

# De driedubbele ondernemersklem

De huisartsenpraktijken spelen de komende vijf tot tien jaar een cruciale rol in het veranderende zorgsysteem. Zowel voor de substitutie als de versterking van de rol van patiënten in het zorgproces, gebruik van e-health en koppeling met het sociale domein. De meeste huisartsen zijn als zelfstandig ondernemer actief. Daarbij lopen zij tegen een hinderlijk probleem aan: de driedubbele ondernemersklem. Wat houdt deze klem in en hoe is dat op te lossen?

Wat is het geval? De huisartsenvoorziening krijgt zijn bekostiging uit drie segmenten. Het eerste segment kent maximumtarieven, het tweede en derde segment kennen vrije prijzen. Maar op het niveau van de gemiddelde huisartsenvoorziening is het norminkomen de eerste klem. Immers als een huisarts inspeelt op de maatschappelijke veranderingen en op verzoek van zorgverzekeraars gemiddeld in Nederland meer werkzaamheden gaat doen dan vindt er eenmaal per drie tot vier jaar een kostenonderzoek plaats en past de NZa tarieven in S1 aan. Dat risico wordt ook gelopen in S2 en S3 hoewel daar vrije tarieven gelden. Daarmee wordt de huisarts gestraft voor meer werkzaamheden en het ondernemerschap geremd.

volume component die een rol speelt. Er komen steeds meer ouderen en chronisch zieken die langer thuis wonen en de gemiddelde consultfrequentie per jaar stijgt daarmee. Maar ook bijvoorbeeld de 3-plus-regeling bij de POH-ggz, waarmee e-health en consultatie van een psycholoog betaald worden uit het huisartsenbudget. Het volume groeit autonoom, maar het budget niet. In 2015 heeft zeventig procent van de huisartsen een POH-ggz en is er al 40 miljoen overschreden. Als de POH-ggz uitbreidt naar honderd procent, loopt het tekort verder op met als gevolg lagere tarieven.

In S2 en S3 worden steeds meer en uitgebreidere multidisciplinaire ketens ontworpen en geïmplementeerd. Door

## Ondernemersrisico niet afgedekt

De derde klem is het extra personeel en ruimtes. De huisartsenvoorziening krijgt steeds meer risico's. Huurcontracten voor vijftien jaar zijn gebruikelijk, maar wat te doen als we over vijf tot tien jaar meer e-health of telemedicine hebben en dan weer minder vierkante meters? Wie neemt dan het verlies? Kortere huurtermijnen zijn wel mogelijk, maar tegen hogere kosten en die worden niet gedekt in de tarieven. En de voorinvestering als er steeds meer ondersteunend personeel komt en daarvoor voldoende vierkante meters nodig zijn? Of wat te doen met de kosten van doorbetaling bij ziekte? Als een huisartsenvoorziening getroffen wordt door een ernstige ziekte van een medewerker kan er een periode van acht jaar loon-doorbetaling plaatsvinden. Dat risico is niet zo groot, maar als het een individuele praktijk treft, is de financiële schade enorm. Meer personeel is dus een risico, maar er vindt geen risico-opslag plaats in tarieven van S1, en in S2 en S3 betalen zorgverzekeraars dit liever niet. Ook zien we in bepaalde gebieden (grote steden en krimpregio's) personele problemen ontstaan, die de salarissen opdrijven. Terwijl de berekeningen altijd uitgaan van gemiddelde cao-schalen, moet men marktconform belonen en dat kan hoger zijn. Tot slot zien de huisarts-ondernemers de administratieve lasten (transactiekosten) steeds verder toenemen en neemt de netto inzetbaarheid van personeel voor de directe zorg af door de opgelegde bureaucratie.

*Terwijl berekeningen altijd uitgaan van gemiddelde cao-schalen, moet men marktconform belonen en dat kan hoger zijn*

## Tariefkorting achteraf

De tweede ondernemersklem is het Macro Budgettaire Kader Zorg en het Macro Beheers Instrument. Bij alle (deel)budgets van ministeries is de standaardmethode dat bij een budgetoverschrijding een kaasschaafkorting plaatsvindt op alle tarieven. Met terugwerkende kracht. In S1 is het vooral de

medisch-specialistisch consult, farmaceutische zorg, diagnostiek, BGGZ en wijkverpleegkundigen of specialisten ouderenzorg nemen de kosten van de multidisciplinaire zorg toe en die worden één op één opgeteld bij het huisartsenbudget. Daarmee ontstaat de tweede klem; de tariefkorting achteraf door overschrijding van het macrobudget.



Foto:  
Freeimages

## Mogelijke oplossingen

Hoe ontkomen we aan de driedubbele ondernemersklem?

