

## Waarde genereren en verzilveren

# Private investeerders kopen huisartsenpraktijken

Een fenomeen dat we kennen van apothekers, tandartsen, paramedici en dierenartsen doet zich inmiddels eveneens voor in de ggz, diagnostiek en huisartsenzorg. Ook met huisartsenpraktijken valt volgens private investeerders geld te verdienen. Duiding van een trend. In deze uitgave van De Eerstelijns: deel één.

TEKST: JAN-ERIK DE WILDT

Waarom zijn private investeerders geïnteresseerd geraakt in huisartsenpraktijken? Een aantal overwegingen. De feminisering leidt tot meer vrouwelijke deeltijds-huisartsen met naar schatting een werkweek van circa 24 uur en met een focus op 'huisarts zijn' en minder op ondernemerschap. Dat laatste is ook steeds ingewikkelder geworden. Na de invoering van de Zorgverzekeringswet (Zvw) in 2006 is er steeds meer ondersteunend personeel waarvoor praktijkhouders verantwoordelijk zijn. Tegelijk zijn er arbeidsmarktproblemen, huisvestingsvraagstukken, ict-investeringen en dat alles onder een steeds verder oplopende zorgvraag, kortere ligduur in ziekenhuizen en extramuralisering van de ouderzorg. En dan ook nog innoveren? Ga er maar aan staan.

Daarnaast is het de vraag of huisartsen 'van harte' ondernemers zijn. Representatief onderzoek uit 2008 wees daar niet op. Hoewel dit onderzoek niet is herhaald, zou het geen verbazing wekken als huisartsen zichzelf steeds vooral zorgaanbieders vinden.

### Groeien

Tegelijk is flink in de huisartsenzorg geïnvesteerd. Het macrobudget huisartsenzorg wordt niet volledig benut, toch is er een stijging te zien van de totale uitgaven hierin. Vooral door de implementatie van de chronische zorgprogramma's diabetes, COPD en CVRM sinds 2008 en recenter in de ggz en ouderzorg. En het aanstellen van praktijkmanagers. Dat was nodig, maar tegelijk kunnen

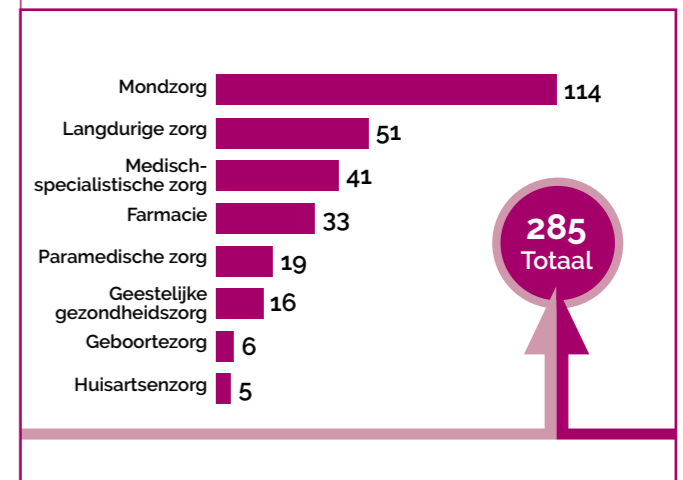
vragen worden gesteld over het (optimale) rendement van deze investeringen. De (niet meer zo) kleinschalige huisartsenpraktijken zijn gebleven. Weliswaar verenigd in samenwerkingsverbanden als zorggroepen of regionale huisartsenorganisaties, maar er is nog steeds een mandaatprobleem dat het tempo in de noodzakelijke (collectieve) veranderingen en investeringen in de bedrijfsvoering belemmert.

Tot slot is er wel een pleidooi voor kleinere normpraktijken, maar dat is praktisch niet realiseerbaar. Nu al bestaat (regionaal) een fors tekort aan huisartsen, dat door uittrekkers en feminisering verder zal oplopen. En de druk op de huisartsenzorg stijgt alleen maar door de cumulatieve druk vanuit de ziekenhuizen, ggz, jeugdzorg, ouderenzorg en het sociaal domein. Daarom heeft praktijkverkleining vooral een economisch motief: huisartsenbekostiging is voor een groot deel gekoppeld aan het aantal normpatiënten; hoe kleiner de normpraktijk is, hoe hoger het inkomen per patiënt voor de eigenaar. Praktijken zullen dus eerder groeien dan krimpen.

