

Huisarts, zet de tering naar de nering!

Publicatie	Nr. 38 - 23 september 2011
Jaargang	2011
Rubriek	Artikelen
Auteur	Herman Suichies
Pagina's	2281-2283

Bezuiniging huisartsenzorg gaat ingrijpende gevolgen krijgen

Terwijl de kosten voor de huisarts jaarlijks stijgen, wil de minister zo'n 20 duizend euro per praktijk bezuinigen. Dat betekent aanbod schrappen. Avondspreekuur? Innovatie? Huisartsenteamversterking? Ik dacht het niet.

Hoe is het nou toch mogelijk denk je, zittend op het terras op een van die spaarzame mooie avonden in augustus. Hoe kan het toch dat onze minister, die zegt voor versterking van de eerste lijn te zijn, een dusdanige bezuiniging oplegt dat ik eigenlijk niet goed weet hoe dat op te vangen. 132 miljoen maar liefst, ongeveer 20 duizend per praktijk, moeten we zien te besparen. Terwijl ik net begrepen heb dat door de nieuwe cao mijn assistentes 1,25 procent erbij krijgen. Ook de 20 uur scholing in werktijd moet door mij betaald worden, evenals de aanstaande vijfjaarlijkse herregistratie. Ik betaal toch zelf mijn herregistratie?

Ook mijn softwareleverancier heeft aangekondigd, in verband met modernisering van het pakket, de onderhoudsprijs te verhogen. En mijn hidha krijgt er jaarlijks ook gewoon een periodiek bij. Zo zijn er talloze kostenposten die, hoe efficiënt ik ook werk, toch jaarlijks stijgen. Aan de kostenkant zijn er, zo lijkt het, dus geen echte oplossingen te bedenken. Ja, ik kan natuurlijk mijn urinestripjes half doorknippen – dat deed mijn voorganger in slechtere tijden – maar dat biedt geen echte oplossing.

Dan maar meer produceren? Als praktijkhouder kan ik besluiten om bij elke hypertensiepatiënt een ecg te laten maken. Goed verdedigbaar, staat nog in de standaard ook. Maar ja, bij een hogere productie zal het budget weer worden overschreden en word ik het volgend jaar nog meer gekort. Sterker nog, ik word nu zelfs nog aangeslagen voor overschrijdingen van het budget in 2009. Zou soms de extra inspanning destijds geleverd voor de Mexicaanse griep daarvoor gezorgd hebben? Ik weet het niet, maar ben benieuwd tot hoever de minister terug wenst te gaan. In 2006 is onze omzet ook omhooggegaan, dus maak de borst maar nat. Meer produceren betekent domweg meer korten.

Norminkomen

Wat dan wel? Blijkbaar moet ik aan de inkomenskant gaan kijken. Ik zou wel pogingen willen doen om de omzet te verhogen, maar ik verdien blijkbaar al te veel. Volgens de minister blijkt uit een kostenonderzoek over 2006 dat we ruim meer verdienen dan het norminkomen. Norminkomen? Ik wist niet dat we een norminkomen hadden. Past dat nou bij marktwerking of ben ik gewoon in dienst bij de bv Nederland?

Welk inkomen zou ze eigenlijk bedoelen? Het inkomen zoals uit de OESO-studie rolt, 132.000 euro?1 Het inkomen uit het kostenonderzoek van de NZa in 2006? Waar we volgens de NZa boven op ons norminkomen van 96.000 nog eens 54.000 extra zouden hebben verdiend?2 Ik hoor in de wandelgangen een bedrag van 145.000 als zijnde ons inkomen. Toch eens het hoofdstuk over norminkomen uit het boek van Anton Maes doorgelezen.3 Daar staat dat mijn norminkomen zachtjes gestegen is tot ongeveer 104.000 in 2011.

Dat is toch ruim beneden de balkenendenorm, die op dit moment zo'n 187.000 euro is. Ook de 145.000 waarvoor minister Schippers ons blijkbaar 'aanslaat' ligt daar nog ruim boven. Ons norminkomen is voor zover ik weet al 28 jaar niet herijkt, en in die tijd is de huisartsgeneeskunde toch wel wat veranderd. We hebben niet eens een vastgesteld uurinkomen zoals de specialisten. Koepelorganisaties mogen zelfs niet een advies basisuurtarief publiceren, dan komt de NMa in het geweer. Zou onze norm nog steeds gebaseerd zijn op het destijds door het CTG vastgestelde inkomen van een ambtenaar BBRA-schaal 14?

