



Inkomen is in acht jaar tijd al bijna gehalveerd

Huisartsen zijn geen zakkenvullers

Sandra Bijl,
huisarts te Rotterdam

Correspondentieadres:
s.bijl10@kpnplanet.nl;
c.c. redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling
gemeld.

Volgens minister Schippers zijn huisartsen niet bereid hun bijdrage te leveren in deze tijd van financiële crisis. Daarmee schetst zij een totaal verkeerd beeld van deze beroepsgroep. De feiten vertellen een heel ander verhaal.

Minister Schippers is ervan overtuigd dat een huisarts minstens 150.000 euro per jaar verdient. Huisartsen kunnen volgens haar best 20.000 euro inleveren gezien de huidige financiële situatie van Nederland. Iedereen moet de broekriem aanhalen, dus ook de huisarts, zo stelde zij. De situatie is

helaas niet zoals de minister het voorspiegelt en zij schetst op deze manier een zeer negatief beeld van huisartsen.

Winstdaling

Twaalf jaar ben ik inmiddels huisarts. Tijdens deze periode is er financieel veel veranderd voor

Als huisartsen een inkomen zouden hebben van minstens 150.000 euro, dan was de RAI op 6 oktober niet volgestroomd met duizenden collega's.

beeld: Maurice Boyer, HH

De tweede lijn wordt toch al bevoordeeld

huisartsen. In 2002 had ik samen met een collega een duopraktijk in het oosten van het land. Een praktijk met 3000 patiënten. Onze omzet voor 2003 bedroeg 255.000 euro. De gezamenlijke winst was 188.000 euro.

Het gezamenlijke belastbaar inkomen (samen 1fte) 140.000 euro, per huisarts dus 70.000 euro.

De hoge winst was het gevolg van de veel lagere kosten destijds. Eén fulltime doktersassistente was voldoende. Geen POH (praktijkondersteuner), POH-ggz (praktijkondersteuner geestelijke gezondheidszorg) of PA (physician assistant) als personeel. De huisartsen werkten samen 1 fte en konden zo, samen met een assistente, alle zorgvragen aan. Per 1 januari 2010 heb ik een solopraktijk in een achterstandswijk in Rotterdam overgenomen. Wederom een praktijk met drieduizend patiënten. Naast mijzelf, nu fulltime werkzaam, heb ik 3,14 fte ondersteunend personeel nodig om alle zorgvragen en problemen aan te kunnen.

De omzet van mijn onderneming in 2010 bedroeg 354.700 euro: een stijging ten opzichte van 2003 met 1 ton. De winst bedroeg 123.000 euro. Dat betekent een winstdaling van 65.000 euro in acht jaar tijd. Nu staat winst niet gelijk aan inkomen. Daar moeten nog diverse verplichte premies voor verzekeringen en pensioen van af. Het

belastbaar inkomen voor 2010 bedroeg 84.000 euro voor 1 fte (tegen 140.000 euro in 2003; een inkomensverlies van 40 procent). Uit de benchmarkgegevens van mijn accountant blijkt dat dit het gemiddelde voor huisartsen met een praktijk van 3000 patiënten is.

Zorgkosten ombuigen

In plaats van een collega-huisarts heb ik een physician assistant in dienst genomen. Hij werkt 38 uur per week voor hetzelfde geld waar een collega-huisarts in loondienst 24 uur voor werkt. Een PA heeft nog steeds geen BIG-registratie. Dit betekent dat je als werkgever ook supervisor bent en te allen tijde eindverantwoordelijk. Daarin zit ook het prijsverschil. Het initiatief voor het inzetten van PA's in ziekenhuizen en eerstelijnszorg kwam van VWS. Het zou de zorgkosten kunnen ombuigen in het licht van de aankomende vergrijzing en dus toenemende zorgbehoeften. Artsen zouden onvoldoende in staat zijn deze op te vangen. Een groot deel van de chronische patiënten wordt nu door de POH's en de huisarts samen

gecontroleerd en behandeld tot tevredenheid van alle drie de partijen.

