



<http://devrijehuisarts.org/>

## Bekostigingsstructuur en tariefstelsel huisartsenzorg 2010

Rekenkundige analyse van De Vrije Huisarts

20 maart 2009

### SAMENVATTING

Binnen een nieuwe bekostigingsstructuur huisartsenzorg geeft Stichting de Vrije Huisarts voor financiering van het Basiszorgaanbod de voorkeur aan een gemengd tarief. Voor 2010 wordt berekend dat het nieuwe inschrijftarief **€ 59,09** per patiënt en het consulttarief **€ 9,20** moet bedragen. Er wordt rekening gehouden met indexering en reële groei van de zorgvraag. Op basis van CVZ-cijfers wordt de contactfrequentie in 2008 berekend op 5.04 per patiënt.

In het Aanvullende zorgaanbod zal steeds meer met ketenzorg en keten DBC's worden gewerkt, binnen de systematiek van functionele bekostiging en selectieve zorginkoop. De hoogte van de DBC-prijs is de optelsom van gemaakte kosten plus een winstmarge.

De financiering van het Basiszorgaanbod en het Aanvullende zorgbod, blijft strikt gescheiden. Het ANW-uurtarief wordt gesteld op **€ 80,-** De financiering van de POH-S moet worden aangepast omdat enerzijds de loonkostencomponent te laag is en anderzijds het POH werk zich meer zal verplaatsen naar de (aanvullende) ketenzorg.

De modules voor 55+ huisartsen en voor huisartsenzorg in verzorgingshuizen blijven nodig. Bij te grote ("**aanmerkelijke**") marktmacht van verzekeraars en bij korting na meerwerk (door NZa + VWS) is het noodzakelijk dat de huisarts voor "**countervailing power**"<sup>(6)</sup> zorgt door middel van werktijdnormering en een kostprijberekening volgens de opslagmethode en een 100% abonnement realiseert.

De kosten van het Basiszorgaanbod per Nederlander bedragen binnen deze structuur in 2010 **€ 126,-** vermeerderd met een bedrag van **€ 29,29** per Nederlander indien ook de aanvullende zorg wordt ingekocht.

## INHOUDSOPGAVE

- I. INLEIDING
- II. BASISZORGAANBOD EN AANVULLEND ZORGAANBOD
- III. REFERENTIES, NORMERING, IJKPUNTEN EN "COUNTERVAILING POWER"
- IV. BEREKENING BEKOSTIGINGSSTRUCTUUR EN TARIEFSTELSEL HUISARTSENZORG 2010
- V. TOELICHTING BEKOSTIGINGSSTRUCTUUR EN TARIEFSTELSEL HUISARTSENZORG 2010
  1. BASISZORGAANBOD [DAGZORG EN ANW-ZORGAANBOD: 7x24 UUR]
    - A. OMZET INSCHRIJFTARIEF
    - B. OMZET VERRICHTINGEN
    - C. OMZET ANW-ZORGAANBOD
    - D. PERSONEELSKOSTEN
    - E. OVERIGE KOSTEN I
    - F. OVERIGE KOSTEN II, APZ (ARBEIDSONGESCHIKTHEID, PENSIOEN EN ZIEKTEVERZEKERING)
  2. AANVULLEND ZORGAANBOD
    - . MODERNISERING & INNOVATIE
      - A. MODULE VERZORGINGSHUIS
      - B. MODULE 55+
      - C. ZORGGROEP DIABETES MELLITUS E.A.
      - D. POH-SOMATIEK
- VI. MAATREGELEN BIJ OVERHEIDSBELEID VAN "KORTEN BIJ MEERWERK"
  - I. ARBEIDSANALYSE MET WERKTIJDNORMERING
  - II. KOSTPRIJSBEREKENING
- VII. TOT SLOT

## I. INLEIDING

In dit artikel worden de randvoorwaarden beschreven voor een nieuwe bekostigingsstructuur voor de huisartsenzorg vanaf 2010. De Vrije Huisarts beschrijft daarbij twee mogelijke bekostigingssystemen voor het Basiszorgaanbod.

Het eerste is gebaseerd op een gemengd systeem (abonnement en verrichtingen) en heeft de voorkeur van Stichting de Vrije Huisarts. Het tweede is een 100% abonnementsstelsel, inclusief werktijdnormering en kostprijsberekening, waarbij de abonnementsprijs voor de Basisdagzorg berekend is op **€ 109,09** per verzekerde per jaar.

Aanvullende zorg is strikt gescheiden van de Basiszorg en zal ingekocht en verkocht worden via de "**functionele bekostiging**". Dit betekent dat ook anderen dan huisartsen deze zorg kunnen aanbieden.

## II. BASISZORGAANBOD EN AANVULLEND ZORGAANBOD

De structuur van de toekomstige bekostiging en de hoogte van de tarieven sluiten aan bij en vloeien voort uit de contractafspraken over te leveren huisartsenzorg. Welke zorg wordt wel geleverd, welke zorg wordt niet geleverd? Huisartsen leveren verplicht de Basiszorg en

leveren facultatief hun Aanvullende zorg. De financiering van Basiszorg en Aanvullende zorg blijft strikt gescheiden. De omvang, het volume en de kwaliteitseisen van geleverde zorg bepalen vervolgens welke randvoorwaarden er aanwezig moeten zijn. Niet ingekochte zorg wordt niet geleverd. Eén van de randvoorwaarden bij geleverde zorg is de financiële component, enerzijds bestaande uit de bekostiging van de infrastructuur (praktijkkosten, beschikbaarheid) en anderzijds uit adequate tarieven in een herkenbaar tariefstelsel voor verrichtingen.

Binnen de **Basiszorg** adviseren wij voor 2010, net als dat nu ook al het geval is, een gemengd tarief. Juist binnen een gemengd tarief wordt het beste een balans van financiële prikkels bereikt. Met een deel abonnementstarief en een deel consulttarief. Perverse prikkels die ontstaan in een systeem van 100% abonnement worden tegengegaan door een deel van de financiering te realiseren via een verrichtingentarief. Bij een 100% verrichtingentarief bestaat er vice versa eveneens kans op ongewenste perversiteiten. Onderhandeling over de randvoorwaarden van het Basiszorgaanbod is vooralsnog het domein van de LHV.

