de huisartsenzorg aan zich. En bovenal: ze spelen in op de ontstane strategische situatie: tekorten op de arbeidsmarkt, zorgplicht voor zorgverzekeraars, veranderende wensen van jonge (vrouwelijke) parttime werkende huisartsen en

veranderende klantwensen. Kortom: wen er maar aan, want deze partijen blijven.

De lokale situatie

Naar schatting hecht een derde van de patiënten aan een vaste huisarts, voornamelijk chronisch zieken, ouderen en ggz-patiënten. Zij willen veelal ook liever persoonlijk dan digitaal contact. Maar voor jonge hoogopgeleide digivaardige patiënten zijn de nieuwkomers interessante alternatieven. En die digitalisering zal een flinke *boost* krijgen, want daarop bouwen de meeste nieuwe aanbieders hun businessmodel. Dit kan tot een verschuiving van patiënten gaan leiden: de ketens bieden een moderne, servicegerichte digitale praktijk en krijgen dito patiënten. Over het algemeen met een hoge SES. De traditionele praktijken krijgen dan de digibeten met een lage SES. Dat kan bewust beleid zijn, omdat patiëntenselectie onderdeel

kan zijn van de bedrijfsstrategie of een logisch gevolg van de keuzes in toegankelijkheid en bereikbaarheid.

De freelance- of loondiensthuisarts in een keten kan op het gebied van neventaken als opleider, bestuurswerk of advieswerk andere inzichten en belangen hebben dan de huisartsen en andere multidisciplinaire samenwerkingspartners voor wie continuïteit vooropstaat. Dit kan de lokale situatie van de huisartsenzorg beïnvloeden.

De regio

Waar op beleidsniveau regionalisering het toverwoord is, is in de huisartsen- en eerstelijnszorg de fragmentatie nog aanzienlijk. Zorggroepen, huisartsenposten, kringen, bij/nascholing, diagnostiek en regionale ondersteuningsstructuren zoeken elkaar wel meer op, maar de organisatiekracht is nog niet op peil. De nieuwe toetreders kunnen de regionale organisatiekracht verder onder druk zetten. Voor hen is het adagium 'voor en door huisartsen' niet leidend, want de *founding fathers* zijn private investeerders. De vraag is of zij zich committeren aan de kernwaarden van de huisartsenzorg of dat zij kiezen voor een andere strategische koers en zich meer laten leiden door de wensen van zorgconsumenten of zorgverzekeraars. Zeker is dat de hoeksteen van hun beleid digitalisering is. Ook daarin blijven de huidige regionale ontwikkelingen achter. Nieuwe, landelijk georganiseerde en digitaal gestuurde organisaties zullen kiezen voor hun eigen ict-systeem. Volledig geïntegreerd in de bedrijfsvoering om de efficiency te verbeteren, en de samenwerking in netwerken faciliterend.

Ook in zeggenschap gaat er wat veranderen. De meeste zorggroep- of huisartsenorganisaties zijn coöperaties, waarbij het lidmaatschap (statutair) vaak is voorbehouden aan praktijkhoudende huisartsen. Dat staat op gespannen voet met de mededingingswet, die vrije toetreding oplegt. In de apotheekwereld bestaat juris-

prudentie over de casus van een nieuwkomer die niet of slechts onder voorwaarden mocht deelnemen aan de waarneemregeling, maar via de Autoriteit Consument & Markt succesvol aansluiting heeft afgedwongen. Regionale organisaties moeten dus de toelating en zeggenschap van private praktijken gaan organiseren.

Landelijk

Ook landelijk zal nieuwe dynamiek ontstaan. De Landelijke Huisartsen Vereniging is er voor individuele huisartsen. Los van het dienstverband of organisatie. Maar zullen huisartsen die bij private partijen werkzaam zijn zich ook aansluiten bij de LHV? Zal de organisatie dat faciliteren? Wat willen nieuwkomers bereiken met een lidmaatschap of wat willen ze ervoor terug?

Deze vragen zijn wellicht nog meer aan de orde bij InEen, de branchevereniging voor organisaties met een huisartsen- of multidisciplinaire sturing. Kunnen private partijen lid worden? En als ze groter worden, wat is dan de zeggenschap binnen InEen? Hoe verhouden de landelijke organisaties zich tot de regionale organisaties die nu lid zijn? Gaan landelijke huisartsenketens allianties aan met landelijke apothekersorganisaties als Service Apotheek of BENU?

Zowel LHV als InEen is gevraagd om een reactie. Tot nu toe monitoren ze de ontwikkeling. De LHV laat de individuele huisartsen de keuze over de wijze van organisatie en ziet toe op de 'naleving' van de kernwaarden. Er is een open houding, aangezien deze organisaties een constructie bieden die een deel van de individuele huisartsen, en dus de leden, aantrekkelijk vindt.

