

**Financiële problematiek
van
gezondheidscentra**

Fase 2:

**Een onderzoek naar de financiële problemen van
gezondheidscentra met hulpverleners niet in dienstverband
en een vergelijking van de financiële mogelijkheden van
centra met en centra zonder hulpverleners in
dienstverband**

**L. Peters
november 1984**

FFC^o

RESEARCH AND DEVELOPMENT
DEPARTMENT OF AGRICULTURE
WASHINGTON, D.C.

	Blz.
INHOUDSOPGAVE	
OVERZICHT TABELLEN	1
INLEIDING	4
SAMENVATTING EN CONCLUSIES	6
AANBEVELINGEN	16
1. DOEL EN OPZET VAN HET ONDERZOEK	20
1.1. Doelstellingen en vraagstellingen	20
1.2. De opzet van het onderzoek	21
1.3. Enkele kerngegevens van gezondheidscentra met hulpverleners niet in dienstverband	24
2. DE FINANCIERING VAN GEZONDHEIDSCENTRA WAAR HULPVERLENERS NIET IN DIENSTVERBAND WERKZAAM ZIJN	27
2.1. Inleiding	27
2.2. Financiëring en subsidiëring, de structuur	27
2.2.1. Recente ontwikkelingen m.b.t. subsidiemogelijkheden	28
2.2.2. Fiscale faciliteiten van niet-loondienstcentra	30
2.2.3. Integrale kostenvergoeding	32
2.3. Aanwezigheid rechtspersoon en eigendomsvorm praktijkpand	33
2.4. De interne financiële structuur	35
2.5. Gebruik van subsidies en overige financiële faciliteiten	38
3. DE FINANCIËLE TEKORTEN VAN CENTRA EN VAN DE DAARAAN VER- BONDEN HULPVERLENERS	44
3.1. Inleiding	44
3.2. Het begrip tekorten	44
3.3. De aanwezigheid van resterende tekorten	45
3.4. De omvang van de tekorten over 1979	48
3.5. Aanloop- of structurele tekorten	52
4. RESTERENDE TEKORTEN: OORZAKEN EN DEKKINGSWIJZE	56
4.1. Inleiding	56
4.2. De invloed van het patiëntenaantal en de startwijze op het ontstaan van tekorten	57
4.2.1. Verschillen tussen centra van het niet-loondienst-type	57
4.2.2. Verschillen tussen centra met en centra zonder hulpverleners in dienst	59

	Blz.
4.3. Resterende tekorten: door de centra aangegeven oorzaken en dekkingswijze	61
4.4. Liquiditeitsproblemen	63
5. CONCESSIES IN DE PRAKTIJK- EN BELEIDSVOERING	64
5.1. Inleiding	64
5.2. Vóorkomen en aard van concessies	64
5.3. Overwegingen bij de keuze voor een niet-dienstverband-constructie	67
6. PROBLEMEN EN WENSEN	70
6.1. Inleiding	70
6.2. De huidige financiëring	70
6.3. Wensen voor een andere financiëringstructuur	72
7. FINANCIËLE CONSEQUENTIES VAN EEN AL DAN NIET LOONDIENST-CONSTRUCTIE: EEN VARIANTENANALYSE	74
7.1. Inleiding	74
7.2. Keuze en omschrijving van de outputvariabelen	76
7.3. De in de analyse betrokken basistypen-centra	77
7.4. Het computermodel: opzet en algemene veronderstellingen	79
7.5. Resultaten bij een gestabiliseerde situatie	81
7.6. Resultaten van een aanloopmodel	97
7.7. Samenvatting en beschouwing	104
LITERATUUR	108
BIJLAGE I - ENQUÊTE FINANCIËLE PROBLEMATIEK GEZONDHEIDSCENTRA	110
BIJLAGE II - VERGELIJKING TUSSEN LOONDIENSTINKOMEN EN INKOMEN UIT VRIJ BEROEP	134
BIJLAGE III - COMPUTERMODEL	138
BIJLAGE IV - BEREKENING VERGELIJKSINKOMEN HUISARTSEN EN FYSIOTHERAPEUTEN BIJ ZELFSTANDIGE VESTIGING BUITEN CENTRUM	188

TABELLENOVERZICHT		Blz.
Tabel 1.1.	De disciplinaire samenstelling van gezondheidscentra met hulpverleners niet in dienstverband, per 1 januari 1979 en per 1 januari 1983.	25
Tabel 1.2.	De gemiddelde praktijkomvang en het gemiddeld aantal patiënten per full-time huisarts van centra met hulpverleners niet in dienstverband in 1979, 1980, 1981 en 1982.	26
Tabel 2.1.	Aanwezigheid organisatievorm met rechtspersoonlijkheid (peildatum 1-10-1983).	33
Tabel 2.2.	Financiële taken van de rechtspersonen (per 1-10-1983)	34
Tabel 2.3.	Eigendomssituatie huisvesting per 1-1-1979 en per 1-10-1983.	35
Tabel 2.4.	Basisconstructies interne financiële relatie (per 1-10-1983).	37
Tabel 2.5.	Subsidietoekenningen in het kader van de Stimuleringsregeling over de jaren 1979 t/m 1982 (bedragen x f 1.000,-)	39
Tabel 2.6.	Subsidietoekenningen in het kader van de Voorlopige Richtlijnen van de ZFR tot en met 1983 (peildatum 1-4-1984, bedragen x f 1.000,-).	41
Tabel 3.1.	Aanwezigheid resterende tekorten bij centra en/of bij niet-gedetacheerde hulpverleners (n=42).	46
Tabel 3.2.	Specificatie van het vóórkomen van tekorten van niet-gedetacheerde hulpverleners naar discipline (n=41).	47
Tabel 3.3.	Overzicht van de exploitatieresultaten van 18 centra over 1979 (x f 1.000,-).	49
Tabel 4.1.	De relatie tussen tekorten en enkele centrumkenmerken.	58
Tabel 4.2.	De financiële consequenties van verschillen in praktijkomvang voor de hoogte van exploitatietekorten (bedragen x f 1.000,-).	59
Tabel 4.3.	Het gemiddeld aantal uren overlegtijd per maand naar type centrum (1978).	60
Tabel 5.1.	Het voorkomen en de aard van concessies als gevolg van ontoereikende financiële middelen.	65

	Blz.
Tabel 5.2. Tekorten bij centrumexploitant en/of niet-gedetacheerde hulpverleners en concessies met betrekking tot praktijk- en beleidsvoering (n=40).	67
Tabel 5.3. Waarom is voor een niet-dienstverbandconstructie gekozen? (n = 37)	68
Tabel 7.1. Invloed van het produktieniveau op de exploitatieresultaten en de subsidies van diverse basistype-centra.	83
Tabel 7.2. Invloed van het produktieniveau op de vergelijkingsinkomens van hulpverleners bij diverse basistypen centra en bij zelfstandige vestiging buiten centrum.	84
Tabel 7.3. Invloed van de hoogte van salarissen op de subsidies, de exploitatieresultaten na subsidies en de vergelijkingsinkomens van dienstverbandcentra (basistype A) bij 3 produktieniveaus (x f 1.000,-).	88
Tabel 7.4. Overzicht bij drie produktieniveaus van subsidies, exploitatieresultaten en vergelijkingsinkomens huisartsen bij centra die door middel van overname van praktijken gestart zijn.	91
Tabel 7.5. Huur en eigendom bij drie produktieniveaus.	94
Tabel 7.6. Drie huurprijsniveaus bij een 'gemiddelde' (financiële) produktie.	95
Tabel 7.7. Subsidies, exploitatieresultaten na subsidies en vergelijkingsinkomens gedurende de aanloopfase van een dienstverbandcentrum (basistype A).	99
Tabel 7.8. Subsidies, exploitatieresultaten na subsidies en vergelijkingsinkomens gedurende de aanloopfase van een semi-dienstverbandcentrum, dat tevens in aanmerking komt voor AWBZ-subsidie t.b.v. extra tijdsinvestering (basistype B1).	100
Tabel 7.9. Subsidies, exploitatieresultaten na subsidies en vergelijkingsinkomens gedurende de aanloopfase van een semi-dienstverbandcentrum, dat alleen in aanmerking komt voor een AWBZ-subsidie t.b.v. praktijkkosten (basistype B2).	101

Blz.

Tabel 7.10. Subsidies, exploitatieresultaten ná subsidies en
vergelijkingsinkomens gedurende de aanloopfase van
een niet-dienstverbandcentrum (basistype C).