Voor de **Aanvullende zorg** adviseren wij een combinatie van verschillende bekostigingsvormen, zoals modulefinanciering, aanvulling op het inschrijftarief, een volledig verrichtingentarief of DBC-financiering. Minister Klink wenst in de nabije toekomst voor vier chronische aandoeningen (diabetes, astma/COPD, CVRM, hartfalen) in de Aanvullende zorg een ketenzorgmodel. Ketenzorg laat zich bij uitstek goed financieren met een Diagnose Behandel Combinatie(DBC). Binnen een DBC is de kostprijs de optelsom van kosten voor verrichte activiteiten van de deelnemende disciplines en de werkelijke kosten van de overige in te zetten middelen. Het Aanvullende zorgaanbod van huisartsen zal meer en meer worden samengevoegd met zorg uit het B-segment<sup>(1)</sup> van het ziekenhuis. Deze zorg valt onder de zogenaamde "**functionele bekostiging**"<sup>(2)</sup>, wat inhoudt dat "**wat**" de zorg is, precies omschreven wordt, maar dat de verzekeraar vervolgens bepaalt door "**wie**" en "**wáár**" deze zorg wordt geleverd. De zorg wordt dan ingekocht bij die zorgaanbieder met de gunstigste prijs/kwaliteitsverhouding. Dit noemen we selectieve zorginkoop. "**Selectief**" kan voor de huisarts in dit geval zowel betekenen dat de huisarts een deel van het huidige Aanvullend zorgaanbod kan kwijtraken als wel extra Aanvullend zorgaanbod zou kunnen leveren. Voor het leveren van Aanvullend zorgaanbod neemt de werkbelasting van de huisarts toe. Hij neemt op medisch inhoudelijk gebied meer verantwoordelijkheid op zich, als ook op het terrein van zijn werkgeverschap. De door de huisarts geleverde Aanvullende zorg, bespaart elders (met name in de tweede lijn) aanzienlijke kosten en biedt de huisarts als praktijkhouder kans op rendement voor de financiële investeringen en geleverde inzet. ["**return on investment**"<sup>(8)</sup>]

Verkoop van Aanvullend zorgaanbod is op dit moment het domein van de LHV-Kringen en van de Zorggroepen, namens de aangesloten huisartsenpraktijken.

### III. REFERENTIES, NORMERINGEN, IJKPUNTEN EN "COUNTERVAILING POWER"

Een ieder die zich bezighoudt met bekostiging en een juiste tarifiering is op zoek naar referenties, normeringen en ijkpunten van drie noodzakelijke en meetbare tariefonderdelen:

1. de **praktijkkosten** van gewenste zorg
2. de **praktijkinkomsten** met gewenst inkomen
3. de **arbeidsanalyse** van (gewenst of op basis van wetgeving) aantal te werken uren

Deze drie onderdelen bepalen de hoogte van het uurtarief. Uit dit uurtarief vloeien de jaarlijkse praktijkomzet en kosten van gewenste zorg voort, waarbij na extrapolatie de

noodzakelijke macrokosten per jaar van huisartsenzorg in Nederland in beeld komen. Te scheiden in kosten voor het Basiszorgaanbod en kosten voor het Aanvullende zorgaanbod. Om deze drie onderdelen van bekostiging en tarifiering een maat en getal te geven heeft Stichting de Vrije Huisarts gebruik gemaakt van 10 bouwstenen. De informatie hebben we selectief en normatief gehaald uit:

1. huidige (inschrijf)tarief en contacten (contactfrequentie? consulteenheden?)
2. rapport Hay 2001 (inkomensaspecten en herijking)
3. rapport Deloitte & Touche 2000 (praktijkkosten gewenste zorg)
4. rapport Staatscommissie Tabaksblad 2001 (betaling reële meerkosten)
5. NZa kostenvergoedingstructuur 2006 t/m 2009
6. Vektis 2007 versus CVZ-cijfers 2007+2008 (declarabele contacten)
7. 16.2 miljoen Nederlanders (1% = 162.000)
8. Tweede Nationale Studie/Hay/Europese wetgeving (werktijd huisarts)
9. 6851 FTe-normpraktijken (Vogelaar 2006, 16.1 miljoen) en 6894 FTe-normpraktijken (16.2 miljoen)
10. POH-S kosten op basis van detachering

Bij de levering van het Basiszorgaanbod en het Aanvullend zorgaanbod gaan we uit van "**normale en gelijkwaardige verhoudingen**" met verzekeraars en overheid. Mocht de contractering van huisartsenzorg onder druk komen te staan, omdat bijvoorbeeld de voorgestelde of opgelegde tarieven te laag zijn, dan zal ook de beroepsgroep huisartsen "**kredietmaatregelen**" moeten treffen.

Ook als verzekeraars onredelijke eisen stellen ten aanzien van de verantwoording van zorg ("**transparantieterreur**") zal de huisarts voldoende countervailing power<sup>(6)</sup> [tegenwicht] moeten ontwikkelen. Om deze reden staan wij stil bij twee mogelijkheden van te nemen maatregelen om in geval van "**S.O.S**" het tij te keren: **werktijdnormering en een hernieuwde kostprijsberekening volgens de opslagmethode [in V.1 en V.2]**.

#### **IV. BEREKENING BEKOSTIGINGSSTRUCTUUR EN TARIEFSTELSEL HUISARTSENZORG 2010**

Het onderzoek van Stichting de Vrije Huisarts naar de bekostigingsstructuur, mede aan de hand van de genoemde 10 bouwstenen, levert het volgende resultaat op.

<b>Bekostigingsstructuur en tariefstelsel huisartsenzorg 2010</b>			
<b>INKOMSTEN</b>		<b>UITGAVEN</b>	
<b>Inschrijftarief &lt;65</b> [vc11000]	<b>€ 707.616.000</b>	<b>Assistente</b> bij 1.2 FTe	<b>€ 350.766.720</b>
<b>Inschrijftarief 65-75</b> [vc11100]	<b>€ 76.204.800</b>	<b>Overige kosten</b>	<b>€ 480.768.119</b>
<b>Inschrijftarief &gt;75</b> [vc11101]	<b>€ 79.833.600</b>	<b>AOV pensioen/ziekte</b>	<b>€ 166.724.496</b>
<b>Achterstandswijken</b>	<b>€ 5.914.602</b>		

+ 3% index			
<b>3% indexering IT 2010</b>	<b>€ 25.909.632</b>		
<b>Verrichting 2008</b> [volgens CVZ]	<b>€ 734.709.000</b>		
<b>3% indexering 2010</b>	<b>€ 22.041.270</b>		
<b>Reële groei 4% 2009</b>	<b>€ 58.776.696</b>		
<b>Compensatie APZ</b>	<b>€ 48.299.364</b>		
<b>Passanten</b>	<b>€ 8.000.000</b>	<b>Consulten passanten [kosten]</b>	<b>€ 4.000.000</b>
<b>Lokale KostenComponent</b>	<b>(aanvraag)</b>	<b>Lokale KostenComponent</b>	<b>(op aanvraag)</b>
<b>Ondernemersrisico</b>	<b>€ 1.000.000</b>		
<b>Subtotaal dagzorg</b>	<b>€ 1.767.304.964</b>	<b>Subtotaal dagzorg</b>	<b>€ 1.002.259.335</b>
<b>ANW</b>	<b>€ 274.093.150</b>	<b>ANW-kosten HAP</b>	<b>€ 136.212.650</b>
<b>Subtotaal 7x24 uur</b>	<b>€ 2.041.397.614</b>	<b>Subtotaal 7x24 uur</b>	<b>€ 1.138.471.985</b>
<b>M&amp;I</b>	<b>€ 159.765.360</b>	<b>M&amp;I kosten (50%)</b>	<b>€ 79.882.680</b>
<b>Verz.huis-module</b>	<b>€ 20.674.160</b>	<b>Verz.huis-module (50%)</b>	<b>€ 10.337.080</b>
<b>HA 55 plus</b>	<b>€ 6.607.384</b>	<b>Verkoop nachtdienst</b>	<b>€ 8.933.760</b>
<b>Zorggroep DM</b>	<b>€ 98.056.000</b>	<b>DM kosten HA (50%)</b>	<b>€ 49.028.000</b>
<b>POH-S omzet</b>	<b>€ 189.175.956</b>	<b>POH-S kosten</b>	<b>€ 189.175.956</b>
<b>Totale omzet</b>	<b>€ 2.515.676.474</b>	<b>Totale kosten</b>	<b>€ 1.475.829.461</b>
<b>Winst 6894 normpraktijken: € 1.039.847.013,-</b>			