InEen kijkt met interesse naar de ontwikkelingen en heeft vooral vragen over de regionale samenwerking. Het roept de leden op zich goed te oriënteren op het aanbod en tijdig de regionale strategie te bepalen. Is er zicht op mogelijke opvolgingsproblemen? Welke diensten kan de >>



'Mijn **voorspelling** is dat binnen vijf jaar een kwart van de **huisartsen** in dienst is bij of **verbonden** is aan een **private partij**'

regio-organisatie bijvoorbeeld zelf goed bieden? Maar InEen moet zelf ook beleid bepalen over lidmaatschap voor deze nieuwe organisaties.

Zorgverzekeraars

Zorgverzekeraars zullen in hun standpuntbepaling over de nieuwkomers verschillende afwegingen maken. De zorgplicht is belangrijk, maar een invulling met veel wisselende huisartsen en praktijkpersoneel en veel verloop onder patiënten heeft consequenties voor de kosten. Praktijkspiegels van VEKTIS laten zien dat de kosten per patiënt per jaar kunnen verdubbelen: meer verwijzingen, meer diagnostiek en meer medicatie, omdat huisartsen en patiënten elkaar minder goed kennen. Tegelijk zullen deze nieuwe organisaties de ict omarmen en sneller innoveren dan de bestaande partijen. Met ict-leveranciers zullen ze – vanwege hun slagkracht bij voldoende volume – strakker onderhandelen. En ze kunnen efficiencywinsten door bijvoorbeeld één LSP- koppeling gebruiken voor andere ict-innovatie. Zijn de private partijen ook in het medisch specialistisch circuit actief, dan kan – interne – verwijzing een drijfveer zijn. Maar ook rondom grootschalige dataverzameling is het verstandig tijdig maatregelen te nemen, bijvoorbeeld omdat zorgverzekeraars in hun inkoopbeleid opnemen dat servers in de EU moeten staan, waardoor de AVG volledig van toepassing is.

De Nederlandse Zorgautoriteit loopt – niet bewust maar door de vigerende regels – achter de feiten aan. Onder de omzetrempels hoeven concentraties niet te worden gemeld. Door de methodiek van kralen rijen worden de effecten pas een paar jaar later zichtbaar. Daarnaast

hebben de ketens een landelijke spreiding en zal dus niet snel een lokale of regionale marktmacht ontstaan. De NZa zal over enkele jaren de ontwikkeling pas achteraf beschrijven en kwalificeren.

Maatschappelijk

Verandert het beroep van de huisarts? Of is het al veranderd en spelen de nieuwkomers daar handig op in? De langetermijneffecten zijn niet voorspelbaar. Wat wordt het precieze marktaandeel van de nieuwkomers? Wordt de marktwerking nieuw leven ingeblazen? Hoe verhoudt de landelijke sturing zich tot de regionale? Wordt dienstverband de norm?

In elk geval zal aandacht moeten bestaan voor commercialisering van de huisartsenzorg. Denk aan de effecten van private investeerders die na gemiddeld zeven jaar willen cashen en voorafgaand de kosten reduceren om de balansen op te schonen. Bijvoorbeeld door te drukken op personeelskosten. Maar denk ook aan hun mogelijkheid voor versnelling in ict-innovatie. Wellicht ooit met betaalde surplus-zorg.

Ten slotte kan ook de service die bij de veelal buitenlandse partijen hoog in het vaandel staat, omdat de huisartsenzorg daar vaak privéuitgaven betreft, de markt opschudden. Denk hierbij ook aan spoedzorg en ruimere openingstijden. Hierover kan de NZa alvast nadenken. Veel zal afhangen van het succes van de private investeerders. Met een penetratiegraad van minder dan tien procent zullen ze als exoten de huisartsenzorg hooguit wat laten bewegen. Maar als mijn voorspelling uitkomt dat binnen drie tot vijf jaar een kwart van de huisartsen in dienst is bij of verbonden is aan een dergelijke organisatie, zullen ze de *gamechanger* zijn.

De regionale huisartsenorganisaties hebben drie opties. Ze kunnen afwachten wat er gebeurt en daaraan hun beleid aanpassen. Ze kunnen een alliantie sluiten met de nieuwkomer die het best aansluit bij de eigen visie, strategie en uitgangspunten. Of ze kunnen zelf het initiatief en de verantwoordelijkheid voor de zorgplicht in de regio nemen en nieuwe praktijken opzetten volgens eenzelfde model als de ketens.

<<