102

INLEIDING

Op het in februari 1981 gehouden 'Halfjaarlijks Overleg' rond het S1-project* werd geconcludeerd dat er onvoldoende gegevens beschikbaar zijn om vast te stellen of en zo ja in welke richting oplossingen voor de financiële problematiek van gezondheidscentra gezocht moeten worden. Deze bespreking vormde voor het S1-project de aanleiding om het NHI opdracht te geven om onderzoek naar deze problematiek te verrichten.

In de eerste helft van 1982 is de eerste fase van dit onderzoek uitgevoerd, gericht op centra met hulpverleners in dienstverband.** Medio 1983 is de tweede fase, gericht op centra waar hulpverleners niet in dienstverband werkzaam zijn, van start gegaan.

Het voorliggende rapport bevat het verslag van deze tweede onderzoeksfase. De indeling van dit rapport is als volgt: na een samenvatting en aanbevelingen wordt het doel en de opzet van het onderzoek beschreven in hoofdstuk 1. In hoofdstuk 2 worden de financiering en de wijze waarop de centra intern (financieel) georganiseerd zijn, besproken. Hoofdstuk 3 is gewijd aan de aanwezigheid en de omvang van de financiële tekorten van centrumexploitanten en de aan de centra verbonden hulpverleners. De oorzaken en de dekkingswijze van de tekorten worden in hoofdstuk 4 behandeld, terwijl de overige financiële problemen in hoofdstuk 5 aan de orde komen. Het oordeel van de centra over de huidige financiering en de wensen met betrekking tot een andere financiering staan centraal in hoofdstuk 6. Zijn de in de voorgaande hoofdstukken besproken resultaten gebaseerd op empirisch materiaal (schriftelijke enquête en financiële jaarstukken), het laatste hoofdstuk (7) is mede gebaseerd op geconstrueerde gegevens. Met behulp van een computermodel wordt in dit hoofdstuk nagegaan in hoeverre de financieel-juridische vormgeving van centra (dienstverband

* S1 is de afkorting van het Samenwerkingsproject eerstelijns. In dit project participeren het NHI, de NK en de Joint.

** Zie voor het verslag het rapport 'Financiële Problematiek van Gezondheidscentra, fase 1: Een onderzoek naar de omvang en oorzaken van financiële problemen van gezondheidscentra met hulpverleners in dienstverband', L. Peters, NHI, 1982.

versus niet-dienstverband) de financiële mogelijkheden van centrumexploitant en hulpverleners bepaalt.

De uitvoering van het onderzoek was mogelijk door de niet geringe - inspanning die de centra hebben moeten leveren om een ingewikkelde enquête in te vullen. Dank zijn wij ook verschuldigd aan het bureau Paardekooper & Hoffman Accountants, die in opdracht van het NHI een onmisbare bijdrage voor de variantenanalyse geleverd heeft. Wanneer de financiële problematiek van gezondheidscentra tot een persoonlijk probleem van de onderzoekers dreigde uit te groeien, bleken de adviezen van Herman Levelink en Sieb Mostert voor opklaring te zorgen.

Tenslotte willen we de leden van de onderzoeksbegeleidingscommissie bedanken. Hun, niet altijd overeenkomstige, belangen bij het onderzoek vormden gelukkig geen belemmering om het onderzoek kritisch te begeleiden.

Samenstelling van de onderzoeksbegeleidingscommissie:

J.M. Bensing (NHI) tot 1 januari 1983
J.P. Dopheide (NHI) vanaf 1 januari 1983
M.E. Kroes (ZFR)
L. Peters (NHI), projectleider onderzoek
G. Plessius (WVC)
J.A. Siemelink (LVG)
A. Speijers (LVG)
L. Sweerts (S1-project), voorzitter
J.Th.J. Zijderveld (ZFR).

SAMENVATTING EN CONCLUSIES

In dit rapport wordt verslag gedaan van de resultaten van een onderzoek naar de financiële problemen van gezondheidscentra waar hulpverleners niet in dienstverband werkzaam zijn. Dit onderzoek is de tweede (en tevens laatste) fase van het onderzoeksproject 'Financiële Problematiek van Gezondheidscentra', dat in opdracht van het S1-project door het NHI is uitgevoerd. (De eerste fase van dit project (Peters, 1982) richtte zich op centra waar hulpverleners in dienstverband werkzaam zijn). Deze tweede fase werd financieel mogelijk gemaakt door een subsidie van het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur en de Ziekenfondsraad.

Het project is opgezet met als doel gegevens aan te dragen over de financiële situatie van gezondheidscentra ten behoeve van een standpuntbepaling over de huidige en - voor zover gewenst - over de voorgestane financiering van deze voorzieningen. De resultaten van deze tweede onderzoeksfase zijn gebaseerd op een schriftelijke enquête en financiële jaarstukken. Daarnaast is een variantenanalyse uitgevoerd, waarin de financiële mogelijkheden van dienstverband- en niet-dienstverbandcentra vergeleken worden. In dit rapport wordt aandacht besteed aan de financiering van niet-dienstverbandcentra, de tekorten van de centrumexploitant en de aan deze centra verbonden hulpverleners, overige financiële problemen zoals concessies in de praktijk- en beleidsvoering en de bij de centra levende wensen voor wijzigingen van het huidige financieringssysteem. Het rapport wordt afgesloten met een hoofdstuk waarin de resultaten van de eerder vermelde variantenanalyse besproken worden.

Waar mogelijk is bij de bespreking van de resultaten een vergelijking gemaakt met de resultaten van de eerste fase van het onderzoeksproject, gericht op dienstverbandcentra.

A. De Financiering (zie hoofdstuk 2)

Ten behoeve van - onder andere - gezondheidscentra fungeren momenteel twee landelijke subsidieregelingen, de Stimuleringsregeling van WVC en de Voorlopige Richtlijnen van de Ziekenfondsraad. In tegenstelling tot dienst-

verbandcentra, die nagenoeg allemaal een beroep doen op deze regelingen, maken niet-loondienstcentra slechts ten dele gebruik van deze subsidies. De Stimuleringsregeling werd in 1979 door driekwart van deze centra benut, terwijl AWBZ-subsidie in het kader van de Voorlopige Richtlijnen de afgelopen jaren slechts aan een enkel centrum verstrekt werd. Wel bleek dat inmiddels 21 centra een aanvraag voor AWBZ-subsidie hebben ingediend, terwijl nog eens acht andere centra een dergelijke aanvraag in voorbereiding hebben. Hoewel we op grond van de enquêtegegevens kunnen concluderen dat deze toename in het aantal aanvragen zal doorzetten, verwachten we niet dat dit zich in de (nabije) toekomst tot alle niet-loondienstcentra zal uitstrekken.

De kloof tussen aantal aanvragen en aantal toekenningen kan grotendeels verklaard worden doordat de specifieke toekenningsvoorwaarden m.b.t. deze centra eerst in maart 1983 door de Subcommissie Gezondheidscentra van de ZFR zijn opgesteld. De belangrijkste conditie betreft de voorwaarde dat door hulpverleners ook op financieel gebied samengewerkt moet worden. Met de bekrachtiging van de 'Tweede Evaluatienota Gezondheidscentra' door de ZFR in september 1984 is behalve deze voorwaarde tevens de eis dat er sprake van een rechtspersoon (op centrumniveau) moet zijn, ingevoerd. Blijkens onze gegevens voldoet slechts een gering aantal centra momenteel aan deze voorwaarden. Heeft ruim tweederde van de centra een organisatievorm met rechtspersoonlijkheid, slechts vijf (van de 39) respondenten kennen een interne financiële structuur die aansluit bij de genoemde ZFR-eis, waarin de bijdragen van de afzonderlijke disciplines aan het samenwerkingsverband volgens het principe van de in de honoraria begrepen kosten worden vastgesteld. Bij het merendeel van de centra worden de financiële bijdragen volgens een m²-sleutel (huisvestingsoppervlakte) vastgesteld.

Niet-loondienstcentra hebben met loondienstcentra gemeen dat een diversiteit aan overige subsidiebronnen en financiële faciliteiten gebruikt worden. De omvang van de subsidies is bij de eerstgenoemde groep centra aanzienlijk lager. Samenvattend kan geconcludeerd worden dat niet-loondienstcentra in vergelijking met dienstverbandcentra minder gebruik (kunnen) maken van subsidies. Daarnaast sluit hun interne financieringsstructuur over het algemeen niet aan bij de voorwaarden die de ZFR momenteel voor subsidietoekenning hanteert.