Dus maar eens de CBS-site doorgespit hoe ze eigenlijk aan dat riante, maar mij onbekende salaris van 145.000 is gekomen. Een mooie site. Ik heb nooit geweten dat onze belastingaangiftes door het CBS verzameld worden en met bepaalde rekenformules tot een gemiddeld belastbaar inkomen worden herleid.4 Met die getallen is het een eenvoudig rekensommetje: de totale kosten van de huisartsenzorg in 2009 gedeeld door het aantal huisartsondernemers levert precies 145.000 op.

Tot mijn verrassing blijkt dat alle kosten voor de regionale huisartsendienstenstructuren bij ons inkomen worden opgeteld. Dat was in 2010 maar liefst 244 miljoen!5 Daar gaan wel salariskosten en onze verdiensten nog af, maar de rest? Zou bij het salaris van de specialist als hij dienst doet ook de infrastructurele kosten van het ziekenhuis worden geteld?

Doorgeefluik

Eindelijk begint het me te dagen. Het herinnert me aan wat mijn voorganger me zei over de groei van de toenmalige ziekenfondsen. Vroeger was het ziekenfonds meneer Jansen, met fiets en zo'n leren tasje op zijn zij. Hij haalde de dubbeltjes en de kwartjes bij de patiënten en bracht ze bij mij, of de tandarts, of de apotheker. Een soort doorgeefluik, niets meer en niets minder. En kijk nu eens naar de ziekenfondsen: het dure gebouw, al die mensen die er werken. Ik denk aan de vier grote zorgverzekeringsconglomeraten en een paar kleintjes die er nu nog zijn. En aan de reclame die ze maken (ze moeten wel concurrerend blijven!) en aan de 2 miljard winst van vorig jaar, reserveringen voor slechtere tijden.



beeld: Getty images

Het kwartje valt. Wil ik mijn praktijk, mijn stukje gezondheidszorg, weer gezond maken, dan is er maar één oplossing: snijden in alle overbodige niet aan mijn patiënten ten goede komende zaken.

Dienst doen op de huisartsenpost? Misschien wel, maar niet als de toenemende kosten van de ANW-zorg tot een budgetoverschrijding leiden waardoor ik nu moet bezuinigen. Dus wat mij betreft mag de beroepsgroep zich nog eens bedenken of ze individuele 24-uurszorgplicht nog steeds 'gebruikelijk' vindt. Als de toename van kosten door huisartsenposten bij het budget van de huisartsenzorg wordt opgeteld en ons wordt verweten dat we te veel verdienen, omdat we eigenlijk meer zorg zijn gaan leveren, dan is het makkelijk: geen avond-, nacht- en weekenddiensten meer.

En wat te denken van kosten die ik moet maken voor een herstart van het EPD? Lees net dat onze koepelorganisaties weer plannen hebben om toch centraal door te gaan of in ieder geval het landelijk schakelpunt te kunnen blijven gebruiken. Kosten: 10 miljoen per jaar. Ik zie de ICT en consultants zich alweer in de handen wrijven. Ook voor onze koepelorganisaties geldt: de tering naar de nering zetten. Geen geld, geen nieuwe ICT- investeringen.

Transparantie

Ook de transparantieterreur kost handenvol geld. Ik ben niet tegen transparantie, begrijp me goed. Als iemand wil weten hoe ik werk en of ik wel goed werk, dan is diegene van harte welkom. Maar onlangs heeft mijn eigen zorggroep, met inmiddels een echte medisch directeur, bedacht dat alle 31 diabetesindicatoren die de zorgverzekeraar nu eenmaal wil controleren, via een Keten Informatie Systeem (KIS) moeten worden binnengehaald. U begrijpt het al, de voorzieningen daartoe – aanloop minstens 1000 euro en ruim 300 euro per jaar aan extra kosten – moeten weer uit het praktijkbudget. Eenmalig 500 euro tegemoetkoming van mijn eigen zorggroep, een sigaar uit eigen doos, helpt dan niet zoveel.

In Medisch Contact van 19 augustus lees ik een verhaal over een huisarts in dienstverband, die als idealist een rijke partner zoekt.⁶ Ook haar salaris, net iets meer dan een hidha, staat onder druk. Terloops meldt ze dat er steeds meer commerciële exploitanten van gezondheidscentra komen die steeds meer aan koepelvorming doen. Oftewel: steeds meer 'regelende' mensen die mee-eten uit de ruif van de gezondheidszorg. En niet alleen op mijn eigen microniveau, maar ook op macroniveau. Ik was onlangs eens bij de NZa, de instantie die alle beleid en voornemens van de minister om moet zetten in daden middels beleidsregels en kostprijsberekeningen. Alleen al in de hal van het gigantische gebouw zou je twee grote groepspraktijken kunnen huisvesten, zonder dat iemand die er werkt daar last van zou hebben. Wist u dat de jaarlijkse beheerskosten van de zorg inmiddels de kosten van de huisartsenzorg overstijgen?⁷