<b>Kengetallen tariefstelsel huisartsenzorg 2010 zijn dan:</b>	
<b>Kosten Basisdagzorg + ANW-zorg + Aanvullende zorg</b> per verzekerde per jaar	<b>€ 155,29</b>
<b>Omzet Basisdagzorg</b> per normpraktijk (6894 normpraktijken) per jaar	<b>€ 256.354,-</b>
<b>Kosten Basisdagzorg</b> per normpraktijk per jaar	<b>€ 145.381,-</b>
<b>Omzet Basisdagzorg + omzet Aanvullende zorg</b> per normpraktijk per jaar	<b>€ 325.150,-</b>
<b>Kosten Basisdagzorg + kosten Aanvullende zorg</b> per normpraktijk per jaar	<b>€ 194.316,-</b>
<b>Winst Basisdagzorg</b> per normpraktijk per jaar	<b>€ 110.972,-</b>
<b>Winst ANW (250 x € 80,-)</b> per normpraktijk per jaar	<b>€ 20.000,-</b>
<b>Winst Aanvullende zorg</b> per normpraktijk per jaar	<b>€ 19.861,-</b>
<b>Winst Basisdagzorg + Aanvullende zorg</b> per normpraktijk per jaar	<b>€ 130.834,-</b>
<b>Omzet dagzorg (Basis + Aanvullende zorg)</b> per normpraktijk per uur (2538 uur)	<b>€ 128,11</b>
<b>Winst dagzorg (Basis + Aanvullende zorg)</b> per normpraktijk per uur	<b>€ 51,55</b>
<b>Inschrijftarief Basisdagzorg</b> per jaar	<b>€ 59,09</b>
<b>Consulttarief Basisdagzorg</b> per keer	<b>€ 9,20</b>

## **V TOELICHTING BEKOSTIGINGSSTRUCTUUR EN TARIEFSTELSEL HUISARTSENZORG 2010**

### **1. BASISZORGAANBOD [DAGZORG + ANW-ZORG: 7 x 24 UUR]**

#### **A. OMZET INSCHRIJFTARIEF [IT]**

Binnen de Basiszorg houden we vast aan een gemengd tarief. Als we normatief werken met 16.2 miljoen Nederlanders, betekent dit dat dan ook voor 16.2 miljoen Nederlanders een

inschrijftarief wordt betaald. In 2007 is voor slechts 95.6% van alle verzekerden een inschrijftarief gedeclareerd. Voor ruim 700.000 verzekerden is dit dus niet gebeurd (bron: Vektis eindrapport 2007, blz 9/14). Voor 2010 berekenen we (wel) voor alle Nederlanders (84% < 65 jaar en 16% > 65 jaar) een inschrijftarief.

<b>Omzet inschrijftarief 2009</b>	
<b>&lt;65 jaar [vc11000], 84% bevolking</b> 4 x € 13,00 (= € 52,-) x 13.608.000	<b>€ 707.616.000</b>
<b>65..75 jaar [vc11100], 8% bevolking</b> 4 x € 14,70 (= € 58,80) x 1.296.000	<b>€ 76.204.800</b>
<b>&gt;75 jaar [vc11101], 8% bevolking</b> 4 x € 15,40 (= € 61,60) x 1.296.000	<b>€ 79.833.600</b>
<b>Totaal 2009</b>	<b>€ 863.654.400</b>

Dit brengt het totale bedrag aan inschrijftarieven, met als motto "**elke Nederlander met inschrijving op naam een huisarts**", in 2009 op **€ 863.654.400,-** exclusief de gelden ten behoeve van achterstandswijken.

Met 3% tariefindexering voor 2010 worden de indexeringsgelden van de inschrijftarieven aan bestaande inschrijftarieven [IT] toegevoegd: **€ 25.909.632,-**.

De populatiemodule uit het Vogelaarakkoord bestond uit een "**toeslag op oudere leeftijd**" plus een toeslag op het inschrijftarief indien verzekerde woont in een achterstandsgebied. Deze achterstandsgebieden zijn met postcodes gekenmerkt. In Nederland woont 5% van de bewoners in een achterstandswijk. De macrokosten ten behoeve van dit onderdeel van de populatiemodule worden gehaald uit het Vektis rapport 2007 (blz. 10/14): **€ 5.742.332,-**. In 2010 wordt dit inclusief 3% indexering: **€ 5.742.332,- x 103% = € 5.914.602,-**

De omzet in de basisdazorg bedraagt: **€ 1.767.304.964,-**. Zouden we 100% abonnement kiezen dan wordt het inschrijftarief: **€ 109,09** per verzekerde per jaar.

Stichting de Vrije Huisarts kiest voor de basisdazorg om genoemde reden voor een gemengd tarief, waarbij de beroepsgroep meer dan 50% van de omzet verkrijgt via het inschrijftarief basisdazorg en minder dan 50% via basisdazorgverrichtingen.

Van de totale basisdazorgomzet van **€ 1.767.304.964,-** wordt **€ 957.196.256,-** gekoppeld aan inschrijftarieven voor 16.2 miljoen Nederlanders. het inschrijftarief dazorg 2010 is **€ 59,09** per verzekerde per jaar.

Indien achteraf wordt aangetoond dat inschrijftarieven niet zijn uitbetaald (bijvoorbeeld in 2007 was dat 700.000 x **€ 52,- = € 36.4 miljoen**), dan worden deze niet uitbetaalde gelden het jaar daarop alsnog toegevoegd aan het inschrijftarief van dat jaar.

## **B. OMZET VERRICHTINGEN**

Minder dan vijftig procent van de omzet uit het Basiszorgaanbod komt binnen met een declarabele activiteit voor geleverd werk. Dit zijn de bekende verrichtingen zoals consult, consult lang, telefonisch consult, herhaalrecept en visite en visite lang. Van 2006 t/m 2009 is het tarief voor een standaard consult (Vektiscode vc12000) **€ 9.00** geweest.

In 2005 ging de LHV in de aanloop naar het Vogelaarakkoord nog uit van NIVEL-cijfers van 8.110 consulteenheden per normpraktijk (2350) ofwel **3.45 contacteenheid per patiënt (2005)**.

### Hoe is dit nu in 2009?

Daarvoor beroepen we ons allereerst op Vektiscijfers (2007).

