

# Inkomensontwikkeling van Nederlandse huisartsen

Een vergelijking met de collegae in het buitenland

D.M.J. Delnoij

**Evenals in andere Westeuropese landen is het inkomen van de Nederlandse huisartsen de laatste decennia fors gedaald. De toename van het aantal huisartsen per hoofd van de bevolking is één van de oorzaken: de spoeling wordt dunner.**

**H**ET GEMIDDELDE INKOMEN van de Nederlandse huisarts is sinds 1975 met bijna 40% gedaald: artikelen met deze strekking stonden in de week van 22 mei in diverse landelijke en regionale dagbladen.<sup>1</sup> In huisartsenkringen was de reactie: hoe kan dat en waarom hebben wij daar niets van gemerkt?

## Berekening en uitgangspunten

Het Nivel verzamelde gegevens over gemiddelde inkomens van huisartsen ten behoeve van opname in het databestand 'OECD Health Data'. De te verzamelen gegevens moesten aan een aantal voorwaarden voldoen: ze moesten bij voorkeur de periode 1960-1990 bestrijken en voor ieder van de onderzochte landen diende één tijdreeks te worden geconstrueerd, representatief voor het gemiddelde inkomen van huisartsen in dat land. Inkomen is gedefinieerd als: jaarlijkse omzet uit de huisartspraktijk min praktijkkosten en vóór aftrek van belastingen en (pensioen)premies. Inkomen van apotheekhoudende huisartsen uit de geneesmiddelenverstreking is daarom buiten beschouwing gelaten.

Er werden gegevens verzameld over Finland, Zweden, Denemarken, Engeland, Nederland, (West-)Duitsland, België en Frankrijk.

De aard van de gegevens verschilt per land: Zweedse gegevens hebben betrekking op het gemiddelde salaris van full-time werkende huisartsen in loondienst, andere cijfers zijn gebaseerd op periodieke peilingen van inkomen (Finland) of van omzet en praktijkkosten (Denemarken, Duitsland) onder representatieve steekproeven van huisartsen; Belgische gege-

vens zijn gebaseerd op belastingaangiften en Franse gegevens op ziekenfondscijfers (die daar bijna 100% van de omzet weergeven). Voor Engelse huisartsen werden cijfers aangeleverd over het gemiddelde norminkomen per huisarts. Dit norminkomen is niet gekoppeld aan een normpraktijkomvang, maar betreft het inkomen dat de gemiddelde huisarts in een bepaald jaar zou moeten verdienen. De werkelijke gemiddelde inkomens wijken hier nauwelijks van af.

Het gemiddelde inkomen van Nederlandse huisartsen is geschat met behulp van een aantal gegevens. Uitgangspunt was, dat de cijfers vergelijkbaar dienden te zijn met de inkomensgegevens van buitenlandse huisartsen. De tijdreeks moest zo mogelijk de periode 1960-1990 beslaan en betrekking hebben op het *gemiddelde* jaarlijkse inkomen van huisartsen, waarbij inkomen gedefinieerd is als: omzet min praktijkkosten voor aftrek van belastingen en premies.

Deze voorwaarden impliceerden een aantal fundamentele keuzen. Zo was er weinig discussie mogelijk over de vraag welke eenheid als 'huisarts' zou worden aangemerkt. Het is in principe mogelijk een tijdreeks op te stellen voor een 'norm-huisarts' (een huisarts in een normpraktijk) of voor een 'full-time equivalent (FTE) huisarts'. Het probleem bij dit laatste is echter het ontbreken van een definitie van full-time en part-time voor huisartsen (is het criterium: praktijkgrootte, aantal dagen of aantal uren per week waarop wordt gewerkt?). Er zijn dan ook geen exacte gegevens over de ontwikkeling van part-time werken onder huisartsen. De Nivel-huisartsenregistratie kan slechts een indicatie geven: van huisartsen die zich nieuw vestigden, ging in 1975 nog 92% 40 uur of meer per week werken, in 1980 deed 85% dit en in 1985 en 1990 nog maar 70%. Het uitdrukken van inkomen per FTE zou bovendien de vergelijkbaarheid met de gemiddelde inkomens van huisartsen in de overige landen niet ten goede komen. Die gegevens (met uitzondering van Zweden) hebben namelijk betrekking op fysieke personen, 'hoofden' zo men wil, die full-time of part-time werkzaam zijn als huis-

