

Spagaat tussen zorg en centen

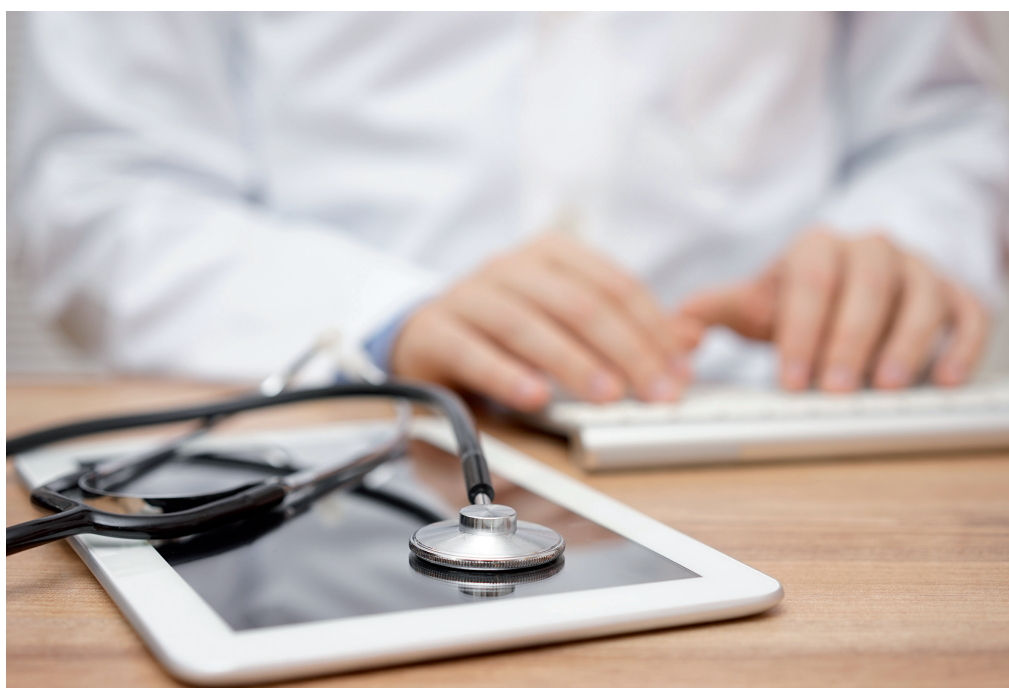
Huisartsen zijn zelfstandige beroepsbeoefenaren met een status als fiscaal ondernemer. Hoe staat het met het ondernemerschap van de huisartsen en waar krijgt de huisarts-ondernemer de komende jaren zoal mee te maken? De Eerstelijns analyseert.

Ondernemen als huisarts in de zorgsector is een vreemd fenomeen. Er is wet- en regelgeving die tegen het vrije ondernemerschap indruist. Op macro-niveau zijn dat bijvoorbeeld hoofdlijnenakkoorden en budgettaire kaders, vaststelling van tarieven en een gemaximeerd norminkomen. Op microniveau wordt het vrije ondernemerschap ingeperkt door zorginhoudelijke sturing als watchfull waiting, doelmatigheidseisen vanuit de bekostiging op gebied van medicatie, diagnostiek of verwijzen en op individueel niveau door het eigen risico of het ontbreken van een aanvullende verzekering. Bovendien laten huisartsen regelmatig de belangen van patiënten prevaleren boven bedrijfsmatige afwegingen. Dat blijkt uit een representatieve steekproef (n=534) uit 2007, direct na invoering van de Zorgverzekeringswet: 52% van de ondervraagden voelde zich uitsluitend huisarts, 41% voelde zich huisarts/ondernemer. Slechts 8% koos voor de optie ondernemer/huisarts en geen van de respondenten voelde zich uitsluitend ondernemer.

Hoewel dit onderzoek ruim tien jaar oud is, is de uitkomst volgens kenners van de huisartsenzorg nog steeds actueel. Ondernemen is voor de meeste zelfstandige huisartsen dus geen hoofdzaak, maar wel een onmisbare randvoorwaarde. Hoe staat de huisartsonderneming ervoor? In dit artikel belichten we de belangrijkste aspecten van de bedrijfsvoering.

Toename personeel

Het aantal personeelsleden per huisartsenpraktijk is de afgelopen tien jaar gestegen. Volgens het NZa praktijkkostenonderzoek 2015, heeft een gemiddelde



Digitalisering zou enig perspectief kunnen brengen in het ondernemerschap, maar dat vergt tijd, innovatiekracht en extra investering.

huisartsenpraktijk 3,68 FTE-personeel, omgerekend per FTE praktijkhouder 2,32 FTE personeel. De personeelskosten zijn 67% van de totale praktijkkosten. De arbeidsmarkt was de afgelopen vijf jaar redelijk goed voor ondersteunend personeel. Door krapte aan waarnemers, ondersteunend personeel, economische groei en aanpassingen als vakantietoeslag over overwerk, zullen de loonkosten echter de komende periode gaan stijgen¹. Terwijl de tarieven 2018 zijn vastgesteld op basis van informatie van drie jaar geleden. Daarnaast dalen of stabiliseren de vrije tarieven uit ketenzorg in S2. Ze worden zelfs ter discussie gesteld (CVRM-discussie VGZ 2017). De module praktijkondersteuning somatiek is afgebouwd in S3,

terwijl het personeel vaak al in vaste dienst is. En ook het innovatiesegment S3 wordt door zorgverzekeraars terughoudend ingezet.