In 2007 was de contactfrequentie volgens Vektis 4.57 contact p.p./per jaar. In totaal dus 4,57 x 16,2 miljoen = 74.034.000 contacten met een waarde van 74.034.000 x € 9,- = **€ 666.306.000,-** in totaal aan kosten Basiszorgverrichtingen.

Door extramuralisering, dubbele vergrijzing, verkorting ligduur in het ziekenhuis, zorgversnippering door zorgstraten, malheur in de thuiszorg, internetgeneeskunde en consumentengedrag onder invloed van marktwerking, was een reële groei in zorgvragen bij de huisarts voorspelbaar. De verhoogde zorgbehoefte bij de **verzekerde** die zich o.a. uit in een hoger verrichtingengetal bij de huisarts, mag geen reden zijn hiervoor de **zorgaanbieder** te korten!

Stichting de Vrije Huisarts verwacht een consultgroei van 4% per jaar, dus 8% over 2008 en 2009. Dit betekent begin 2010: (Vektis)74.034.000 x 108% = 79.956.720 contacten x € 9,- = **€ 719.610.480,-** aan macrokosten voor verrichtingen in het Basiszorgaanbod.

Hoewel partijen in het Vogelaarakkoord afspraken Vektiscijfers te monitoren, kwam eind december 2008 de rechter tot het besluit dat niet de Vektiscijfers maatgevend zijn voor de tariefstelling, maar conform de mening van VWS, de gepubliceerde CVZ-cijfers. (College voor Zorgverzekeraars**(3)**)

En deze CVZ-kostencijfers (zie website) van huisartsenzorg liggen hoger dan de Vektiscijfers. Over 2008 zijn op dit moment alleen de cijfers van de eerste 3 kwartalen beschikbaar.

<b>Totale consultkosten [CVZ cijfers]</b>	
<b>2006</b>	<b>€ 649.753.000</b>
<b>2007</b>	<b>€ 722.828.000</b>
<b>2008 verwacht</b>	<b>€ 734.709.000</b>
<b>2008 t/m 3 kwartaal</b>	<b>€ 551.032.000</b>

Voor 2010 gaan we uit van 3% tariefindexering op de omzet uit de verrichtingen, ofwel 3% van CVZ kosten **€ 734.709.000,-** ofwel **€ 22.041.270,-**

Voor 2008 (CVZ/kosten verrichtingen) gaan we uit van **€ 734.709.000,-** kosten. Dit zijn 81.634.333 declarabele contacten. Voor 2009 en 2010 verwachten we 2 x 4 = 8% groei. Dit betekent in 2010: 81.634.333 x 108% = 88.165.077 declarabele contacten totaal. Bij 8% contacttoename betekent dat voor 2009 en 2010: 6.530.744 extra contacten. Extra kosten: x € 9,- = **€ 58.776.696,-**

We zien de contactfrequentie dus snel oplopen:

<b>Contactfrequentie (HA en DA) per patiënt per jaar</b>	
<b>Wanneer, bron en hoe berekend</b>	<b>frequentie</b>
<b>Begin Vogelaarakkoord 2005</b>	<b>3.45</b>
<b>Vektis 2007</b> 74.034.000 contacteenheden bij 6851 FTe-normpraktijken = 10.806 contacten per normpraktijk. Dat is 10.806/2350 bij 16.1 miljoen Nederlanders	<b>4.59</b>
<b>CVZ 2007</b> 80.314.222 contacteenheden bij 6894 FTe-normpraktijken = 11.650 contacten per normpraktijk. Dat is 11.650/2350 bij 16.2 miljoen Nederlanders	<b>4.96</b>
<b>CVZ 2008</b> 81.634.333 contacteenheden bij 6894 FTe-normpraktijken = 11.841 contacten per normpraktijk. Dat is 11.841/2350 bij 16.2 miljoen Nederlanders	<b>5.04</b>

De omzet in de basisdaggzorg bedraagt: **€ 1.767.304.964,-**. Zou voor een 100% verrichtingentarief worden gekozen, dan wordt het consulttarief dagzorg 2010: **€ 20,04**.

Stichting de Vrije Huisarts **kiest** voor het Basiszorgaanbod voor een gemengd tarief, waarbij meer dan 50% van de omzet voor de beroepsgroep wordt verkregen via het inschrijftarief en minder dan 50% via basisdaggzorgverrichtingen.

In 2008 komt CVZ na extrapolatie uit op 81.634.333 declarabele contacten voor 6.894 praktijken. In 2010 zijn dit met mogelijk 8% (2 x 4%) toename minimaal 88.165.077 contacten

Kenmerken: van de basisdaggzorgomzet **€ 1.767.304.964,-** wordt **€ 811.118.708,-** gekoppeld aan gestelde 88.165.077 contacten. Het consulttarief 2010 wordt dan: **€ 9,20**.

### **C. OMZET ANW-ZORGAANBOD**

Naast de dagzorg is de zorg buiten kantooruren (ANW-zorg) het tweede onderdeel van het Basiszorgaanbod van huisartsen. Het uurtarief van de huisarts op de huisartsenpost (HAP) bedraagt al jaren en ook in 2009 **€ 50,20**. Er zijn 127 HAP-pen waar de huisarts normatief 250 uur werkt. De huisarts verdient op de HAP bij 250 uur x **€ 50,20** = **€ 12.550,-** per jaar.

Uit de CVZ jaarcijfers (CVZ,2007) blijken de macrokosten HAP, **€ 215 miljoen** te bedragen. Na 3 kwartalen 2008 staan de macrokosten HAP volgens CVZ op **€ 162.184.000,-**.

Met extrapolatie van deze cijfers uit 2008 zijn de verwachte eindkosten voor 2008:

$4/3 \times \text{€ } 162.184.000,- = \text{€ } 216.245.000,-$ .

Met 3% indexatie komen de kosten in 2010 neer op

$\text{€ } 216.245.000,- \times 103\% = \text{€ } 222.732.350,-$ .

Huisarts Paul Giesen (MC 5 februari 2009) heeft onderzoek gedaan waarin hij aantoont dat het aantal hulpvragen op de HAP stijgt met 6.8% per jaar, waarvan 80% niet-spoedeisend is. Bij integratie van de ANW-zorg tussen HAP en SEH van een ziekenhuis, zal de contactfrequentie verder toenemen. Uit VWS onderzoek ("**Met Spoed**", CZ/EKZ/3898024, 22.12.08) blijkt dat op de Spoed Eisende Hulp van een ziekenhuis 60% zelfverwijzers komt,

waarvan 80% huisartsgeneeskundig geholpen kan worden. De al toenemende kosten zullen dus verder toenemen, los van de hoogte van het uurtarief. Huisartsen leveren op die manier op de HAP voor hetzelfde geld steeds meer werk of gaan bij dit stijgende aantal hulpvragen vaker ingeroosterd worden.

De ANW-**"loonkosten"** voor de huisarts, uit deze macro HAP-kosten van **€ 222.732.350,-**, bedragen:  $6894 \times 250 \times \text{€ } 50,20 = \text{€ } 86.519.700,-$ . Dit betekent dat **€ 222.732.350,-** minus **€ 86.519.700,-** = **€ 136.212.650,-** de **"overige"** HAP-kosten zijn.