B. De tekorten (zie hoofdstuk 3 en 4)

Bij de vaststelling van tekorten is onderscheid gemaakt tussen tekorten bij de centrumexploitant en tekorten bij de (niet-gedetacheerde) hulpverleners. Uit de enquête kwam naar voren dat bij 55 % van de centra, na subsidietoekenning, resterende tekorten voorkomen. Deze 55 % kan als volgt gespecificeerd worden:

- bij 14 % van de centra komen alleen tekorten bij de exploitant voor;
- bij 29 % van de centra komen alleen tekorten bij de hulpverleners voor;
- bij 12 % komen deze tekorten in combinatie voor.

Tekorten bij hulpverleners komen zowel absoluut als relatief vooral bij huisartsen voor.

De omvang van de resterende tekorten (centrumexploitant en hulpverleners) loopt aanzienlijk uiteen: van circa f 4.000,= tot f 82.000,= in 1979), met een gemiddelde van circa f 40.000,= per centrum. Of een resterend tekort al dan niet voorkomt blijkt vooral samen te hangen met het aantal patiënten per full-time huisarts. Hiermee samenhangend blijkt ook de startwijze van invloed: alle (5) centra die vanuit een 'nul-situatie' opgericht zijn, melden tekorten, terwijl dat 'slechts' bij de helft van de centra die vanuit bestaande praktijken opgericht zijn het geval is.

Uit een analyse van de tekorten over 1979 (vóór subsidietoekenning) blijkt dat het merendeel van de totale tekorten (minimaal 87%) als structureel aange-merkt kan worden. Als we het al dan niet structureel zijn van tekorten operationaliseren met het al dan niet in een groeifase zijn, blijken aanlooptekorten slechts bij één op de zeven centra voor te komen.

In vergelijking met centra van het loondienst-type kunnen deze resultaten als volgt samengevat worden:

Bij niet-loondienstcentra komen (resterende) tekorten even vaak voor als bij loondienstcentra. Bij niet-loondienstcentra komen deze tekorten vooral tot uitdrukking op het niveau van de (niet-gedetacheerde) hulpverleners. De gemiddelde omvang per centrum is echter aanzienlijk lager (+ f 40.000,=) bij niet-dienstverbandcentra tegenover f 75.000,= bij dienstverbandcentra in 1979). Dit kan grotendeels verklaard worden doordat de financiële productie bij niet-loondienstcentra aanzienlijk hoger is dan bij loondienstcentra: in 1979 750 patiënten per full-time huisarts méér. Dit verschil in patiëntenaantallen wordt slechts ten dele veroorzaakt doordat niet-loondienstcentra veel minder frequent in een aanloopfase verkeren en er minder

tijd aan organisatorisch overleg (dan bij dienstverbandcentra) besteed wordt. In hoeverre andere factoren, zoals werkwijze en bewerkelijkheid van de praktijk een rol spelen, is momenteel niet na te gaan.

Een punt van overeenkomst tussen beide typen centra wordt gevormd door de liquiditeitsproblemen. Relatief even vaak (4 van de 10 centra) werd hiervan gewag gemaakt. Ook ten aanzien van de oorzaken van de tekorten is veel overeenkomst: niet-kostendekkende bijdragen van detacherende instellingen (met name het maatschappelijk werk), hoge accommodatiekosten en overheadkosten (coördinatie, receptie, administratie) werden het meest als oorzaak genoemd.

C. Overige financiële problemen (zie hoofdstuk 5)

Behalve in de aanwezigheid van tekorten kunnen financiële problemen ook tot uiting komen in het nalaten van activiteiten of, door gebrek aan financiële armslag, het anders inrichten van de werkwijze of de accommodatie van het centrum. Bijna de helft van de niet-loondienstcentra signaleerde één of meer van de volgende concessies: minder non-curatieve activiteiten (preventie, consultatie, voorlichting) dan wenselijk werd geacht, idem minder samenwerking (zowel intern als extern) en onvoldoende coördinatie- en management-mogelijkheden. In tegenstelling tot onze verwachting waren relatief weinig centra (éénvijfde) van mening dat er te weinig tijd aan patiënten besteed kon worden.

Over het algemeen blijken niet-loondienstcentra echter minder 'ontevreden' dan loondienstcentra. Uit de eerste onderzoeksfase kwam namelijk naar voren dat van deze laatste categorie nagenoeg alle centra (15 van de 18) concessies signaleerden. Overigens bleek er een duidelijke samenhang tussen het vóórkomen van tekorten en het doen van concessies te bestaan: in ruim driekwart van de centra komen tekorten en concessies in combinatie voor óf worden geen van beide genoemd. We kunnen dan ook constateren dat als er problemen voorkomen het mes aan twee kanten snijdt: zowel op financieel-technisch niveau als op het niveau van praktijkvoering en organisatie.

Dat de huidige financieringsstructuur ook op een ander vlak tot problemen leidt blijkt uit de antwoorden op onze vraag waarom voor een niet-dienstverband-type (en niet voor een loondienst-)constructie gekozen is.

Slechts éénvijfde van de centra gaf aan dat alleen principieel/ideële overwegingen hierbij een rol speelden. De overige centra zeiden dat praktisch-financiële overwegingen ofwel uitsluitend (54 %) of mede in combinatie met principieel/ideële overwegingen (27 %) tot de huidige niet-loondienst-constructie hebben geleid. Meest genoemde praktisch/financiële overwegingen waren de goodwill-problematiek, de WIR-premie-mogelijkheden en inschalingsproblemen (met name ten aanzien van fysiotherapeuten) die bij een dienstverband-constructie zouden optreden. De genoemde principieel en ideële overwegingen kunnen samengevat worden als een bewuste voorkeur voor het vrije ondernemerschap en een afkeer van wat een toenemende bureaucratisering en overheidsbemoeienis werd genoemd.

Enigszins chargerend kan gesteld worden dat het merendeel van de centra de niet-dienstverbandconstructie als een 'noodzakelijk kwaad' beschouwt. In hoeverre de niet-dienstverbandconstructie in de toekomst in een dienstverbandconstructie zal worden omgezet lijkt voor een groot deel af te hangen van de bereidheid van subsidiegevers om overnamesommen te financieren.

D. Wensen (zie hoofdstuk 6)

Bijna unaniem waren de centra van mening dat een toekomstige financiering of subsidiëring van gezondheidscentra vanuit één regeling een noodzaak is. De huidige subsidieregelingen, met name de Voorlopige Richtlijnen, worden onduidelijk, procedureel te ingewikkeld en te traag genoemd. Daarnaast werd veelvuldig kritiek geuit op de interpretatie van deze richtlijnen door de ZFR. Zo blijkt er vaak verschil van mening te bestaan tussen centra en de ZFR over de volgende punten: waarneming, financieringskosten (goodwill), vervoer, praktijkkosten op privé-adres en/of van een nevenfunctie buiten het centrum.

Van meer fundamentele aard was de kritiek op de door de ZFR gehanteerde voorwaarde van financiële samenwerking. Deze conditie houdt in dat waar de enige discipline tekorten heeft (meestal huisartsen) en andere disciplines (vaak fysiotherapeuten) minder kosten maken dan in de tariefopbouw wordt verondersteld, de tekorten (via het centrum) met de overschotten verrekend moeten worden. Als er dan nog op centrumniveau een tekort resteert, kan een tegemoetkoming uit het AWBZ-fonds verstrekt worden.

Diverse centra attenteerden op het probleem dat ze bij oprichting niet met deze conditie bekend waren. Hoewel een deel van deze centra de conditie op zich redelijk vindt, geeft de terugwerkende kracht waarmee deze voorwaarde gehanteerd wordt aanzienlijke problemen. Andere centra die ook in de toekomst niet bereid zijn tot een dergelijke financiële samenwerking wezen op het gedwongen 'semi-dienstverband'-karakter van de regeling. In beide gevallen signaleerden centra dat deze conditie de samenwerking op inhoudelijk terrein dreigde aan te tasten. Twee respondenten meldden zelfs dat overwogen wordt de samenwerkingsovereenkomst met de fysiotherapeuten formeel te ontbinden, om aldus de voorwaarde van financiële samenwerking te omzeilen.