Inkomen

Er worden meerdere bronnen gebruikt om het gemiddelde inkomen van een huisarts te beoordelen. Ten eerste de CBS-gegevens, die gebaseerd zijn op cijfers van de Belastingdienst. Dit zijn alleen cijfers van huisartsen met een eigen bedrijf (praktijkhouders en zzp'ers):

- 2011: 1111 mln/8070 huisartsen: resultaat voor de belasting: € 137.670,-
- 2012: 1046 mln/8015 huisartsen: resultaat voor de belasting: € 130.505,-
- 2013: 1018 mln/8080 huisartsen: resultaat voor de belasting: € 125.990,-

- 2014: 1073 mln/8560 huisartsen:
resultaat voor de belasting: € 125.350,-
 - 2015: 1040 mln/8800 huisartsen:
resultaat voor de belasting: € 118.182,-
- Uit de NIVEL-registratie 2017 blijkt dat het aantal praktijkhouders niet toeneemt. De toename komt voor rekening van zzp'ers. Ook het aantal parttimers neemt toe als gevolg van feminisering. Dat blijkt ook uit het stijgend aantal huisartsen tussen 2011 en 2015 (+11%).

De tweede bron voor het beoordelen van het gemiddelde inkomen van de huisarts is het rapport Ezeltje strek je² van strategisch adviesbureau Gupta. Hieruit zou blijken dat huisartsen 15 tot 20% winst maken bovenop het norminkomen. Bij navraag van De Eerstelijns gaf men echter aan: *'We hanteren in de studie een norminkomen van EUR 110k, terwijl we op basis van CBS de facto EUR 180k looninkomsten zien bij praktijkhoudende huisartsen. Het verschil beschouwen we in de studie als winst. We drukken dit in de studie uit als een percentage van de omzet, waardoor we uitkomen op een schatting van 15-20%'* (Daan Livestro, Gupta 28 november 2017). Indien uitgegaan zou zijn van het norminkomen van €125.237 dan is al deze winst (15%) verdampt.

Ook de NZa komt in haar praktijkkostenonderzoek 2015 tot de conclusie dat de tarieven heel licht verhoogd moeten worden om bij een lagere rekennorm (2095) het norminkomen te kunnen genereren. Deze aanpassingen zijn per 2018 doorgevoerd. Dit inkomensbeeld wordt bevestigd door het CBS in 2017. Het nieuwsbericht hierover kopt: Omzet zorgpraktijken 50% hoger in 10 jaar³. Maar in de tekst staat dat de kosten harder zijn gestegen dan de opbrengsten en dat hierdoor het nettorendement van de huisartsenonderneming is gedaald.

nooit meer werken dan 40 uur per week. Alle extra werkzaamheden worden als niet gewerkt beschouwd. Daarmee wordt het norminkomen – in 2018 exclusief ANW-vergoeding €135.029,39 – per definitie verkeerd ingeschat, evenals de S1 tarieven van de NZa.

Zorgvraag

De complexe zorgvraag van kwetsbare ouderen (met een groei van 4% per jaar), GGZ, jeugdzorg, toename van chronisch zieken (groei 3,5% per jaar), sneller ontslag uit het ziekenhuis na een

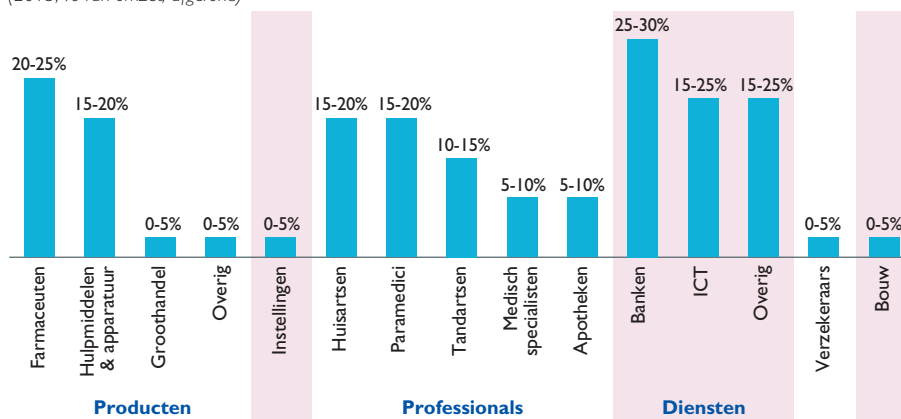
Ondernemen is voor de meeste zelfstandige huisartsen geen hoofdzaak