### Ketens

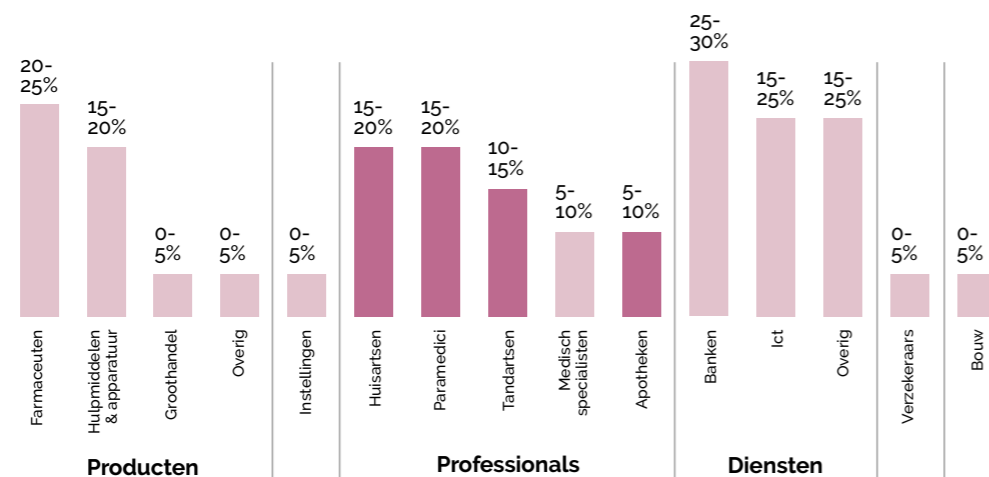
Dan de private investeerders. Zij zetten in op schaalvergroting middels ketens. Gezien de demografische ontwikkelingen is de gezondheidszorg een bestendige groeiemarkt. Op de inhoud en uitkomst van het onderzoek van Gupta Strategists uit 2015 *Winstperspectief in de zorg* valt het nodige valt af te dingen – de huisartsen worden hier neergezet als een van de economisch interessante professionals. Maar de toon was wel gezet en de investeerders hebben dit ook opgemerkt.

Het onderzoek is bovendien van belang omdat het *winstperspectief* aangeeft. Die winst is er wellicht nu niet, maar dat is voor investeerders alleen maar interessanter. De huidige prijs is nog relatief laag en er is potentieel om de winst te verzilveren door de bedrijfsvoering te verbeteren en klantgerichtheid aan te passen. Daarbij biedt grootschaligheid opties om facilitaire diensten – scholing, logistiek, inkoop, huisvesting, ict – te ontwikkelen voor de 'eigen' praktijken. Daarin ligt een tweede winstpotentieel. Daarbij speelt dat de private investeerders al eerder in andere zorgdeelsectoren stapten – tandartsen, dierenartsen – die nu verzadigd zijn. Ze kennen het kunstje al. Voorbeelden van private investeerders zijn: Arts en Zorg, Quinn, Familiedokters, Buurtdokters en Centric. Doorgaans bieden ze een combinatie van fysieke en digitale zorg. De strategie verschilt per partij: soms opkopen en direct *rebranding* (Arts en Zorg), soms 'onder de radar' in de luwte een portefeuille opbouwen. Maar allemaal hebben ze prominente strategische kopstukken uit de huisartsenzorg aan zich gecommiteerd die de huisartsenzorg goed kennen en de juiste netwerken hebben.



## Winstperspectief zorg

Winst als percentage van omzet in de diverse subsectoren in de Nederlandse zorg (2015, % van omzet, afgerond)



### Zorgverzekeraar

Dan is er nog de zorgverzekeraar. De belangrijkste reden hiervoor om zich op de huisartsmarkt te begeven is zijn zorgplicht in het kader van artikel 11 van de Zvw. Eigenaarschap van zorginstellingen is zorgverzekeraars verboden. Toch zijn er situaties waarin zorgverzekeraars juist in het kader van hun zorgplicht tijdelijk wel eigen zorgorganisaties mogen hebben of al eerder hebben gehad. Ook bestaan constructies waardoor zorgverzekeraars via aanpalende bedrijven kunnen participeren of garant staan zonder formeel eigenaar te zijn. Zo zijn de huidige Arts en Zorg-centra ooit ontsproten aan Menzis. Heeft VGZ na continuïteitsproblemen in de kop van Noord-Holland een preferent partnerschap met Co-Med. En Zilveren Kruis experimenteert met Flexdokters. De Nederlandse Zorgautoriteit monitort concentraties in de zorg en publiceerde in februari 2020 een overzicht (zie figuur hierboven) over de jaren 2018 en 2019. De trend van ketenvorming is in de huisartsenzorg pas vanaf 2020 waarneembaar, met uitzondering van Arts en Zorg, dat al veel langer actief is in de huisartsenzorg en vanaf 2011 al een private investeerder heeft: Reggeborgh. Zorgverzekeraars zijn ambivalent over deze ontwikkelingen. De komst van ketens is een uitkomst voor het aanbod van huisartsen aan hun verzekerden. Ook is een betrouwbare grotere organisatie met mandaat aantrekkelijk als contractpartner. Maar tegelijk betekent een keten meer professionaliteit en marktmacht op het gebied van onderhandelen. >>