Een ander bezwaar heeft betrekking op het feit dat in het kader van de huidige Voorlopige Richtlijnen een tegemoetkoming in de extra-tijdsinvestering (naast de tegemoetkoming in de extra-praktijkkosten) alleen in een dienstverband-situatie verstrekt kan worden. Dit gegeven, gekoppeld aan de onmogelijkheid om de kosten verbonden aan het overnemen van praktijken voor subsidie in aanmerking te laten komen, werd door diverse centra dan ook als onrechtvaardig betiteld.

Behalve de vrij algemeen geuite wens tot één financieringsbron, vereenvoudiging van de procedures en een (betere) bevoorschottingsregeling, lopen de meningen over een nadere invulling daarvan uiteen. Globaal kunnen twee opvattingen onderscheiden worden:

- de centra waarbij de huidige niet-dienstverbandconstructie vooral uit praktische overwegingen voortkomt dringen aan op een gelijkschakeling van de subsidiemogelijkheden met die van loondienstcentra, een soepele overgangsregeling met betrekking tot de eis van financiële samenwerking en een regeling die de overgang van vrij beroep naar dienstverband mogelijk maakt.
- de centra waarbij de niet-dienstverband-constructie vooral vanuit principiële/ideële gronden is gekozen, benadrukken niet zozeer een gelijke behandeling, maar achten een type subsidiëring wenselijk die à la de Stimuleringsregeling (maar dan met ruimere bedragen) naar eigen inzicht besteed kan worden, zonder dat daarbij bedrijfsvoeringsgegevens van de vrij beroepers overlegd moeten worden.

E. Financiële mogelijkheden (zie hoofdstuk 7)

In een varianten-analyse zijn de financiële gevolgen van de wijze waarop een centrum financieel-juridisch georganiseerd is nader onderzocht. Het doel van deze analyse was niet zozeer de feitelijke situatie te beschrijven, maar meer om de mogelijkheden van diverse typen centra te onderzoeken. We hebben drie basistypen geconstrueerd: een dienstverbandcentrum dat in aanmerking komt voor een AWBZ-subsidie (t.b.v. praktijkkosten als ook t.b.v. extra-tijdsinvestering), een semi-dienstverbandcentrum dat overeenkomstig de ZFR-condities functioneert (AWBZ-subsidie t.b.v. praktijkkosten), een semi-dienstverbandcentrum waarbij tevens verondersteld is dat ook AWBZ-subsidie t.b.v. extra-tijdsinvestering verstrekt wordt en tenslotte een niet-dienstverbandcentrum waarbij de hulpverleners financieel zelfstandig functioneren (geen AWBZ-subsidie, maar wel - evenals de vorige typen - Stimuleringsubsidie).

Voor al deze basistypen zijn vervolgens de exploitatieresultaten (vóór en na subsidie) en de inkomens van de hulpverleners met behulp van een computermodel berekend bij diverse omstandigheden (hoogte financiële productie, startwijze, huisvestingssituatie, aanvaardbaarheid goodwill-kosten in het kader van de Voorlopige Richtlijnen). Ongeveer 90 varianten zijn op deze wijze doorgerekend. We beperken ons hier tot enkele conclusies:

Inkomens (niet-gedetacheerde) hulpverleners

Een loondienst-situatie is - bij eenzelfde financiële produktie - voor de hulpverleners doorgaans financieel de aantrekkelijkste constructie, het werkzaam zijn in een niet-dienstverbandcentrum meestal de minst aantrekkelijke constructie. Zo wordt een inkomen overeenkomstig een salariëring van huisartsen in schaal 148 BBRA (momenteel de meest voorkomende inschaling bij dienstverbandcentra) in een niet-dienstverbandssituatie bereikt bij circa 2900 patiënten per huisarts (komt overeen met circa 2550 patiënten volgens de door de ZFR gehanteerde telmethode, terwijl een inkomen overeenkomstig het maximaal door de ZFR aanvaarde inschalingsniveau (151/7/BBRA) pas ver boven de 300 patiënten in een niet-dienstverbandssituatie bereikt wordt. Pas boven deze produktieniveaus levert een niet-dienstverbandconstructie meer inkomen op.

De omslagpunten in een semi-dienstverbandssituatie liggen lager: in ver-

gelijking met een inkomen volgens schaal 148 en 151/7 BBRA, resp. circa 2450 en 3100 patiënten bij een situatie waar de AWBZ-subsidie alleen de praktijkkosten betreft en resp. circa 2100 en 2700 patiënten, indien deze subsidie tevens van een tegemoetkoming extra tijdsinvestering uitgaat. In dit laatste geval gaat het echter wel ten koste van de subsidie - en daarmee de exploitatieresultaten - van de centrumexploitant. Enerzijds wordt dit veroorzaakt doordat de totale hoogte van de AWBZ-subsidie alleen in de lagere produktieregionen door een tegemoetkoming extra tijdsinvestering hoger uitvalt,* anderzijds komt - volgens onze toerekeningssystematiek - deze tegemoetkoming wel (ten dele) ten goede aan de hulpverleners.

Twee opmerkingen kunnen hierbij nog gemaakt worden. De resultaten illustreren de vanuit veel loondienstcentra naar voren gebrachte klacht dat - boven een produktieniveau van circa 2000 tot 2210 (volgens de telmethode ZFR) - een lagere inschaling van huisartsen dan maximaal door de ZFR toegestaan de centra geen extra financiële ruimte biedt, bijvoorbeeld om fysiotherapeuten of centrumassistenten hoger in te schalen dan door de ZFR wordt toegestaan. Ook vormen de resultaten van de variantenanalyse een aanwijzing dat de eerder geconstateerde hogere patiëntenaantallen bij niet-loondienstcentra (mede) voortkomen uit de wens of noodzaak om een redelijk inkomensniveau (in vergelijking met een loondienstsituatie) te verkrijgen.

Met betrekking tot fysiotherapeuten (en verloskundigen) gelden soortgelijke conclusies. Globaal kan hier gesteld worden dat beneden een normproduktie een dienstverband financieel voordeel biedt. Daarboven nemen de financiële perspectieven bij een semi- of niet-dienstverbandconstructie sterk toe. Twee factoren spelen hierbij een rol:

bij dienstverband worden de salarisperspectieven door de ZFR beperkt tot BBRA 89/max., terwijl anderzijds deze beroepsgroepen niet (zoals bij huisartsen) een degressief tariefstelsel kennen.

*In deze situatie is de verleende subsidie gelijkgesteld aan het door de ZFR aanvaardbaar geachte tekort en niet aan de berekende maximale financiële tegemoetkoming praktijkkosten en extra tijdsinvestering.

Exploitatieresultaten centrumexploitant

Wat betreft de resultaten na subsidietoekenning blijken, boven een produktieniveau van circa 2200 patiënten per huisarts, alleen het semi-dienstverband-type, waar alleen een tegemoetkoming praktijkkosten van toepassing is, en het dienstverbandcentrum tot een sluitende exploitatie te kunnen komen. Beneden dat niveau becijferden we vrijwel altijd resterende tekorten, ongeacht het soort centrum. In deze lage produktieregioenen werden de hoogste resterende tekorten (na subsidie) berekend bij de dienstverbandconstructie, de laagste bij de niet-dienstverbandconstructie. In deze laatste situatie zijn de vergelijkingsinkomens echter extreem laag.

Zoals eerder vermeld is de fictieve constructie, waarbij een semi-dienstverbandcentrum vanuit de AWBZ behalve voor een tegemoetkoming praktijkkosten ook voor een tegemoetkoming extra tijdsinvestering in aanmerking komt, weliswaar gunstig voor de hulpverleners, maar ongunstig voor de centrumexploitant. Pas bij hoge praktijkkosten en/of lage produktieniveaus resulteert deze constructie voor de centrumexploitant in hetzelfde resultaat als bij de situatie waar alleen een tegemoetkoming praktijkkosten verstrekt wordt.

Ondanks deze onderlinge verschillen in de exploitatieresultaten kan echter geconcludeerd worden dat (AWBZ-)subsiëring, naast subsidiëring in het kader van de Stimuleringsregeling, bij elke variant blijvend noodzakelijk is.

Subsidie-omvang

Uit het voorgaande zal duidelijk zijn dat als de huidige niet-loondienstcentra hun interne financiële structuur wijzigen conform het principe van financiële samenwerking (semi-dienstverbandconstructie) dit aanzienlijke gevolgen zal hebben voor de aan deze centra toe te kennen subsidies in het kader van de AWBZ. Is de hoogte van de subsidies tot en met een produktieniveau van circa 2500 patiënten (+ 2210 volgens telmethode ZFR) ongeveer gelijk aan een dienstverbandconstructie, daarboven zal een semi-dienstconstructie in vergelijking met een loondienstconstructie voor de subsidiegever financieel ongunstiger zijn.