Maar deze zorg blijkt nu duurder uit te vallen dan de minister gedacht had. Er is een overschrijding van het budget dat de minister voor de huisartsenzorg over heeft. De zorgverschuiving van de tweede naar de eerste lijn van patiënten heeft niet voor de kostenbesparing gezorgd waar VWS op gehoopt had. De specialisten hebben namelijk andere activiteiten ontplooid om hun winst op zijn minst gelijk te houden: de kern van marktwerking. De tweede lijn wordt toch al bevoordeeld. De minister bepaalt welke cholesterolverlagers de huisartsen mogen voorschrijven, maar zij legt geen enkele restrictie op aan de artsen in de tweede lijn. Waarom leggen de zorgverzekeraar en de minister ons normen op, met financiële consequenties, die ze de specialisten niet opleggen? Waarom wordt er met twee maten gemeten?

In de buurt

In 2006 startte mijn voorganger met andere huisartsen in de wijk een zorggroep. Niet elke collega in de zorggroep heeft ruimte om een POH te huisvesten, dus er werd gekozen voor een centrale locatie in de wijk. Het pand was niet direct geschikt voor onze ondersteuners en moest worden verbouwd. De kosten voor onze POH's zijn door deze keuze nooit dekkend geweest met de vergoeding van de zorgverzekeraars. Kwalitatief goede zorg voor chronisch zieken in de wijk Rotterdam-Lombardijen kost de huisartsen een deel van hun eigen winst.

Aangezien het maatschappelijk werk, de fysiotherapie en ik, net als minister Schippers, de visie delen over zorg en welzijn dicht in de buurt bij de steeds ouder wordende patiënten en de sociaal zwakkere patiënten, zullen we half november verhuizen naar een eerstelijnscentrum. De fysieke nabijheid van meerdere eerstelijnswerkers verhoogt de kans op daadwerkelijk bereiken van met name de allochtone en/of kansarme patiënt bij het maatschappelijk werk, de psycholoog, het loket vraagwijzer of de fysiotherapeut.

De invulling van onze visie betekent een stijging van de huisvestingskosten van 21.000 naar 39.000 euro per jaar. Het was mijn keuze een deel van mijn eigen inkomen hiervoor in te leveren. Het huurcontract met een looptijd van 17 jaar werd ondertekend, één week voordat bekend werd dat de minister de 20.000-euro-maatregel wilde opleggen aan elke huisartsenpraktijk.

Broekriem

Als huisartsen, zoals de minister volhoudt, een inkomen zouden hebben van minstens 150.000 euro, dan was de RAI op 6 oktober niet volgestroomd met duizenden collega's en ondersteunend personeel. Deze opkomst betekent niet dat we de broekriem niet willen aanhalen, dat hebben we de afgelopen jaren al gedaan. De minister kleedt de eerstelijnszorg en de huisartsen nu letterlijk uit.

In 2012 zal mijn winst door de korting van de minister en de toename van de huisvestingskosten volgens mijn accountant rond de 80.000 euro komen te liggen. Dit betekent een belastbaar inkomen van ongeveer de 47.000. Tel ik alle patiëntgebonden tijd bij elkaar op – fulltime in de praktijk plus de 25 diensten per jaar – dan kom ik op 2078 uur per jaar wat leidt tot een uurtarief van 21,66 euro. Als vrijgevestigde huisarts doe ik echter nog meer: administratie, vergaderingen, verplichte nascholing, managementtaken. Neem ik deze uren mee in de berekening dan kom ik op een uurtarief van 19,07 euro.

Ter vergelijking: mijn PA heeft een jaarinkomen van 44.000 euro. Een huisarts in loondienst met een fulltime dienstverband verdient 69.000 per jaar.