De ANW-**"loonkosten"** in 2010 e.v. bedragen:  $6.894 \times 250 \times \text{€ } 80,-$  (nieuw tarief) = **€ 137.880.000,-**. Het verschil in loonkosten (oud **€ 50,20** versus nieuw **€ 80,-**) is **€ 51.360.300,-**, toe te voegen aan **€ 222.732.350,-**. Totale HAP-kosten huisartsen: **€ 222.732.350,-** + **€ 51.360.300,-** = **€ 274.092.650,-**.

## D. PERSONEELSKOSTEN

Met huisartsenzorg voor 16.2 miljoen landgenoten hebben we te maken met 16.2/2350 ofwel 6894 FTe-normpraktijken. Voor de kostenvergoedingen van het Basiszorgaanbod kennen we NZa tarieven. Het normbedrag NZa voor een normpraktijk (2350) voor de kostenvergoeding van de personeelslasten bedraagt **€ 31.704,-** per jaar. We weten dat de werkelijke kosten van een assistente **€ 40.000,-** per FTe per jaar bedragen. Maar 1 FTe-assistente werkt maar 38 uur per week, daar waar de praktijk elke werkdag assistentie nodig heeft van 8.00-17.00 ofwel 9 uur x 5 ofwel 45 uur per week.

- 1.0 FTe per praktijk: 38 uur: kosten:  $6894 \times 40.000 = \text{€ } 275.760.000,-$
- 1.2 FTe per praktijk: 45.6 uur: kosten:  $6894 \times 1.2 \times 40.000 = \text{€ } 330.912.000,-$   
(+ 6% index voor 2009 en 2010 volgens CAO-ontwikkelingen. Macro: **€ 350.766.720,-**)
- 1.4 FTe per praktijk: 53.2 uur: kosten: **€ 386.064.000,-**
- 1.6 FTe per praktijk: 60.8 uur: kosten **€ 441.216.000,-**  
Gezien de bereikbaarheidseisen en te delegeren zorgtaken is volgens de LHV 1.6 FTe-praktijkassistente noodzakelijk per normpraktijk.

Het aantal ingezette FTe-assistente bepaalt hier dus de macrokosten. Een deel van de meerkosten kan de assistente **"terug"** verdienen voor de praktijk door het verrichten van Basiszorgactiviteiten. Om deze reden worden de meerkosten van 1.2 FTe in deze DVH berekening niet aan de omzetkant vermeld.

## E. OVERIGE KOSTEN I

De NZa vergoedt voor **"overige kosten"** een bedrag van **€ 67.706,-** per normpraktijk.

**Minus de personeelkosten** zijn de praktijkkosten voor de Basiszorg met update in 2008 van Deloitte & Touche-cijfers uit 2000: **€ 142.818,40** per normpraktijk (huursituatie).

Macrokosten in 2010 zijn dan:  $6894 \times \text{€ } 142.818,- \times 106 \% \text{ (index)} = \text{€ } 1.043.662.529,-$ . Het heeft niet veel zin dit (grote) bedrag op te nemen als niet ook de huisartstarieven zijn aangepast. De praktijk zal dus op de kosten moeten letten, met daarbij ook de wetenschap dat in 2001 de LHV/huisartsen zelf akkoord gingen met 25% van deze claim, mits de Lokale Kosten Component (LKC) zou worden ingevoerd.

Deze toezegging voor de LKC trok VWS (Minister Borst) later weer in...Deze LKC meerkostenregeling kan echter in de nieuwe bekostigingsstructuur opnieuw worden ingevoerd, vanuit de gedachte dat betaling van aangetoonde reële meerkosten conform het advies is van de Staatscommissie Tabaksblat (april 2001), gewenst/noodzakelijk is. Het lost ook het dilemma op van het gegeven dat indien er voor de kosten van noodzakelijke zorg geen vergoeding is, de huisarts deze kosten òf niet maakt door concessies te doen aan te

leveren zorg òf deze zelf betaalt uit het eigen inkomen. Met een LKC regeling kan dit probleem worden voorkomen. (LKC aanvraag).

De LKC komt alleen ten goede bij meerkosten ten behoeve van het Basiszorgaanbod. We sluiten daarom ter vaststelling van "**overige kosten**" maar aan bij de huidige NZa vergoeding "**overige kosten**":

$6894 \times \text{€ } 67.706,- \times 103\%$  (wél met index) = macro **€ 480.768.119,-**, exclusief de uitgaven voor de LKC.

Met de introductie van de Zorgverzekeringswet, waarbij de klant recht heeft op een functionele aanspraak op zorg, wordt via de weg van de functionele bekostiging via selectieve zorginkoop, met verdwijning van de contracteerplicht, huisartsenzorg ingekocht. Onmiskenbaar geeft dit voor huisartsen een extra ondernemersrisico. Stichting de Vrije Huisarts neemt voor dit extra risico een symbolisch bedrag op van **€ 1 miljoen** in de begroting 2010.

## **F. OVERIGE KOSTEN II, APZ (ARBEIDSONGESCHIKTHEID, PENSIOEN EN ZIEKTEVERZEKERING)**

De huisarts ontvangt in de inkomstenvergoeding een tegemoetkoming voor APZ (arbeidsongeschiktheid, pensioen en ziekteverzekering), terwijl deze posten feitelijk "**kosten**" zijn.

Deze APZ vergoeding in de tarieven heeft betrekking op AOG-, Pensioen- en Ziektekostenpremie = **€ 5.071,- + € 7.233,- + € 4.874,- = totaal € 17.178,-** per normpraktijk. Macro (verkregen):  $6894 \text{ normpraktijken} \times \text{€ } 17.178,- = \text{€ } 118.425.132,-$ .

De werkelijke, door de huisarts betaalde, kosten van APZ liggen echter in deze categorie 100% hoger (zie onder): Namelijk: **€ 12.084,- + € 21.014,- + € 2.100,-, tezamen € 35.198,-** per huisarts.

Macro (noodzakelijk):  $6894 \times \text{€ } 35.198,- = \text{€ } 242.655.012,-$

De pensioenkosten worden niet 100% regulier vergoed. Gaan we uit van 50% pensioenpremie zelf te betalen en 50% via tarieven te ontvangen, dan zijn de macrokosten APZ **€ 166.724.496,-**.

De huisartsen komen met hun huidige kostenvergoeding dan dus **€ 166.724.496,- - € 118.425.132,- = € 48.299.364,-** tekort.