Een uitbreiding van de AWBZ-subsidie in de zin dat een tegemoetkoming

extra tijdsinvestering behalve aan dienstverband- ook aan semi-dienstverbandcentra verstrekt zal gaan kunnen worden, heeft volgens onze analyses slechts een beperkte invloed op de totale hoogte van het subsidiebedrag.

Aanloopmodel

Uit de analyses van een aanloopmodel kwam tenslotte naar voren dat een subsidie in de aanlooptekorten van vitaal belang is om een centrum vanuit een nul-situatie op te richten. Het wekt dan ook geen verwondering dat we een dergelijke startwijze vrijwel uitsluitend tegenkomen bij dienstverbandcentra, het enige type dat momenteel voor aanloopsubsidie in aanmerking komt.

F. Slotconclusie

We kunnen vaststellen dat resterende tekorten bij niet-loondienstcentra relatief even vaak voorkomen als bij loondienstcentra (circa 55 % van de centra). Deze tekorten komen echter niet zozeer tot uiting in de resultaten van de centrumexploitant, maar vooral in het inkomen van de huisartsen. Andere verschillen zijn: niet-loondienstcentra ontvangen in vergelijking met loondienstcentra minder vaak en ook minder hoge subsidiebedragen en de gemiddelde omvang van de resterende tekorten is geringer. Deze verschillen worden vooral veroorzaakt doordat niet-loondienstcentra gemiddeld aanzienlijk meer patiënten per full-time huisarts hebben ingeschreven. Dit grotere patiëntenaantal kan slechts ten dele verklaard worden doordat centra van het niet-loondienst-type veelal vanuit bestaande praktijken zijn opgericht, terwijl loondienstcentra meestal vanuit een 'nul-situatie' van start zijn gegaan.

Desondanks worden concessies in de praktijk- en beleidsvoering (als gevolg van geringe financiële middelen) door niet-loondienstcentra minder vaak (maar nog altijd de helft van de centra) gesignaleerd dan bij loondienstcentra.

Tenslotte kan geconstateerd worden dat een meerderheid van de niet-loondienstcentra alleen vanuit praktisch-financiële overwegingen voor een dergelijke constructie gekozen heeft. Verwacht kan worden dat als de ZFR het overnemen van praktijken door centra financieel mogelijk maakt, een groot deel van deze centra alsnog voor een dienstverbandconstructie zal kiezen.

AANBEVELINGEN

Op grond van de resultaten van dit rapport kunnen we een aantal aanbevelingen doen met betrekking tot de financiering van gezondheidscentra. Aanbevelingen over de wijze van financiering en vooral de hoogte van een extra financiële tegemoetkoming in vergelijking met niet in gezondheidscentra werkzame hulpverleners dienen vooral op kwaliteitsargumenten (betere zorg) en/of efficiency-argumenten (bijv. besparing in tweedelijng) gebaseerd te worden. Aangezien dit onderzoek niet op deze aspecten ingaat, dragen onze aanbevelingen dan ook meer een 'naar aanleiding van'-karakter dan een 'gebaseerd op'-karakter.

1. De noodzaak van een integrale financieringsregeling wordt (ook) door dit onderzoeksproject onderstreept. De huidige diversiteit aan subsidieregelingen kost zowel gezondheidscentra (en waarschijnlijk ook de financiers) disproportioneel veel tijd. Bovendien bestaat de indruk dat met name de huidige Voorlopige Richtlijnen van de ZFR (AWBZ-subsidie) voor centra dermate ondoorzichtig zijn, dat het gebruik van deze regeling door sommige niet-loondienstcentra op oneigenlijke gronden ontbreekt.
2. Vanuit de constatering dat in het voorzieningenbeleid ten aanzien van gezondheidscentra geen voorkeur voor óf een dienstverband, óf een vrijberoepssituatie gemaakt wordt, verdient het aanbeveling een financierings-, c.q. subsidieregeling in te voeren, die beide typen centra dezelfde financiële armslag biedt.
In dit verband dient de huidige financiële tegemoetkoming in de extra tijdsinvestering ten behoeve van loondienstcentra tevens toegepast te worden op niet-loondienstcentra. Daarbij is het redelijk om de netto honorering van de in deze centra werkzame vrij-beroepers (per saldo) te maximeren tot de uit een normpraktijk te verkrijgen netto honoraria.
3. Het in maart 1983 door de subcommissie Gezondheidscentra van de ZFR ingenomen standpunt* inzake subsidiëring van niet-loondienstcentra kan wat betreft de algemene voorwaarden (samenwerking, ook op financieel

*Met de goedkeuring van de Tweede Evaluatienota Gezondheidscentra is dit standpunt inmiddels door de ZFR bekrachtigd.

gebied) als redelijk beschouwd worden. Twee punten verdienen echter nog nadere uitwerking:

- a) Gezien onze bevinding dat momenteel de overgrote meerderheid van niet-loondienstcentra niet aan deze voorwaarden voldoet, is een overgangsregeling c.q. een soepele toepassing wenselijk (zie ook punt 5c).
- b) Problematisch in het kader van een adequate financierings- c.q. subsidieregeling is die groep niet-loondienstcentra waarbij de hulpverleners vanuit een principiële voorkeur voor het vrije ondernemerschap niet willen samenwerken op financieel gebied. Een uitbreiding van de toepassing van de Integrale Kosten Vergoeding (IKV) tot gezondheidscentra* zal huisartsen in deze centra meer financiële arm-slag bieden.

In het kader van de AWBZ zou overwogen kunnen worden om deze centra naast een IKV (alleen) subsidiemogelijkheden ten behoeve van coördinatie en management te bieden.

4. Gezien onze bevinding dat een meerderheid van de niet-loondienstcentra een niet-loondienstconstructie alleen vanuit praktisch/financiële overwegingen gekozen heeft, dient onderzocht te worden in hoeverre financiële belemmeringen (met name goodwill) bij de overstap naar een loondienstconstructie opgeheven kunnen worden door verruiming van de huidige subsidieregelingen.

Een dergelijke wijziging zou voorkomen dat de plaatselijke situatie (bestaande praktijken of te starten praktijken in een nieuwbouwwijk) bepaalt of een nieuw op te richten gezondheidscentrum volgens een dienstverband of een vrij-beroepconstructie opgezet moet worden. Tevens kan verwacht worden dat een subsidieregeling die overname van praktijken door centrumexploitanten financieel mogelijk maakt, een stimulerend effect heeft op de oprichting van gezondheidscentra vanuit bestaande praktijken.

Een dergelijke regeling kan als een logische aanvulling op de huidige soepele toepassing van de Voorlopige Richtlijnen bij loondienstcentra in een aanloopfase gezien worden.

* Een voorstel in deze richting wordt eind 1984 door de ZFR behandeld.

Omdat in beide gevallen de centrumexploitanten met gemeenschapsgelden goodwill-kapitaal opbouwen, is het billijk dat er een regeling wordt ontworpen die vervreemding van dit kapitaal uitsluit.