Redding

Als je een en ander niet goed doorrekent, zou je kunnen denken dat er redding op komst is: onze preferente zorgverzekeraar geeft immers aan dat de visie van de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) uitstekend aansluit op die van hen. Zij stelt dat optimale toegankelijkheid

van huisartsenzorg voor hun verzekerden van groot belang is. Zij gelooft ook dat goede toegankelijke huisartsenzorg hand in hand gaat met kwaliteit en doelmatigheid. Huisartsen kunnen daarom een financiële tegemoetkoming van 6 euro per patiënt

krijgen als zij aan de volgende voorwaarden van de verzekeraar voldoen. Daarmee kwalificeren zij zich als een zogeheten pluspraktijk.

Voorwaarde 1: De praktijk is zonder onderbreking open tussen 8.00 en 17.00 uur.

De patiënt mag dus te allen tijde de praktijk binnenlopen en dient te woord te worden gestaan. Dit zal zeker drempelverlagend en kostenverhogend gaan werken. Men zal even snel binnenlopen in verband met hoesten, keelpijn of pukkeltje sinds één dag. Daar gaat ons stre-

ven naar het verhogen van de zelfredzaamheid. We hebben speciaal een wachtkamerscherm aangeschaft met een powerpointpresentatie, die ook nog eens verbaal ondersteund wordt voor diegenen die geen Nederlands kunnen lezen, om patiënten te leren wanneer je wel en wanneer zeker niet naar de huisarts hoeft. Is continue beschikbaarheid echt betere zorg? In ieder geval veroorzaakt het een toename van de zorgkosten: elk direct patiëntencontact mag worden gedeclareerd als een consult.

Voorwaarde 2: Patiënten moeten tussen 8.00 en 17.00 uur zonder beperking kunnen bellen naar de praktijk om afspraken te maken en vragen te stellen – nooit meer een bandje.

Dit betekent dat de huisarts gedurende negen uur een assistente aan de balie dient te hebben en negen uur een assistente aan de telefoon. Kan een assistente dat niet allebei? Op een maandagmorgen tussen 8.00 en 12.00 uur ontvangt onze assistente 68 telefoontjes, dat zijn er 17 per uur. Daar zitten de ingesproken berichten van de herhaalrecepten niet bij. Gemiddeld heeft ze dus 3 minuten per telefoontje, zonder de taak van patiënten aan de balie te woord staan. Nu hebben wij conform de toolkit Bereikbaarheid van de LHV een perfecte bereikbaarheid. Wij zijn minder vaak in gesprek, maar de patiënten staan wel veel langer in de wacht. Dit leidt tot frustratie en irritatie bij de patiënten in onze wijk die bijna allemaal een prepaid telefoon hebben. Dit betekent dat de spoedlijn diverse keren per dag gaat met een verzoek om een afspraak of een simpele vraag. Gelukkig is er zelden sprake van een levensbedreigende situatie. De verbeterde telefonische bereikbaarheid heeft alhier niet geleid tot een grotere tevredenheid onder onze klanten.

Nu heeft een assistente behalve contact met patiënten aan de balie en aan de telefoon ook nog andere taken: haar eigen spreekuur (taakdelegatie, zodat meer zorgvragen en problemen per praktijk kunnen worden opgelost) en diverse administratieve handelingen.

Daarnaast heeft een assistente volgens haar cao recht op een lunchpauze van een halfuur. Elke praktijk heeft tevens zowel in de morgen als in de middag 15 minuten koffie-/theepauze. Dat is ook echt nodig, voor ál het personeel en de dokter zelf, om goed geconcentreerd te kunnen blijven werken.

Een uitbreiding van 0,5 fte doktersassistente kost je op jaarbasis 15.500 euro per jaar. Even los van het chronisch tekort aan doktersassistenten in Nederland.