Aanbod beperken

Willen we echt de tering naar de nering zetten, dan zullen we een aantal zaken moeten veranderen. Dan zullen we ons aanbod moeten beperken. De patiënt, inmiddels zorgconsument geworden, zal daarbij ervaren dat de bomen van de huisartsgeneeskunde, waar je overal en altijd op elk gewenst moment in kon klimmen, niet meer tot in de hemel groeien. Avondspreekuur? Innovatie? Huisartsenteamversterking? Ik dacht het niet.

Dan zullen we de onszelf opgelegde koppeling van dag- en nachtzorg moeten loslaten, om te voorkomen dat de acute geneeskunde 's avonds en in het weekend als een molensteen om onze nek gaat hangen en onze basiszorg overdag verder aantast.

Dan zullen we moeten snijden in beheerskosten, veroorzaakt door instanties en mensen die niet het primaire proces, de zorg aan de patiënt, dienen. Dus directeurs, zorgmanagers, zorgcoaches, zorggroepmedewerkers, zorgbeleidsadviseurs, en wat dies meer zij, wees op uw hoede.

dr. Herman Suichies, huisarts, bestuurslid Vereniging van Praktijkhoudende Huisartsen

Correspondentieadres: herman@suichies.com; c.c.: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld.

PDF

Samenvatting

- *Bezuinigingen op de huisartsenzorg zullen ingrijpende veranderingen teweegbrengen.*
- *Kostenberekeningen van de minister gebaseerd op een volslagen onduidelijk norminkomen zullen de huisartsen de tering naar de nering doen zetten.*
- *Beperking van het aanbod aan patiënten, afstoten van ANW-zorg en snijden in overbodige beheerskosten is onvermijdelijk.*

Voetnoten

1. Nieuwe Nederlandse cijfers voor OESO over beloning artsen, CBS, 29-06-2011.
2. NZA: Praktijkkosten en opbrengsten van huisartsenpraktijken, 31-03-2009.
3. Maes AACM. Huisartsgeneeskunde in het nieuwe zorgstelsel. Reed business, 231-232.
4. <http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?DM=SLNL&PA=80511ned&D1=a&D2=a&D3=a&VW=T>
5. <http://www.zorgcijfersdata.cvz.nl/tabelPagina.asp?scherms=2&infotype=2&label=00-totaal&tabel=j2009&item1=201&geg=kost&item=201504>
6. Den Boer C. Gezocht: idealist met rijke partner. Medisch Contact 2011; 66 (33-34): 1991-3.
- 7 [http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?DM=SLNL&PA=71914ned&D1=a&D2=\(I-2\)-I&VW=T](http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?DM=SLNL&PA=71914ned&D1=a&D2=(I-2)-I&VW=T)

Ziet u geen reactieformulier? Dan dient u eerst in te loggen. Reacties. (3)

"We gaan ook nog 132 miljoen meebetalen aan onderwijs! Ook dat betalen we dus straks zelf."

S. Bakker-de Ronde, huisarts, RIJSWIJK ZH - 20-09-2011 22:15

"Een zeer leesbaar stuk van collega Suichies en ook inhoudelijk vol goede adviezen.

Ik stoer me wel aan de melding die vrijwel altijd bij de artikelen staat tegenwoordig in medisch contact dat er geen belangenverstrengeling is gemeld.

In dit geval zijn er al de belangen van

1. de patiënt(lees ziektekostenpremie)
2. de huisartsondernemer(i.c. het inkomen van praktijkhouder)
3. de huisartsenpost(mag niet meer onder de vlag van de praktijkhouders)

"

W. van den Berg, Huisarts, RIJSWIJK ZH - 20-09-2011 14:31

"Ik hoop van harte dat dit artikel ook op het ministerie en in de Tweede Kamer belandt en gelezen gaat worden. Dat men in ieder geval achteraf niet kan zeggen dat men "het niet geweten heeft" als de eerstelijnszorg omvalt. Met name de berekening van die 145.000 euro slaat de spijker op zijn kop (de totale kosten van de huisartsenzorg in 2009 gedeeld door het aantal huisartsondernemers levert precies 145.000 op). Afschaffen van de koppeling van dag- met ANW-zorg lijkt dan de enige goede optie te zijn."

docneet, huisarts - 20-09-2011 14:12