5. Zowel bij loondienstcentra als centra van het niet-loondienst-type blijkt de financiële positie van fysiotherapeuten (soms ook verloskundigen) aanleiding tot problemen te geven. Bij diverse loondienstcentra wordt de maximaal door de ZFR geaccepteerde inschaling (89 max. BBRA) onvoldoende geacht voor ervaren krachten. Hoewel deze inschaling ontleend is aan de landelijke honoreringsregeling bevat ons onderzoek aanwijzingen dat fysiotherapeuten in niet-loondienstcentra een soms aanzienlijk hoger inkomen genieten. Dit laatste vormt enerzijds een struikelblok voor financiële samenwerking met huisartsen, anderzijds maakt dit een overgang naar een dienstverbandssituatie voor deze groep uiterst onaantrekkelijk. Een belangrijke oorzaak is het ontbreken van een degressief tariefstelsel voor fysiotherapeutische (en verloskundige) hulpverlening. Daarnaast draagt ook de situatie van praktijkhouder-contractpartner ertoe bij dat over de inkomenspositie van deze beroepsgroepen zo weinig bekend is.
 - a) Het verdient aanbeveling te onderzoeken of een degressief tariefstelsel voor fysiotherapeuten en verloskundigen de voorkeur heeft boven het huidige stelsel.
 - b) Daarnaast zou tevens, op basis van een functie-onderzoek, bekeken moeten worden of een hogere inschaling voor ervaren fysiotherapeuten geëigend is.
 - c) Momenteel accepteert de ZFR bij loondienstcentra een hogere inschaling in het kader van een 'uitsterfregeling'. Op de korte termijn is het redelijk fysiotherapeuten in niet-loondienstcentra op dezelfde wijze te benaderen door, zover van toepassing, de voorwaarde van financiële samenwerking niet ten aanzien van deze groep op te leggen.
 - d) Met betrekking tot loondienstcentra dient tevens overwogen te worden de aanvaardbaarheid van personeelskosten te toetsen op de totale personeelskosten (en niet per discipline zoals het nu het geval is). Hiermee wordt enerzijds voorkomen dat bijvoorbeeld een huisarts formeel voor 80 % op schaal 151/7 in plaats van 100 % op schaal 148/5 gesalarieerd wordt (om ongedekte tekorten te vermijden), anderzijds geeft dit de door veel centra gewenste beleidsruimte om bijvoorbeeld een hogere salariering van fysiotherapeuten en centrumassistenten te compenseren met een lagere salariering van huisartsen.

6. De verwachting dat behalve loondienstcentra ook andere centra in de toekomst blijvend afhankelijk van extra financiële tegemoetkomingen zullen zijn, zal gepaard gaan met een (blijvende) behoefte van beleidsbepalers, financiers en ook van de centra zelf, aan gegevens over de meerwaarde van deze voorzieningen ten opzichte van andere eerstelijns-praktijkvormen. De invoering van programma-evaluatietechnieken bij gezondheidscentra is, als voorwaarde voor subsidietoekenning, het overwegen waard.

1. DOEL EN OPZET VAN HET ONDERZOEK

1.1. Doelstelling en vraagstellingen

Met het onderzoeksproject 'Financiële Problematiek van Gezondheidscentra' wordt beoogd meer inzicht te geven in de financiële problemen van gezondheidscentra, teneinde daarvoor tot oplossingen te komen. Het *soort* financiële problemen waarmee gezondheidscentra kampen kan inmiddels als bekend verondersteld worden. De laatste jaren is een reeks publicaties verschenen, zowel vanuit de beleidsbepalende en financierende instanties, als vanuit de gezondheidscentra zelf (de Landelijke Vereniging van Gezondheidscentra) en de hen ondersteunende instanties (S1-project, Sosel). Evenals in de rapportage over de eerste fase van het project, gericht op de dienstverbandcentra, wordt in dit onderzoeksverslag over de niet-loondienstcentra deze doelstelling dan ook vooral kwantitatief uitgewerkt. De nadruk ligt meer op de mate waarin de (oorzaken van de) problemen voorkomen als op het gedetailleerd beschrijven van alle mogelijke financiële problemen. De vraagstellingen die in deze tweede fase van het project centraal staan komen grotendeels met die van de eerste fase overeen. Op twee punten zijn zij echter bijgesteld. Het onderzoek richt zich niet alleen op de financiële problemen (waaronder tekorten) van de centrumexploitant, maar ook op die van de aan de centra verbonden 'vrijgevestigde' hulpverleners. Een tweede aanvulling is dat zowel de financiële problemen als de financiële mogelijkheden van dienstverbandcentra vergeleken worden met verschillende typen niet-dienstverbandcentra.

De vraagstellingen kunnen als volgt geformuleerd worden:

- a. Hebben gezondheidscentra met hulpverleners niet in dienstverband financiële problemen? Zo ja, in welke mate komen deze tot uiting in tekorten bij de centrumexploitant en/of in inkomstenderving bij de aan de centra verbonden vrije beroepsbeoefenaren?

- b. Hebben deze financiële problemen een aanloop- of een structureel karakter?
- c. Waardoor worden de problemen veroorzaakt?
- d. Op welke wijze worden eventuele tekorten door de centra gedekt? In hoeverre zullen deze tekorten aanleiding geven tot een verzoek aan de ZFR voor een financiële tegemoetkoming krachtens de AWBZ?
- e. Ten aanzien van welke van de bovengenoemde aspecten wijken gezondheidscentra met hulpverleners in dienstverband af van de overige centra?
- f. In hoeverre zijn verschillen in financieringsstructuur tussen centra mét en centra zonder hulpverleners in dienstverband debet aan eventuele verschillen in de financiële situatie van de verschillende soorten centra en de daaraan verbonden hulpverleners?

1.2. De opzet van het onderzoek

Het onderzoeksmateriaal over de dienstverbandcentra is tijdens de eerste projectfase verzameld door middel van vraaggesprekken met de centra en op basis van door de centra toegezonden financiële jaarstukken. De opzet van de tweede fase wijkt hier duidelijk van af. Vanwege het grote aantal niet-dienstverbandcentra en het vaak ontbreken van financiële jaarstukken, is gekozen voor een schriftelijke enquête. Daarnaast is een variantenanalyse uitgevoerd die mede gebaseerd is op geconstrueerde gegevens. De keus voor een dergelijke analyse komt voort uit drie overwegingen:

- Financiële jaarstukken van niet-dienstverbandcentra ontbreken vaak en, voor zover aanwezig, geven ze veelal geen inzicht in de financiële aspecten van de praktijkvoering van huisartsen en overige vrije beroepsbeoefenaren.
- Vanwege de privacy-gevoeligheid van laatstgenoemde gegevens is er tijdens het onderzoek van afgezien deze hulpverleners afzonderlijk (met een enquête) te benaderen: onze verwachting was dat de respons niet alleen gering zou zijn, maar tevens zeer selectief.*

*Bij een vijftal centra is gedurende oriënterende gesprekken hier wel materiaal over verzameld. Over deze gegevens is niet afzonderlijk gerapporteerd.

- In tegenstelling tot de centra met hulpverleners in dienstverband, die nagenoeg allemaal een beroep doen op de ZFR, komen verzoeken om financiële steun van de overige centra pas recent bij de ZFR binnen. De toename in het aantal verzoeken vormt wellicht een aanwijzing van een in de toekomst te verwachten algemeen verschijnsel, waarbij centra zonder hulpverleners in dienstverband, analoog aan de dienstverbandcentra, blijvend afhankelijk zijn van de gelden die de ZFR beschikbaar stelt.

De subsidie-voorwaarden met betrekking tot deze centra zijn pas onlangs (maart 1983) nader ingevuld. Het was daarom van belang om naast empirische gegevens over plannen tot subsidie-aanvragen tevens de financiële mogelijkheden van deze regeling te bezien voor nog op te richten centra en de consequenties van deze regeling voor de subsidiegever op centrumniveau te berekenen. Een variantenanalyse biedt hiertoe mogelijkheden.

De enquête

In het najaar van 1983 is aan alle 81 niet-loondienstcentra die per september 1983 in het NHI-registratiesysteem van huisartsgroepspraktijken en gezondheidscentra opgenomen waren een enquête-formulier gezonden. Hierbij is onderscheid gemaakt tussen centra die op of vóór 1 januari 1979 van start waren gegaan (57 centra) en de centra die nadien opgericht zijn (24 centra). De eerstgenoemde groep heeft een uitgebreid formulier ontvangen (zie bijlage 1), waarin naast algemene vragen tevens een korte exploitatierekening over 1979 is opgenomen. Deze groep is tevens verzocht financiële jaarstukken mee terug te zenden.¹

De in de enquête gevraagde gegevens betreffen de volgende thema's:

- Aanwezigheid en (financieel/beheersmatige) taken van rechtspersoonlijkheid bezittende organisatievormen.
- Eigendomsvorm van de praktijkpanden.
- De interne financiële structuur (de aanwezigheid, vorm en inhoud van financiële relaties tussen hulpverleners/detacherende instellingen en centrumexploitant en/of tussen hulpverleners van verschillende disciplines.
- De toegekende subsidies, gespecificeerd naar jaar en subsidiebron.

¹ De tweede groep is alleen verzocht een enquête in te vullen.