arts. De tijdreeks voor Nederlandse huisartsen is daarom gebaseerd op het gemiddelde inkomen per huisarts in de zin van een persoon en niet per norm-huisarts of FTE.

Omdat de tijdreeks de periode 1960-1990 diende te beslaan, kunnen de omzet en de praktijkkosten van Nederlandse huisartsen niet worden ontleend aan incidenteel uitgevoerd onderzoek (bijvoorbeeld van de Economische Controledienst); noodgedwongen zijn daarom ruwere indicatoren gebruikt.

De ziekenfondsomzet is berekend door het gemiddelde aantal ziekenfondspatiënten per huisarts in een bepaald jaar te vermenigvuldigen met het geldende abonnementstarief, rekening houdend met de kostenknik.

Moeilijker was de schatting van de omzet uit de particuliere praktijk. Gegevens over verrichtingen zijn slechts voor incidentele jaren bekend,<sup>2</sup> terwijl in statistieken van particuliere verzekeraars gegevens ontbreken over patiënten die niet voor de huisarts zijn verzekerd en over eigen risico's. Daarom is ervan uitgegaan dat de gemiddelde omzet per particuliere patiënt gelijk is aan die per ziekenfondspatiënt, aansluitend bij de officiële rekenmethode.<sup>3</sup> Er bestaan echter aanwijzingen dat daarmee voor het midden van de jaren tachtig de gemiddelde omzet van huisartsen uit de particuliere praktijk wordt overschat.<sup>2</sup>

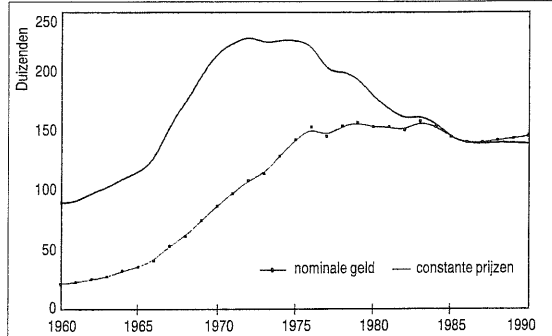
Om ten slotte tot een gemiddelde inkomen te komen, moeten praktijkkosten van de omzet worden afgetrokken. Omdat over de werkelijke praktijkkosten weinig bekend is, zeker waar het gaat om de periode 1960-1990, zijn als indicatie hiervoor de normpraktijkkosten gebruikt.<sup>4</sup> Overigens, omdat inkomen is gedefinieerd als 'omzet min praktijkkosten, maar vóór aftrek van belasting en premies' zijn pensioenpremies bij het inkomensdeel gerekend. Deze premies lagen in het midden van de jaren zeventig aanzienlijk hoger dan in 1990 en slokten een groter deel van het bruto-inkomen van de huisartsen op.

## Resultaten

In de *figuur* is de ontwikkeling van het

gemiddelde inkomen van Nederlandse huisartsen (in nominale en constante guldens) weergegeven tussen 1960 en 1990. Gerekend naar het prijspeil van 1985 is dit inkomen sterk gestegen in de periode 1966-1972 (na het conflict met de ziekenfondsen); het verkeerde tussen 1972 en 1976 op de top en sinds 1976 is het fors gedaald. Vanaf 1985 is er sprake van een