**1 Afschaffen van het norminkomen.** In een gereguleerde markt met vrije prijzen is het norminkomen een onzinnig en onwerkbaar instrument geworden. De maatschappelijke waarde van de huisartsenvoorziening bij de huidige transitie is hoog, terwijl gelijktijdig het ondernemersrisico van de huisarts toeneemt. De hieruit voortvloeiende opbrengsten kunnen dan ook in deze transitieperiode hogere inkomsten rechtvaardigen voor de huisartsenvoorziening. Afspraken over concrete resultaten.

**2 Geen kostenonderzoek de komende vijf jaar onder huisartsen.** Er is een grote regionale differentiatie ontstaan tussen de verschillende huisartsenpraktijken. Bij de invoering van de nieuwe huisartsen- en multidisciplinaire bekostiging is gebleken dat innovatieve huisartsen hier nadeel van ondervinden. Ook regionale verschillen, fasering in ontwikkeling en prestatiebekostiging nemen toe. Dat rechtvaardigt een terughoudende opstelling bij kostenonderzoek. Effect is stilzwijgend accepteren van overschrijding van het norminkomen, mits de huisartsen de verantwoordelijkheid nemen om de maatschappelijke transitie te dragen en tegelijk aan oplossing 3 werken.

**3 Het norminkomen handhaven en de normpraktijk verlagen.** De normpraktijk verlagen van 2.168 naar 1.800 verzekeerden (-17 procent) bij een min of meer gelijkblijvend norminkomen dat vanwege de maatschappelijke waarde van de huisarts gehandhaafd blijft. De huisarts kan dan met een lager aantal patiënten het norminko-

men verdienen en per patiënt meer doen. Dat moet ook, omdat de huisarts steeds meer complexe patiënten krijgt en ondersteunend personeel moet aanstellen, aansturen en superviseren.

**4 Het norminkomen alleen van toepassing laten zijn op S1.** Vanwege de maximumtarieven is regulering in dit segment wel haalbaar. S2 en S3 zijn vrije prijzen en daar werkt een norminkomen niet. Ondernemerschap in S2 en S3 wordt dan gestimuleerd, als er ook voldoende macrobudget wordt vrijgespeeld (zie artikel over substitutiemonitor op pagina 12).

**5 Stimuleren van substituten.** Door meer wijkverpleegkundigen, medisch specialisten in de eerstelijnszorg, innovatieve diensten als Constamed of Care2go of meer e-health en e-diagnostiek. Verschuiving naar zelfmanagement of concurrentie moet dan opwegen tegen de huidige groeiende zorgvraag. In combinatie met opleiden van meer huisartsen. De recente uitbreiding van 720 naar 750 opleidingsplaatsen per jaar (+4 procent) wordt alleen al opgebruikt vanwege de verlaging van de normpraktijk anderhalf jaar geleden van 2.350 naar 2.168 patiënten. De extra nieuwe huisartsen bieden dus geen oplossing voor schaarste. Meer

inzetten van medisch specialisten in de eerste en anderhalve lijn is een optie die op korte termijn ruimte kan bieden. Daardoor kan er op termijn een overschot van huisartsen ontstaan en treedt er marktwerking en prijsconcurrentie op. Op de lange termijn moeten huisarts-ondernemers net als andere ondernemers inspelen op een concurrerend aanbod.

## 6 Samenvoeging Macro Budgettaire Kaders of een apart dynamisch substitutiekader.

Door substitutie dalen de kosten van de ziekenhuizen/medisch-specialistische zorg en ggz. Zorgverzekeraars moeten actief met budgets schuiven. De overheid moet toezien op de mate van substitutie. De daartoe door ZN ontwikkelde substitutiemonitor moet transparant en controleerbaar zijn, bijvoorbeeld door de NZa. In een tijdspanne van twee tot tien jaar is er een nieuwe mogelijkheid door zorgkosten te substitueren van de huisartsen- en multidisciplinaire zorg naar zelfmanagement. Gezien de functionele omschrijving is het hanteren van discipline-gebonden budgets discutabel.

De drievoudige problematiek vraagt een meervoudige oplossing. De Eerstelijns is voorstander van een proactieve benadering, omdat een *laissez faire*-benadering veel schade zal berokkenen aan de patiëntenzorg, het zorgstelsel, het vertrouwen tussen partijen en risico op overbelasting van huisartsen vergroot. Een combinatie van oplossingen biedt het meeste perspectief. Niets doen is geen optie, omdat het noodzakelijke ondernemerschap wordt afgeremd in plaats van gestimuleerd. <<

Jan Erik de Wildt, directeur de Eerstelijns  
Ad van Gorp, adviseur eerstelijnszorg