- Overige financiële faciliteiten (credietgarantie e.d.).
- Gebruik financiële regelingen door afzonderlijke disciplines (bijv. WIR).
- Omvang en dekking van resterende tekorten.
- Liquiditeitsproblemen.
- Overige financiële problemen (concessies aan de centrumdoelstelling als gevolg van ontoereikende financiën).
- Mening over huidige financieringsstructuur en subsidiemogelijkheden.
- Overwegingen bij de keuze voor een niet-dienstverbandconstructie.
- Plannen ten aanzien van aanvraag AWBZ-subsidie, idem ten aanzien van overstap niet-dienstverband- naar dienstverbandconstructie.

Het is een uitgebreid enquêteformulier geworden. De invulling vereiste - vooral voor de groepcentra die op 1-1-1979 functioneerden - bovendien aanzienlijk wat zoek- en speurwerk in de financiële stukken van het centrum. In dit licht kan de respons dan ook als bevredigend worden beschouwd. Na een schriftelijk rappel hebben in totaal 48 centra gereageerd. Van deze centra gaven er twee te kennen de gevraagde gegevens te privacygevoelig te vinden, één centrum achtte het formulier niet invulbaar, één centrum stelde ten onrechte als gezondheidscentrum benaderd te zijn (het onder één dak (samen)werken berustte louter op praktische gronden), terwijl het formulier van een ander centrum te laat binnenkwam om nog in de resultaten verwerkt te kunnen worden. Aldus resteren er 43 centra waarvan de vragenlijsten verwerkt zijn.

In hoeverre deze respondenten representatief zijn voor alle niet-loondienstcentra is wat betreft onze centrale vraag, de omvang van financiële problemen, niet na te gaan. Voor zover het beroep op subsidiegevers als indicator voor financiële problemen opgevat kan worden, konden we, op basis van gegevens van de twee landelijke subsidieverstrekkers - het Ministerie van WVC en de Ziekenfondsraad - constateren dat de respondent vooral van de niet-responderenden afwijken wat betreft het beroep dat op de ZFR voor AWBZ-subsidie gedaan wordt (zie hoofdstuk 2). Uit het NHI-registratiesysteem bleek dat de respondenten wat betreft startjaar, praktijkomvang en personele samenstelling nauwelijks afwijken van de groep niet-respondenten.

De varianten-analyse

Ten behoeve van deze analyse zijn drie typen centra met een verschillende financieel-juridische basisstructuur geconstrueerd, namelijk een dienstverbandcentrum, een semi-dienstverbandcentrum (een niet-dienstverbandcentrum waar de hulpverleners financieel samenwerken) en een niet-dienstverbandcentrum waar de disciplines en de centrumexploitant financieel los van elkaar functioneren. Vervolgens is berekend hoe de financiële situatie van de diverse centra en de daaraan verbonden hulpverleners varieert met diverse lasten- en batenbeïnvloedende factoren indien deze centra werkelijk zouden bestaan. In de varianten-analyse zijn de volgende factoren gevarieerd: financiële produktie, subsidiemogelijkheden, inschaling personeel, hoogte huisvestingskosten, soort huisvesting en startwijze, dit alles bij een gestabiliseerde situatie. Tenslotte is een aanloopmodel doorgerekend voor de drie genoemde soorten centra.

De varianten-analyse is met behulp van een voor computerverwerking geschikt gemaakt micro-economisch rekenmodel uitgevoerd (zie bijlage 3). De constructie van dit model en de technische uitvoering zijn grotendeels mogelijk gemaakt door de medewerking van het bureau 'Paardekooper & Hoffman, Accountants', dat in opdracht van het NHI deze werkzaamheden heeft verricht. In hoofdstuk 7 zal op de opzet en de werkwijze van deze computersimulatie uitvoeriger worden ingegaan.

1.3. Enkele kerngegevens van gezondheidscentra met hulpverleners niet in dienstverband

Tot slot van dit inleidende hoofdstuk worden in tabel 1.1 en 1.2 enkele kerngegevens vermeld over centra waar hulpverleners niet in dienstverband werkzaam zijn. Deze gegevens zijn ontleend aan het NHI-registratiesysteem van gezondheidscentra (Boerma 1980, 1983).

Tabel 1.1.: De disciplinaire samenstelling van gezondheidscentra met hulpverleners niet in dienstverband, per 1 januari 1979 en per 1 januari 1983.*

SOORT DISCIPLINE	1 JANUARI 1979		1 JANUARI 1983	
	Aantal centra waarin aanwezig	Gem.bezetting in full-time equivalenten	Aantal centra waarin aanwezig	Gem.bezetting in full-time equivalenten
Huisartsen	57	3.2	81	3.1
Wijkverpleeg- kundigen	56 ¹	2.6	81	2.8
Maatschapp. werkenden	55 ²	1.2	80 ¹	1.3
Fysiotherap.	40	2.6	54	2.9
Verlos- kundigen	17	0.8	33	0.7
Gezinszorg	17	1.1	26	1.4
Tandartsen	15	1.2	23	1.4
Apothekers	6	1.0	18	1.2
Totaal aantal centra per peildatum	57		81	

*Alleen de meest voorkomende hulpverlenende disciplines zijn vermeld.

¹In één centrum bestaat per peildatum een vacature.

²Bij twee centra bestaan per peildatum vacatures.

De disciplinaire samenstelling van deze centra wijkt nauwelijks af van dienstverbandcentra. Behalve de drie kerndisciplines (huisartsen, wijkverpleegkundigen en maatschappelijk werkenden) zijn per 1 januari 1979 in beide typen centra fysiotherapeuten en verloskundigen relatief evenveel vertegenwoordigd (respectievelijk bij tweederde en eenderde van de centra). Komen apothekers relatief vaker voor bij dienstverbandcentra, tandartsen en gezinsverzorgers treffen we daarentegen vaker bij niet-loondienstcentra aan.

Grotere verschillen tussen beide soorten centra treffen we aan bij het gemiddeld aantal patiënten per huisarts en de gemiddelde praktijkomvang per centrum.

Tabel 1.2.: De gemiddelde praktijkomvang en het gemiddeld aantal patiënten per full-time huisarts van centra met hulpverleners niet in dienstverband in 1979, 1980, 1981 en 1982*

	1979		1980		1981		1982	
	Alle niet loond. centra	Respondenten	Alle niet loond. centra	Respondenten	Alle niet loond. centra	Respondenten	Alle niet loond. centra	Respondenten
Gemidd. praktijkomvang per centrum	7835 (n=56)	8175 (n=28)	7720 (n=65)	7870 (n=33)	7660 (n=71)	7950 (n=37)	7795 (n=77)	7795 (n=40)
Gemiddeld aantal patiënten per huisarts (op full-time basis omgerekend)	2390 (n=56)	2345 (n=28)	2375 (n=65)	2305 (n=33)	2375 (n=71)	2365 (n=37)	2380 (n=77)	2330 (n=40)

*De aantallen zijn ontleend aan het NHI-registratiesysteem van gezondheidscentra (opgaven van centra). Ze vormen het rekenkundig gemiddelde van de op 1 januari 1979, 1980, 1981, 1982 en 1983 gehouden peilingen en zijn berekend op centrumniveau.

Uit tabel 1.2. blijkt dat in de periode 1979 t/m 1982 zowel de gemiddelde praktijkomvang per centrum als het gemiddeld aantal patiënten per (full-time)huisarts vrij constant blijft. Onze respondentengroep wijkt slechts marginaal af van alle niet-loondienstcentra: de gemiddelde patiëntenaantallen per huisarts liggen bij de respondenten iets lager, terwijl de gemiddelde praktijkomvang per centrum iets hoger is.

In vergelijking met loondienstcentra is de gemiddelde praktijkomvang bij niet-loondienstcentra aanzienlijk hoger: in 1979 4565 tegenover 7835 patiënten en in 1981 5145 tegenover 7660 patiënten. Deze verschillen worden grotendeels veroorzaakt doordat huisartsen bij niet-loondienstcentra gemiddeld veel meer patiënten hebben dan hun collegae in loondienstverband: in 1979 2390 tegenover 1625 patiënten (per full-time huisarts), in 1981 2375 tegenover 1885 patiënten. De gemiddeld grotere praktijken per huisarts in niet-loondienstcentra worden ten dele veroorzaakt doordat deze centra in tegenstelling tot loondienstcentra veelal vanuit bestaande praktijken opgericht zijn. Zoals later zal blijken (hoofdstuk 4) vormen deze 'produktiecijfers' een belangrijke verklaring bij verschillen in de hoogte van de exploitatietekorten.