*Figuur. Het gemiddelde inkomen van Nederlandse huisartsen tussen 1960 en 1990, uitgedrukt in nominale guldens en in constante guldens gerekend naar het prijspeil van 1985.*



stabilisatie. In cijfers: het gemiddelde huisartseninkomen (in constante guldens) was het hoogst in 1972 met ongeveer f 230.000,-; het dieptepunt werd bereikt in 1987 met een gemiddeld inkomen van ongeveer f 138.000,- per huisarts: een daling van 40%. Deze daling kan worden gezien in een bredere context. Zo loopt de achteruitgang in de pas met de algemene trend tot de denivellering die sinds de jaren zeventig is opgetreden.<sup>2</sup> Ook het achterblijven van de inkomens van ambtenaren ten opzichte van de particuliere sector speelt een rol: het norminkomen was immers lange tijd gekoppeld aan de ambtenarensalarissen.

De inkomens van artsen in alle OECD-landen zijn achteruit gegaan in vergelijking tot de gemiddelde inkomens van werknemers.<sup>5,6</sup> Huisartsen in de acht voor de OECD onderzochte landen vormen daarop geen uitzondering, met uitzondering van Engeland (zie tabel). De daling in Nederland is echter het meest dramatisch geweest.

Waarom is die daling nu veroorzaakt? IJsbrandy noemt vijf factoren die van invloed kunnen zijn op de ontwikkeling van het inkomen van Nederlandse huisartsen:<sup>7</sup> de ontwikkeling van de praktijkgrootte, van de proportie ziekenfondsverzekerden in de bevolking, van de prijzen, en van de inkomsten per particuliere patiënt en per ziekenfondspatiënt. Het onderscheid in inkomsten per ziekenfonds- en particuliere patiënt is, hoewel in werkelijkheid uiteraard van invloed op het inkomen, voor de hier gepresenteerde gegevens niet relevant: de inkomsten per particuliere patiënt zijn immers gelijk gesteld aan die van

een ziekenfondspatiënt. Om diezelfde reden is de proportie ziekenfondsverzekerden (die is veranderd ten gevolge van de kleine stelselwijziging in 1986) niet van invloed op de gegevens die in de figuur zijn weergegeven.

Blijft over de ontwikkeling van de praktijkgrootte en de prijsontwikkeling, die het inkomen beïnvloedt via de tarieven en via de normpraktijkkosten. Deze factoren hebben inderdaad invloed gehad op de daling van het gemiddelde inkomen. Ten eerste is het gemiddeld aantal patiënten per huisarts met bijna 20% gedaald van 2.828 in 1975 naar 2.290 in 1990. Een deel van deze praktijkverkleining is overigens het gevolg van bewuste keuzen in het kader van het beleid ter versterking van de eerstelijnsgezondheidszorg. Ook in de andere onderzochte landen vormde de toename van het aantal huisartsen per hoofd van de bevolking een verklaring voor

de inkomensdaling.<sup>8</sup> De tweede verklaring is, dat het abonnementstarief met 5% is gedaald tussen 1975 en 1990 (gerekend naar het prijspeil van 1985 van f 108,- naar f 103,-). Tot slot zijn de normpraktijkkosten gestegen: in constante guldens van ongeveer f 67.000,- in 1975 naar f 99.000,- in 1990. Het aandeel van praktijkkosten in de omzet is daarmee toegenomen van 23% tot 42%, hetgeen plausibel is: praktijkkosten nemen immers niet evenredig toe met de praktijkgrootte.

**Discussie**

Het gemiddelde inkomen van Nederlandse huisarts is sinds midden jaren zeventig fors gedaald, evenals dat van huisartsen in andere Westeuropese landen. Net als in Nederland speelt ook daar de toename van het aantal huisartsen per hoofd van de bevolking een rol: de spoeeling wordt dunner.