<b>Pensioen: verplicht! (hoogste inkomenscategorie)</b>	
Premie 2007	€ 19.957,-
Premie 2008	€ 20.456,-
Premie 2009	€ 21.014,-
<b>2009 eigen bijdrage aan pensioen [€ 21.014 - € 7.233]</b>	<b>€ 13.781,-</b>

<b>AOG/AOV: niet verplicht!</b>	
Jaarpremie [Movir 2009]	<b>€ 12.084,-</b>
Uitbetaling AOG-verzekering per AOG-dag	<b>€ 342,-</b>
Kosten waarnemer BUT-uurtarief 2009	<b>€ 52,-</b>
<b>Kosten waarneming per AOG-dag: 8.00-17.00 uur [9 x € 52]</b>	<b>€ 468,-</b>
<b>Niet door verzekering gedekt deel per dag [468 - 342]</b>	<b>€ 126,-</b>

<b>Ziektekosten: verplicht!</b>	
[Daarnaast heeft Nederlander een inkomensafhankelijke premieverplichting en eventueel een Aanvullende Verzekering]	
Basiszorgverzekering premie 2009 per persoon per jaar (Anderzorg)	<b>€ 963,-</b>
Basiszorgverzekering premie 2009 per persoon per jaar (Trias/VGZ restitutie)	<b>€ 1.187,-</b>
<b>Ingecalculeerd als kostenpost 2 x modale premie basispakket</b> [2 x € 1050,-]	<b>€ 2.100,-</b>

## 2. AANVULLENDE ZORGAANBOD

### A. MODERNISERING & INNOVATIE (M&I)

M&I zorg heeft als doel de huisarts meer diagnostische mogelijkheden te geven om zorg langer in de eerste lijn te houden en te kunnen integreren in de praktijkwerkzaamheden, naast het Basiszorgaanbod. De macrokosten zijn op basis van **CVZ-cijfers** in 2008 na 3 kwartalen: **€ 116.334.000,-**. Na extrapolatie zijn dan de verwachte M&I uitgaven voor 2008:  $4/3 \times \text{€ } 116.334.000,- = \text{€ } 155.112.000,-$ . Voor 2010 plus 3% indexering: totaal **€ 159.765.360,-**.

Ter vergelijking: Macro M&I gelden [bron: **Vektis 2007**]: **€ 137 miljoen** bij 6.851 normpraktijken, dus per normpraktijk **€ 19.997,-**.

In het Aanvullend zorgaanbod gaan we uit van de aanname dat de omzet 50% praktijkkosten betreft. Dat is dus **€ 159.765.360,- : 2 = € 79.882.680,-**. De andere 50% hoort tot de praktijkwinst.

### B. MODULE VERZORGINGSHUIS

De verzorgingshuismodule heeft als doel door werkafspraken de medische zorg in verzorgingshuizen beter te structureren, de zorg af te stemmen en te coördineren met alle zorgverleners rondom een bewoner/patiënt.

We gaan uit van een bedrag van (Vektis: 13043):  $4 \times \text{€ } 50,18 = \text{€ } 200,72$  per bewoner (2009). Er wonen in Nederland circa 100.000 mensen in een verzorgingshuis (bron: RIVM).

Macro: € 20.072.000,- met in 2010 3% indexering: € 20.674.160,-. Met een 50% kostendeel: € 20.674.160,- : 2 = € 10.337.080,-.

### C. MODULE 55+

De 55+ module biedt huisartsen vanaf 55 jaar, een bijdrage om hun nachtdiensten te verkopen en zo gemakkelijker te kunnen voldoen aan de verantwoordelijkheid voor de levering van 7x24-uurs zorg.

Vektis:(14680): 4 x € 0,33 = € 1,32 per verzekerde (2009).

Er zijn in Nederland 5607 mannelijke huisartsen (34.1% ouder dan 55 jaar) en 3066 vrouwelijke huisartsen (24.9% ouder dan 55 jaar). Gemiddeld is in ongeveer 30% van de praktijken (= 2068 praktijken) de huisarts ouder dan 55 jaar. Het budget is slechts als "**bijdrage**" geoormerkt.

Macro kosten van de 55+ module zijn: 2068 x 2350 x € 1,32 x 103% = € 6.607.384,-

Dit budget wordt door 55+ huisartsen aangewend voor verkoop van 6 nachtdiensten: 2068 x 6 x 9 x € 80,- = € 8.933.760,-

### D. ZORGGROEP DIABETES MELLITUS E.A.

Deze zorg wordt voornamelijk georganiseerd door Zorggroepen en volgens DBC-tarief bekostigd. Stichting de Vrije huisarts neemt dit product op in deze calculatie als voorbeeld voor de wijze waarop ondernemerschap van de huisarts in Aanvullend zorgaanbod tot uiting komt in de financiële positie van de onderneming. In de toekomst volgt mogelijke uitbreiding naar andere chronische aandoeningen zoals COPD en hartfalen, maar ook met CVRM en misschien GGZ (depressie).

Het aantal diabetespatiënten in Nederland bedraagt momenteel circa 560.000 patiënten (3,5% van de bevolking). Tot 2030 wordt een stijging verwacht van 35% tot circa 750.000 patiënten: bijna 5% van de totale bevolking. Nu is 85% van de diabetespatiënten in zorg bij de huisarts: 85% van 560.000 = 476.000 patiënten.

Via een Zorggroep zijn de kosten voor diabeteszorg door de huisarts, bijvoorbeeld € 200,- per diabeet per jaar, exclusief overige kosten en exclusief overheadkosten van de Zorggroep! Macro is dat € 95.200.000,-. Met 3% indexering in 2010: € 98.056.000,-.

Het kostendeel hiervan is 50%: € 98.056.000,- : 2 = € 49.028.000,-.

De overheadkosten van de Zorggroep zien wij niet als primaire kosten huisartsenzorg maar als kosten van zorginkoop en deze zijn daarom niet meegenomen in de calculatie.

### E. POH-SOMATIEK

POH-S wordt na aanvraag met hulp van een ROS, ingezet ter ondersteuning van huisartspraktijken. Vijftig procent van het takenpakket van de ondersteuner bestaat uit invoering van standaarden rond diabetes mellitus en/of astma/COPD en dergelijke. De overige taken kunnen al naar gelang de behoefte van de praktijk zelf worden ingevuld. Dit betekent dat op zijn minst 50% van de POH-S activiteiten wordt verricht in de Aanvullende zorg en dat maximaal 50% kan worden besteed aan Basiszorg. Dit heeft consequenties voor de financiering. Aanvullend zorgaanbod van de POH-S kan in de toekomst via keten DBC's worden gefinancierd. In 2009 is er nog een aparte financieringsmodule voor de POH-S:

- Vektis: 12100: verrichtingentarief: € 9,00 per consult. Er zijn 53 Basiszorgcontacten per week nodig voor dekking van de POH kosten. "**Winst**" maken met contacten in de Basiszorg is niet aan de orde.

- Vektis: 11200: abonnementstarief: € 6,40 per verzekerde/jaar of € 1,60 per kwartaal

Aan POH modulegelden betaalden verzekeraars in 2007 € 64.845.824. Dat betekent een POH-S beschikbaarheid voor  $64.845.824 : 6.4 = 10.132.160$  verzekerden in ons land. Dat zijn 4.312 normpraktijken waarin 1.437 FTe POH-S ( $4.312 : 3$ ) werkzaam zijn. [Vektis: 2007]. Het betekent dat in 2007 voor 62,5% van de Nederlandse praktijken ( $4.312 / 6.894$ ) een praktijkondersteuner beschikbaar is.