## Geen opvolger

Hoe komen deze ketens tot stand? Het zijn vaak huisartsen die met pensioen willen en geen opvolger kunnen vinden. Vaak moet dan ook flink geïnvesteerd worden in de bedrijfsvoering en ict. Deze huisartsen, met enkele personeelsleden, moeten zelfs een aanzienlijke transitievergoeding betalen om de onderneming te staken. Als de medewerkers al lang in dienst zijn, kan dit oplopen. De maximale transitievergoeding voor een voltijdsmedewerker bedraagt 83.000 euro, peil 2020. De vertrekkende huisarts moet hiervoor dan zijn pensioenreserve of privévermogen aanspreken. Als er dan een aantrekkelijk aanbod komt om de praktijk alvast over te nemen en in deeltijd 'uit te kunnen werken', is dat voor deze groep interessant.

## 'Winst maken door de bedrijfsvoering te verbeteren'

Maar er zijn ook huisartsen die als praktijkhouder al verschillende praktijken bezitten en daarmee een potentieel ondernemersvermogen hebben opgebouwd. Deze groepspraktijken hebben al enige schaal. Vooral in grote steden bestaan huisartsenpraktijken die zijn doorgegroeid tot wel 10.000 patiënten op één AGB-code. Sinds enkele jaren zijn er ook apothekers die de praktijken opkopen of andere ondernemers die de huisartsenmarkt hebben betreden. Meestal opereren ze lokaal en treden ze hiermee niet op de voorgrond. Maar er is dus al een sprake van enige 'klontering' van huisartsenpraktijken. Daarnaast zijn er nieuwe initiatieven die aanslaan, zich spontaan doorontwikkelen en daarmee ook een bepaalde schaal bereiken. Juist door een – voor de huisartsen – onorthodoxe benadering kan dit soort initiatieven doorgroeien. Als een bepaalde omvang wordt bereikt zijn dit ook gewillige overnamekandidaten voor private investeerders. Voorbeelden hiervan zijn Flexdokters, Fonkelzorg en de Goedgezondgroep. Tot slot zijn er investeerders die zich specifiek richten op gezondheidscentra. Door het stoppen van de specifieke GEZ-bekostiging ontstaan ook daar soms continuïteitsvraagstukken. Bij deze consolidatiestrategieën oftewel samenvoeging van gelijksoortige bedrijven is veelal sprake van 'parels rijgen'. De parels vertegenwoordigen op zichzelf al een bepaalde waarde, maar als

'parelketting' nog meer. En dat is uiteindelijk de bedoeling van private investeerders: waarde genereren en die na een aantal jaren verzilveren wanneer een mooie interessante portefeuille is opgebouwd.

## Krachtige strategische beweging

Naar verwachting is dit een krachtige strategische beweging die naast de digitale virtuele huisarts het landschap van de eerstelijnszorg structureel zal gaan veranderen. Vooral omdat naar schatting binnen drie tot vijf jaar een kwart van de huisartsen op een of andere manier aan een keten zal zijn verbonden. En voor wie denkt dat ik gek ben ... dat dachten ze bij de apothekers, dierenartsen, tandartsen, diagnostiek, paramedische zorg en in de ggz ook zo'n vijf jaar geleden. <<

*Het slot van dit tweeluik is te lezen in De Eerstelijns 4 en gaat over de effecten die de beschreven trend in de huisartsenzorg met zich kan meebrengen.*



## JAARLIJKSE MARGE 100.000 EURO

Een behoudende prognose van de geldstroom die gemoeid is met deze ketenvorming: in de komende twee jaar is minimaal 200 miljoen euro beschikbaar voor de Nederlandse huisartsenpropositie.