Individuele huisartsen hebben daar waarschijnlijk echter weinig van gemerkt. Het gaat immers om een daling van het gemiddelde inkomen, grotendeels veroorzaakt door een daling van de gemiddelde praktijkgrootte. Die gemiddelden zeggen weinig over het verloop van de carrière van een individuele huisarts. Een huisarts die in 1975 3.000 patiënten had, kan in 1990 nog steeds 3.000 patiënten hebben, waardoor zijn omzet vrijwel gelijk is gebleven. Alleen indien hun individuele praktijkkosten sterk zijn toegenomen, hebben huisartsen een inkomensachteruitgang ervaren, maar nogmaals: over de werkelijke praktijkkosten van individuele huisartsen is weinig bekend. Het is natuurlijk wel zo, dat huisartsen die in de periode 1975-1990

*Tabel. Gemiddeld inkomen van huisartsen in acht landen in 1975 en 1990, uitgedrukt in constante prijzen (naar het prijspeil van 1985) en de procentuele verandering in het inkomen tussen 1975 en 1990.*

land (valuta)	gemiddeld inkomen in constante prijzen in:		procentuele verandering '75-'90 %
	1975	1990	
Engeland (UKE)	24,061	25,516	+ 6
Frankrijk (FFR)	347,637	282,169	-19
Finland (FM)	251,163	201,701	-20
Zweden (SK)	357,946	258,790	-28
Duitsland (DM)	193,586	135,765	-30
België (BFR)	1.782,310	1.235,509	-31
Denemarken (DK)	617,289	404,788	-34
Nederland (NFL)	224,517	137,884	-39

een praktijk zijn begonnen, minder patiënten en dus een lagere omzet hadden. Met name in het geval van solopraktijken impliceert dat bovendien verhoudingsgewijs hogere praktijkkosten.

De tendens dat nieuwkomers lagere inkomens hebben, wordt niet alleen bij huisartsen waargenomen. Sinds de jaren zeventig zijn jonge, pas afgestudeerde onderzoekers in steeds lagere salarisschalen terechtgekomen.<sup>9</sup> Dit heeft ongetwijfeld geleid tot een daling van het gemiddelde inkomen van onderzoekers, terwijl veel individuele onderzoekers desalniettemin in de loop van hun carrière meer zijn gaan verdienen. •

*mw dr D.M.J. Delnoij,*

Nederlands Instituut voor onderzoek van de Eerstelijnsgezondheidszorg (Nivel)

**Noten**

1. Bijvoorbeeld: Kleinere praktijken doen inkomen huisartsen fors dalen, Algemeen Dagblad 24 mei 1994; Inkomen huisarts blijft fors gedaald, Het Parool 24 mei 1994; Inkomen huisarts 40 procent omlaag, Haarlems Dagblad 24 mei 1994.
2. Vergelijk: Hogenhuis RJA. De ontwikkeling van het huisartseninkomen sinds de tweede wereldoorlog. Medisch Contact 1987; 42 (23): 719-21.
3. Sinds 1966 worden tarieven berekend volgens het principe dat een ziekenfondspatiënt evenveel inkomen oplevert als een particuliere patiënt.
4. Normpraktijkkosten worden pas sinds 1967 structureel in de onderhandelingen gehanteerd. De tijdreeks voor 1960 tot 1976 is gebaseerd op IJsbrandy (C.M. IJsbrandy. De inkomensontwikkeling van huisartsen 1947-1976. De voordelen van een vrij beroep, Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 1979), die voor de periode tot 1967 praktijkkosten extrapoleerde uit enquêtegegevens uit 1952.
5. Poullier JP. Levels and trends in the public-private mix of the industrialized countries' health systems. In: Culyer AJ, Jönsson B, eds. Public & Private Health Services: Complementaries and Conflicts. Oxford: Blackwell, 1986: 11-40.
6. Sandier S. Health Services Utilization and Physician Income Trends. Health Care Financing Review 1989; Annual Supplement: 33-48.
7. IJsbrandy CM. Vestigingsbeleid en inkomen. In: P.P. Groenewegen, red. Vestigingsbeleid voor huisartsen. Utrecht: NHI, 1981.
8. Delnoij DMJ. Physician Payment Systems and Cost Control. Proefschrift. Utrecht: Nivel, 1994.
9. Vergelijk: Becker H. Generaties en hun kansen. Amsterdam: Meulenhoff, 1992: 11-2.