<b>De huidige POH-S kostenvergoeding (NZa)</b> NZa POH-kosten voorcalculatie 2006	
<b>Management van de huisarts</b>	<b>€ 18.346,-</b>
<b>Ondersteuning loonkosten POH</b>	<b>€ 37.967,-</b>
<b>Infrastructurele voorzieningen</b>	<b>€ 11.037,-</b>
<b>Totale POH kosten per FTe per jaar [volgens NZa]</b>	<b>€ 67.351,-</b>

Al in oktober 2002 had de LHV een rechtszaak aangespannen bij het College voor het Bedrijfsleven over een verschil van mening met het CTG/NZa, over de hoogte van de loonkosten (LJN-nummer: AF0462 //Zaaknummer AWB 01/664)(7). De LHV was van mening dat de loonkostenvergoeding te laag werd geschat. De LHV heeft deze rechtszaak in 2002 verloren, waarna het hierboven genoemde CTG/NZa plaatje met de "**NZa werkelijkheid**" wat betreft de loonkostencomponent, wel moest worden "**geaccepteerd**". De kern van het probleem is dat bij de loonkosten POH-S de NZa uitgaat van een lagere inschaling van praktijkondersteuners dan in de praktijk het geval is. Daardoor dekt de NZa-kostenvergoeding de werkelijke loonkosten voor de huisarts niet.

Behalve de te lage inschatting van de loonkosten worden door de NZa na 2006 de tarieven ook niet meer geïndexeerd. In een DVH bekostigingsstructuur voor 2010 behoren volgens DVH de tarieven wel geïndexeerd te worden, ongeveer 2.5% per jaar. Dit is 10% over 4 jaar! Detachering van 1 FTe POH-S heeft als jaarlijkse loonkosten (aanvraag offerte)(4)

- € 42.943,- lage loonschaal
- € 56.137,- hoge loonschaal

<b>De werkelijke en noodzakelijke kosten POH-S in 2009 e.v.</b>	
<b>Management van de huisarts</b>	<b>€ 20.181,-</b>
<b>Ondersteuning loonkosten POH</b>	<b>€ 50.000,-</b>
<b>Infrastructurele voorzieningen</b>	<b>€ 12.141,-</b>
<b>Totale werkelijke POH kosten per FTe per jaar</b>	<b>€ 82.322,-</b>

Wat Stichting de Vrije Huisarts betreft mag de rechtszaak over de loonkosten dus opnieuw gevoerd worden!

Noodzakelijk macrobudget POH-S:  $6.894 : 3 = 2.298 \times \text{€ } 82.322,- = \text{€ } 189.175.956,-$  waarmee de POH-S inzet in alle huisartsenpraktijken kan worden bekostigd.

NB: de POH-GGZ regeling is niet opgenomen in deze calculatie omdat voor het ondernemersschap de risico/rendementsverhouding voor de huisarts te ongunstig is.

## VI. MAATREGELEN BIJ OVERHEIDSBELEID VAN "KORTEN BIJ MEERWERK"

Mochten de onderhandelingen met verzekeraars en overheid plaatsvinden volgens het principe van "**korten bij meerwerk**", zoals bij de verrekening over 2007, of van "**afdwingen van zorg voor hetzelfde geld**", zoals bij de toegenomen zorgvraag in ANW op de HAP gebeurt, dan zullen huisartsen tijdig **werktijdnormering** moeten invoeren.

Als met oogmerk meer transparantie te realiseren, de administratieve lasten van de huisartsen nog meer gaan toenemen dan nu al het geval is (Cap Gemini- en Sira-rapport 2008), dan zal **kostprijsberekening** met de **opslagmethode** onmiddellijk leiden tot een nieuwe kostprijs huisartsenzorg.

Om deze reden staan wij stil bij deze twee mogelijkheden van te nemen maatregelen om bij ongelijke en dwingende marktmacht het tij te keren, te weten **werktijdnormering** en een hernieuwde kostprijsberekening met de **opslagmethode**.

### 1. ARBEIDSANALYSE MET WERKTIJDNORMERING

Naast informatie over kosten en inkomen is informatie over het aantal te werken uren, het derde onderdeel wat we bij bekostiging van huisartsenzorg moeten betrekken. Wat is maatschappelijk verantwoord? Kunnen taken worden herschikt, gedelegeerd of gedifferentieerd om het volume van het zorgaanbod van huisartspraktijken te vergroten? Of moet het aantal werkuren beperkt gaan worden?

De vraag is dus of huisartsen hun werktijden kunnen beperken als goede financiering achterwege blijft of als meerwerk bij herhaling leidt tot tariefkorting.

Hay ging in 2001 uit van 54 uur dagzorg per week. Bij 47 werkweken komt de huisarts per jaar aan 2.538 (54 x 47) uren dagzorg. Op de HAP werkt de huisarts circa 250 uur per jaar. Totale werklast:  $2.538 + 250 = 2.788$  uren Basiszorg per jaar.

De winst van 6894 praktijken in de basisdaggzorg en Aanvullende zorg bedraagt **€ 130.834,-**. Dit wordt omgezet in 2538 uren. De winst per fte praktijk per uur is daarmee **€ 130.834,- / 2538 = € 51,55** per uur.

Met deze tariefberekening van Stichting de Vrije Huisarts komt het inkomen van de huisarts uit **€ 51,55** per uur. Ter vergelijking het Hay LHV inkomensrapport van 2001: geëxtrapoleerd naar 2009 komt Hay, exclusief ANW, uit op **€ 50,00** per uur. In 2001 verrichtte de huisarts nog weinig Aanvullende dagzorg (flexizorg / RIZ).

Hoeveel tijd gaat/mag een huisarts werken, welk idee bestaat daarover? Volgen we het Europese Parlement dat eind december 2008 de versoepelde Europese werktijdenregeling teruggedraaide, dan wordt de maximale werkweek niet 58 uur maar blijft deze werkweek 48 uur. (5) Dan wordt het maximum aantal werkuren:  $47 \times 48 \text{ uur} = 2.256$  uur per jaar. Uitgaande van 250 uur ANW per jaar betekent dit dat er 2006 uren dagzorg per jaar resteren.

2010: 6894 praktijken hebben per jaar in 2.788 uur een omzet van **€ 2.515.676.474,-**.

Wil het zorgaanbod **gelijk** blijven, maar is de werktijd (wel) aangepast aan de Europese werktijdenregeling (2.256 uur: dag + ANW) dan zal het aantal normpraktijken, lees het aantal FTe-huisartsen moeten worden uitgebreid.

Dit zou betekenen dat er 1.625 FTe-normpraktijken bij moeten komen, waarna het totaal komt op  $6.894 + 1.625 = 8.519$  **FTe-normpraktijken** die samen dezelfde omzet, lees hetzelfde zorgaanbod voor 16.2 miljoen Nederlanders kunnen leveren. En dan spreken we hier nog niet eens over de door velen gewenste verlaging van de normpraktijk, om de steeds intensievere en complexere huisartsenzorg verantwoord te kunnen blijven geven. Als huisartsen voor meerwerk worden gekort kunnen zij besluiten minder uren te gaan werken en zo de levering van Basiszorgaanbod en/of van Aanvullend zorgaanbod beperken.