Werktijden

Een vertekend beeld van het inkomen ontstaat ook doordat nog steeds wordt voortgeborduurd op een structurele weeffout bij het praktijkkostenonderzoek⁴ ten aanzien van de werktijden. De huisarts kan in de onderzoeksopzet

ingreep en probleemgezinnen maken de zorgvraag groter en ingewikkelder. Hierdoor wordt de huisarts overvraagd en zijn de ooit ingestelde consult- en visitetijden niet langer toereikend. Maar dit zijn nog wel steeds de parameters waarmee de bedrijfsvoering bekostigd wordt. De financiële middelen voor de POH-GGZ ontbreken.⁵

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



Onderschrijding macrobudget

Op basis van de meest recente kostencijfers van de databank van Zorginstituut Nederland lijkt 2017 het derde achtereenvolgende jaar te worden met een onderschrijding van het huisartsenkader, waarbij de kosten van multidisciplinaire zorg (wel) het eigen kader overschrijdt, maar de kosten van huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg samen ruim onder het kader blijven. Ook in 2015 en 2016 is het makroader onderschreden.

Stapeling vraagstukken

Al eerder vroeg De Eerstelijns aandacht voor de driedubbele ondernemersklem; het makro kader, norminkomen en personeel in loondienst (juni 2015). Helaas zonder resultaat. Hoogleraar huisartsengeneeskunde Patrick Bindels van de Erasmus Universiteit pleit vanuit inhoudelijk perspectief al om een betere afbakening van het medisch domein⁶, omdat het sociaal domein steeds meer aandacht vergt. De LHV vraagt vanwege

de drie zaken waarop de huisartsenzorg en -opleiding te kort komt. Een laatste vraagstuk is het feit dat een aanzienlijk deel van de vaak fulltime mannelijke huisartsen uit zal stromen de komende jaren. Dit wordt niet gecompenseerd door de instroom van deeltijd werkende vrouwelijke huisartsen. Kortom een tekort aan praktijkhoudende huisartsen dreigt en zal door het beperken van het makro kader huisartsen- en multidisciplinaire zorg versterkt worden.

stendig te maken. Een fundament onder alle facetten van de praktijkvoering. In dit artikel hebben wij ons beperkt tot de drie bouwstenen van bekostiging. Andere facetten, zoals wetgeving, zorginhoud, patiëntgerichtheid, motivatie, organisatie en logistiek, zijn net zo belangrijk. <<

Tekst:

Anton Maes

Jan Erik de Wildt

Yvonne Guldemond

Foto's: Thinkstock

Nog geen drie procent van de afgestudeerde huisartsen wil praktijkhouder worden

de stijgende zorgvraag, complexiteit en werkdruk om praktijkverkleining tot 1800 personen per normpraktijk. Een daling van circa 14% qua aantal patiënten. Echter, het aantal in opleiding zijnde en beschikbare huisartsen is niet genoeg om deze maatregel binnen vijf jaar uit te voeren. Het aantal huisartsen dat klaar is met de opleiding en praktijkhouder wil worden in het eerste jaar na afronden van de opleiding is slechts 2,3%⁷.

Dat is wellicht de belangrijkste bedreiging van het ondernemerschap van de huisarts: het verminderde aanzien van de huisarts in het zorgveld en de positie van de huisarts als regiehouder van de patiënt die complexe zorg nodig heeft. Digitalisering zou enig perspectief kunnen brengen in het ondernemerschap, maar dat vergt tijd, innovatiekracht en extra investering⁸. En dat zijn nu juist

Conclusie

Het wordt voor alle partijen een enorme uitdaging om de voor ons zorgsysteem belangrijke huisarts-ondernemer te behouden, de 24/7 huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg van een goed fundament te voorzien en toekomstbe-

- 1 Cao huisartsenzorg 2017: +2%, 2018: + 1,5% en 2x een eenmalige uitkering van 0,5%.
- 2 Ezeltje strek je, Gupta Strategists, Amsterdam, 13 maart 2017
- 3 CBS 15 november 2017
- 4 Praktijkkostenonderzoek NZa over het jaar 2015; uitgevoerd in 2017
- 5 <http://zorgenstelsel.nl/financiering-poh-ggz-koe-koeksjong-of-zangvogel/> Anton Maes juli 2017
- 6 Huisartsenzorg heeft grenzen NTvG Bindels 2017
- 7 SHBO exit enquêtes na beëindiging opleiding tot huisarts
- 8 ZO! maatschappelijke business case eHealth voor huisarts negatief 2016



Personeelskosten vormen het grootste deel van de praktijkkosten.