**Voor volgend jaar
kom ik uit op een uurtarief
van 19,07 euro**

Dat minister Schippers huisartsen zakkenvullers vindt, maakt haar blind en doof voor de werkelijke feiten.

beeld: Marijn Alders, HH



SAMENVATTING

- Minister Schippers rekent de huisartsen veel rijker dan ze werkelijk zijn. De afgelopen jaren hebben zij al 40 procent van hun inkomen ingeleverd.
- De oplossingen van de minister om de budgetoverschrijdingen te beteugelen, leveren alleen maar verdere kostenstijging in eerste en tweede lijn op.
- Het extra geld dat zorgverzekeraars huisartsen bieden als zij een 'pluspraktijk' voeren, weegt niet op tegen de kosten ervan.
- Zo verdwijnt de gedrevenheid van huisartsen, wat de kwaliteit van de huisartsenzorg ondermijnt.

Voorwaarde 3: De praktijk mag maximaal tien dagen per jaar gesloten zijn.


Wil je aan deze (optionele) eis voldoen, dan moet je dus extra assistenten inhuren. Het ondersteunend personeel heeft namelijk recht op vijf weken vakantie per jaar. Via een uitzendbureau kun je één assistente inhuren voor 260 euro per dag. Bij 2 fte is dat dus 500 euro per dag. Op jaarbasis 12.500 euro. Dan is de huisarts nog niet op vakantie geweest. De kosten voor een waarnemer voor vijf weken per jaar zal minstens 20.000 euro bedragen. Kortom: om te voldoen aan de cao van het personeel en als huisarts zelf niet burn-out te raken, moet daar minimaal 32.500 euro voor betaald worden. De zorgverzekeraar wil je hierin voor 6 euro tegemoetkomen. Er is echter 16 euro per patiënt per jaar nodig om een pluspraktijk budgetneutraal te houden. De huisarts krijgt er dan wel een gratis wachtkamerscherm bij, waarop de verzekeraar reclame kan maken voor zichzelf.

Kostenstijging

Voor 6 euro per patiënt per jaar kun je dus een pluspraktijk worden. Dat betekent 18.000 euro per jaar. Bijna de 20.000 euro die minister Schippers wil bezuinigen. De oplossing voor ons probleem in de regio Rotterdam? Vanaf volgend jaar wil minister Schippers een maximum stellen aan het aantal verwijzingen van huisartsen naar de tweede lijn, namelijk 174 verwijzingen per duizend patiënten per jaar. Dat zal tot een kostenstijging leiden. Nog erger is dat het het vertrouwen van patiënten

in hun eigen huisarts zal ondermijnen als je een terecht verzoek tot verwijzing afwijst, met als gevolg dat patiënten zich nog vaker zelf verwijzen naar de spoedeisende hulp of eerder 112 bellen. Ook het aantal interne verwijzingen in de tweede lijn zal toenemen.

Enige waardering, respect en begrip voor de dokters die met de goedkoopste middelen – een goed functionerend oor en een gevulde dokterstas – de meeste patiënten kunnen begeleiden, ondersteunen en behandelen zou de minister niet misstaan. Zeker nu ook de 'plusconstructie' voor huisartsenpraktijken die zorgverzekeraars aanbieden, meer blijkt te kosten dan dat ie oplevert.

Dat ze de overtuiging heeft dat huisartsen zakkenvullers zijn die niet bereid zijn hun bijdrage in de financiële crisis te leveren, maakt haar blind en doof voor de werkelijke feiten. Daarmee breekt zij de huisartsenzorg van Nederland, die wereldwijd geroemd wordt, steen voor steen af, waardoor de zorgkosten alleen nog maar verder zullen stijgen. Alleen verder investeren in de eerste lijn én eisen stellen aan de tweede lijn kunnen de zorgkosten ombuigen. 



Zie het online dossier Huisartsenkorting voor meer berichten en commentaren over dit onderwerp. Huisarts Sandra Bijl schreef ook columns, lees ze online op www.medischcontact.nl/zoetzuur.