## 2. KOSTPRIJSBEREKENING MET OPSLAGMETHODE

Uit cijfers van Tweede Nationale Studie blijkt dat het percentage wel en niet patiëntgerelateerde werktijd tussen 1987 en 2001 gelijk gebleven is, namelijk 70% direct patiëntgebonden en 30% niet direct patiëntgebonden. (Tweede Nationale Studie, deel 6, pagina 56) Of deze verhouding 70-30 in 2009 nog hetzelfde is, weten we niet wegens een gebrek aan onderzoeksdata.

Slechts patiëntgebonden contacten zijn in de Basiszorg declarabel. Uitgaande van een werkweek dagzorg van **54 uur (Hay 2001)**, met de aannahme van dezelfde 70/30 verdeling in 2009, is de verhouding:

- 37,8 uur patiëntgerelateerd (wat niet altijd hetzelfde is als declarabel, maar laten we daar maar even van uitgaan)
- 16,2 uur per week niet-patiëntgerelateerd.

Huisartsen werken dan, uitgaande van een (maatschappelijk geaccepteerde) 40-urige werkweek, in 2009 ongeveer 135%, waarvan (aannahme) **37,8 uur met patiënten (94.5%)** en **16.2 uur overhead (40.5%)**.

Bij de opslagmethode worden de totale indirecte kosten van een praktijk (voor niet-patiëntgerelateerde werkzaamheden) uitgedrukt als percentage van de totale directe kosten (patiëntgerelateerde, declarabele werkzaamheden). Het berekende percentage wordt als algemene opslag gehanteerd op de directe kostprijs per eenheid.

Nemen de indirecte niet declarabele kosten in de praktijk in absolute zin toe, dan verrekenen de huisartsen met de opslagmethode deze toegenomen tijd in het tarief.

Voorbeeld:

Macrojaaronzet 2010 basisdazorg: **€ 1.767.304.964,-**. Met 6894 praktijken betekent dit een omzet van **€ 256.354,-** per FTe basisdazorg.

Inschrijftarief: **€ 59,09** en

consulteenheids-tarief: **€ 9,20**.

In onze huidige bekostigingsstructuur worden meestal alleen patiëntgerelateerde activiteiten betaald. Het inschrijftarief en de consultprijs zijn eenheden in het tariefstelsel van de huisarts. Als de niet-patiëntgerelateerde werkzaamheden (on?)gevraagd toenemen dan kunnen met de opslagmethode deze (indirecte) kosten worden toegerekend aan de directe kosten en de kostprijs. De opslag voor de indirecte kosten op de directe kosten bedraagt dan  $16.2/37.8 = 0.43$ . Deze 0.43 als opslagfactor kan functioneren als nulmeting of ijkpunt. Of kan zelfs bij onvoldoende indexering alsnog partieel of geheel in rekening worden gebracht.

Gaan de indirecte overheaduren voor normale praktijkvoering bijvoorbeeld van 16.2 uur naar 20 uur, dan wordt de verhouding:  $20/37.8 = 0.53$ . Nu kunnen de tarieven met factor 0.10 (0.53 - 0.43) worden verhoogd.

- Dan wordt het inschrijftarief: basisdagzorg: € 59.09 x 1.10 = € 65.-
- Dan wordt het consulttarief: basisdagzorg: € 9,20 x 1.10 = € 10.12

Kringen en Zorggroepen doen er verstandig aan om in het Aanvullend zorgaanbod al vanaf het begin de indirecte kosten op te nemen in de M&I tarieven en keten DBC's.

Mocht de opslagfactor op de hele huisartsenzorg (basisdagzorg en Aanvullende zorg) van toepassing zijn, dan wordt de jaarmzet per praktijk (€ 2.515.676.472,- - € 274.092.650,-) / 6894 = € 2.241.583.824,- / 6894 = € 325.150,- vermenigvuldigd met de opslagfactor: 1.10 x € 325.150,- = € 357.665,-

De opslagmethode is/wordt actueel omdat er in het tariefstelsel van de huisarts geen rekening is gehouden met de (stijgende) indirecte kosten. Het gaat hierbij bijvoorbeeld om tijdsinvestering ten behoeve van samenwerking, van het bijhouden van het EPD, van overhead in meest brede zin, van zorgcoördinatie en voorschrijfcoördinatie, van controle op indicatoren en benchmarking, invoeren BSN, sores rond declaratieverkeer etc.

Mocht om deze reden er een **te** grote onbetaalde belasting ontstaan in de praktijken, waardoor het aandeel van de indirecte kosten relatief en absoluut toeneemt ten opzichte van betaalde directe kosten, dan zal de opslagfactor hoger worden dan 0.3.

Het gevolg is dan dat er met deze nieuwe opslag ook een hernieuwde kostprijsberekening plaatsvindt.

**Beide methodieken, werktijdnormering en kostprijsberekening met opslagfactor zijn (nog) niet toegepast in de door Stichting de Vrije Huisarts gehanteerde systematiek voor de bekostigingsstructuur en tariefstelsel huisartsenzorg voor 2010.**

## VII. TOT SLOT

Vasthouden aan een gemengd tarief heeft in de Basiszorg de voorkeur mits huisartsen niet gekort worden bij stijgende zorgvraag. Mocht de minister echter vasthouden aan budgetfinanciering in de Basiszorg dan kan er slechts één passend antwoord zijn:

### Zorgbudgettering

De huisartsen doen er dan verstandig aan niet alleen te kiezen voor een bekostigingsstructuur met 100% abonnement, maar ook hun werktijden te normeren aan Europese regelgeving.

## BRONNEN:

1. DBC-Onderhoud, Diagnose Behandel Combinatie, B-segment Utrecht
2. Klink, A., De patiënt centraal door omslag naar functionele bekostiging [pdf] VWS Kamerstuk, 22 december 2008
3. CVZ, Zorgcijfersdata
4. Archiatros Beekbergen, Offerte aanvraag POH-S facilitaire ondersteuning huisartspraktijken
5. Tijdschriftartikel, Maximale werkweek van 48 uur Medisch Contact, 2 januari 2009, 64 nr. 1, blz. 6
6. Christopher M. Snyder, Professor of Economics, John Kenneth Galbraith: Countervailing power [tegenwicht] [pdf], George Washington University, 23 maart 2005
7. College van Beroep voor het bedrijfsleven, AWB, LHV tegen CTG, LJN-nummer: AF0462 //Zaaknummer AWB 01/664, 22 oktober 2002
8. Wikipedia, De Engelse term "return on investment" geeft de verhouding tussen het rendement en de investering aan.

Koppelingen naar de bronnen vindt u zoals gebruikelijk op de webversie van deze analyse:

<<http://devrijehuisarts.org/asp/BekostTarieven2010-200309.asp> >

**Bent u dit jaar al donateur van De Vrije Huisarts? Wij hebben uw steun nodig.**

<<http://devrijehuisarts.org/asp/donatie.asp>>