Met pakweg 5.000 praktijken komt dit neer op gemiddeld 40.000 euro per praktijk. Als tien procent geïnteresseerd is, betekent dat gemiddeld 400.000 euro voor een overname. Met een jaaromzet van 400.000 euro, een salaris voor een voltijdshuisarts van 150.000 euro en 150.000 euro voor overige kosten, kan een jaarlijkse marge worden behaald van 100.000 euro. Exclusief winstoptimalisatie en verbetering van efficiency. Oftewel: een terugverdientijd van vier tot vijf jaar. En daarbij – op termijn – de extra schaalvoordelen van duizenden euro's per praktijk per jaar. Gaat het om gezondheidscentra, dan geldt een andere berekening, want daarmee zijn verschillende disciplines gemoeid.



## Programma online dag 1

Donderdag 3 juni

De eerste lijn op de eerste rang!

Ochtendprogramma met onderstaande sprekers onder leiding van dagvoorzitter Anouchka van Miltenburg

- Jet Bussemaker (voorzitter RvS) JetTalk | De praktijk die het verschil maakt: Gezondheidsverschillen voorbij
- Patrick Banis, directeur CAOP Arbeidsmarkt – De toekomst is nu
- Albert Jan Kruijter Instituut voor Publieke Waarden – Doen Wat Goed Is
- Rondetafelgesprek met sprekers ochtendprogramma onder leiding van Anouchka van Miltenburg

### Lunchpauze

Tijdens het middagprogramma kun je vijf interactieve workshops volgen die aansluiten bij het thema eerste lijn op de eerste rang!

- Workshop 1: Jenny Zwijnenburg en Sjeff van der Klein Ziek of eenzaam? | Hoe samenwerking tussen eerstelijnszorg en sociaal werk leidt tot gezondheidswinst
- Workshop 2: Robbert Huijsman Integrale dementiezorg thuis, uitdaging voor eerstelijners
- Workshop 3: Vliegwielen voor digitale transformatie Helpdesk; hoe organiseer je goede ondersteuning richting patiënten?
- Workshop 4: Jolanda van Boven AVG in de praktijk | mogelijkheden en kansen
- Workshop 5: Karel Bos Verdienmodel leefstijlgenesekunde in de huisartsenpraktijk | "20 jaar geleden had ik 2000 patiënten, nu ruim 3000, en toch minder druk"

Plenaire afronding door dagvoorzitter Anouchka van Miltenburg



Waar vind ik meer informatie en hoe meld ik me aan? Ga naar: [www.de-eerstelijns.nl/congres/](http://www.de-eerstelijns.nl/congres/). Via de QR-code hiernaast kun je ook aanmelden.

## Programma online dag 2

Vrijdag 4 juni

Eerste lijn en sociaal domein

Ochtendprogramma met onderstaande sprekers onder leiding van dagvoorzitter Piet-Hein Peeters

- Dagvoorzitter Piet-Hein Peeters en Anouchka van Miltenburg maken de verbinding tussen dag 1 en dag 2
- Jane Murray Cramm, hoogleraar Person-centred care – 'Persoonsgerichte zorg voor patiënten met multimorbiditeit in de huisartsenpraktijk'
- Sven de Langen, wethouder Volksgezondheid, Zorg, Ouderen en sport van de gemeente Rotterdam – De weg naar preventie moet geasfalteerd!
- Dirk Jan van den Berg, voorzitter ZN – Blijvend verzekerd van goede zorg
- Rondetafelgesprek met sprekers ochtendprogramma onder leiding van Piet-Hein Peeters

### Lunchpauze

Tijdens het middagprogramma kun je vijf interactieve workshops volgen die aansluiten bij het thema eerste lijn en sociaal domein

- Workshop 1: Jan Galesloot POH-F in de huisartsenpraktijk
- Workshop 2: Jan Joost Meijs Welzijn- of verhuizen op recept
- Workshop 3: Marcel Kerkhoven Een gezondere samenleving door middel van inwonersparticipatie | sociale innovatie en actieonderzoek | in steek, uitkomsten en handvatten voor lokale toepassing
- Workshop 4: Mark Bruin, Wolters Kluwer Gegevensuitwisseling tussen gemeenten en zorgprofessionals na invoering van de Wams (wet aanpak meervoudige problematiek sociaal domein)
- Workshop 5: Marije van den Berg Stoppen is afleren

Plenaire afronding en vooruitblik door dagvoorzitter Piet-Hein Peeters en Bianca den Outer, eigenaar van het platform De Eerstelijns.