2. DE FINANCIERING VAN GEZONDHEIDSCENTRA WAAR HULPVERLENERS NIET IN DIENSTVERBAND WERKZAAM ZIJN

2.1. Inleiding

Gezondheidscentra, ook degene waar hulpverleners niet in dienstverband werkzaam zijn, kunnen in aanmerking komen voor financiële tegemoetkomingen in de door hen gemaakte meerkosten. In dit hoofdstuk wordt in het kort ingegaan op de (subsidie-)regelingen krachtens welke deze tegemoetkomingen verstrekt worden. Omdat zowel in de rapportage van de eerste fase van dit project als elders (zie met name de diverse S-1-rapporten) deze regelingen uitvoerig beschreven worden, beperken we ons alleen tot de meest recente ontwikkelingen in de subsidieregelingen (par. 2.2.). Alvorens in par. 2.5. in te gaan op de omvang en het feitelijk gebruik van subsidies door niet-loondienstcentra, behandelen we in par. 2.3. enkele kerngegevens van de centra met betrekking tot de aanwezigheid (en de financiële taken) van een rechtspersoon en de eigendomsvorm van de praktijkpanden. Deze gegevens hangen nauw samen met de in par. 2.4. besproken interne financiële structuur van de centra.

2.2. Financiering en subsidiëring, de structuur

De belangrijkste inkomstenbron van centra met hulpverleners niet in dienstverband zijn de gelden die via de reguliere vergoedingsregelingen verkregen worden. In afwijking van loondienstcentra worden deze inkomsten echter door de beroepsbeoefenaren (of de maatschap) zelf getoucheerd en niet door de centrumexploitant.

De subsidiemogelijkheden zijn - tot nu toe - voor beide typen centra verschillend. Maakt de Stimuleringsregeling van WVC geen onderscheid naar al dan niet in loondienstconstructie, de andere landelijke subsidieregeling - de Voorlopige Richtlijnen van de Ziekenfondsraad - doet dat nadrukkelijk wel. Deze 'Gewijzigde Voorlopige Richtlijnen Financiële Tegemoetkoming Multidisciplinaire Samenwerking' (Ziekenfondsraad, 1982) voorzien in een financiële tegemoetkoming in twee kostenfactoren:

a) extra tijdsinvestering,
b) praktijkkosten (huisvesting, hulppersoneel, overige praktijkkosten), één en ander voor zover de hiermee samenhangende exploitatiekosten naar het oordeel van de Ziekenfondsraad aanvaardbaar zijn. Aan de onder a) genoemde tegemoetkoming in extra tijdsinvestering is echter (alweer: tot nu toe) de specifieke voorwaarde verbonden dat er sprake is van een dienstverband tussen beroepsbeoefenaren en centrum. Deze uitsluiting van niet-dienstverbandcentra wordt in de richtlijnen beargumenteerd door te wijzen op het feit dat deze tegemoetkoming de hulpverleners rechtstreeks ten goede zou komen, hetgeen ongelijkheid met niet in gezondheidscentra werkzame hulpverleners (die interdisciplinair samenwerken) zou kunnen betekenen. Voor een tegemoetkoming in de praktijkkosten komen in principe zowel dienstverband- als niet-dienstverbandcentra in aanmerking. Hoe deze tegemoetkoming bepaald wordt, is in de richtlijnen echter vooral geënt op loondienstcentra. Was dit tot voor enkele jaren geen probleem - alleen loondienstcentra deden een beroep op een financiële tegemoetkoming - , momenteel dienen ook de andere centra in toenemende mate subsidieverzoeken in. Tot nu toe is er slechts weinig ervaring opgedaan met de afhandeling van deze verzoeken. Dit wordt mede veroorzaakt doordat in de Richtlijnen niet wordt aangegeven hoe de aanvaardbaarheid van exploitatiekosten van niet-loondienstcentra beoordeeld moet worden. Behalve van de landelijke subsidieregelingen maken gezondheidscentra met hulpverleners niet in dienstverband werkzaam ook gebruik van plaatselijke en/of éénmalige subsidie- en overige financiële faciliteiten. In par. 2.4. komen we hier op terug.

2.2.1. Recente ontwikkelingen m.b.t. subsidiemogelijkheden

Beide landelijke subsidieregelingen, de Stimuleringsregeling van WVC en de Voorlopige Richtlijnen van de ZFR, zijn qua mogelijkheden respectievelijke voorwaarden onlangs nader ingevuld. Meest concreet is dit het geval bij de Stimuleringsregeling, waar behalve het aantal hulpverleners nu ook de centrumassistentes (tot een maximum van 2 personen) als maatstaf voor de hoogte van het toe te kennen bedrag wordt erkend. Dit betekent een potentiële verhoging van deze subsidie van maximaal $2 \times f 7.500,-$.*

Naar aanleiding van de toename in het aantal verzoeken om AWBZ-subsidie door niet-loondienstcentra heeft de Subcommissie Gezondheidscentra van

*Deze wijziging is sinds eind 1983 van kracht. Voorwaarde is echter dat de assistentes in dienst van de rechtspersoon van het centrum zijn.

de ZFR in maart 1983 voor het eerst een specifiek op deze centra gerichte voorwaarde voor subsidietoekenning opgesteld: namelijk de eis dat er ook op financieel gebied samengewerkt moet worden.* Een dergelijke samenwerking houdt een gezamenlijke verantwoordelijkheid van alle disciplines voor de praktijkkosten in, met uitzondering van de gedetacheerde hulpverleners. Als een bepaalde discipline wat betreft deze kosten meer inkomsten dan uitgaven heeft, terwijl een andere hierop tekort komt, wordt verwacht dat deze overschotten via het samenwerkingsverband met de tekorten verrekend worden. Pas als dan nog een tekort resteert, kan een beroep op de Voorlopige Richtlijnen worden gedaan (zie ook het laatste blad van bijlage 1).

De gedachte achter deze voorwaarde is duidelijk: de subsidiemogelijkheden worden enigszins (alleen wat betreft de praktijkkosten) met loondienstcentra gelijkgeschakeld, terwijl het eerder vermelde struikelblok dat de subsidie de hulpverleners niet rechtstreeks ten goede mag komen hiermee omzeild wordt. Dat deze voorwaarde veel centra desondanks voor grote problemen stelt, zal verderop in dit rapport behandeld worden. We volstaan hier met drie door de centra genoemde punten:

- de integratie van de financiën maakt het nodig dat het centrum rechtspersoonlijkheid bezit,
- deze integratie stuit vooral bij fysiotherapeuten en verloskundigen op bezwaren, omdat dit vaak een inkomstenteruggang voor deze disciplines tot gevolg zou hebben,
- bij de vaststelling tot welke hoogte bepaalde praktijkkosten acceptabel zijn, signaleren diverse centra interpretatieverschillen (met de ZFR) wat betreft posten als interestkosten (goodwill), waarneming en vervoer.

*De hiervoor besproken voorwaarde van financiële samenwerking is in september 1984 door de ZFR bekrachtigd met de goedkeuring van de 'Tweede evaluatie van de Voorlopige Richtlijnen inzake financiële tegemoetkoming multidisciplinaire samenwerkingsverbanden in de eerstelijnsgezondheidszorg'.

2.2.2. Fiscale faciliteiten van niet-loondienstcentra

In het rapport 'Voorwaarden voor Vernieuwing' van de Werkgroep Financiering Amsterdamse Gezondheidscentra (1982) wordt onder de noemer 'De Stille Subsidie' de aandacht gevestigd op belastingfaciliteiten, waarvan vrije beroepsbeoefenaren in tegenstelling tot hun (in gezondheidscentra) in dienstverband werkzame collegae (dan wel hun werkgever) gebruik kunnen maken. Ook voor de door ons onderzochte centra met hulpverleners niet in dienstverband zijn deze faciliteiten in principe van toepassing. Het staat buiten kijf dat van sommige van deze faciliteiten, ook bij niet-dienstverbandcentra, gebruik wordt gemaakt. Problematisch is echter het kwantificeren van de in de praktijk benutte mogelijkheden. Alvorens in te gaan op de situatie van gezondheidscentra, geven we een korte selectie van de faciliteiten* (voor een uitgebreid overzicht kan verwezen worden naar bijlage 8, punt 2 van het genoemde FAG-rapport en het rapport van de Werkgroep Inkomens Vrije Beroepsbeoefenaren, 1983).

Fiscale faciliteiten van vrije beroepsbeoefenaren, die in het kader van een vergelijking loondienst en vrij beroep, van belang zijn, kunnen globaal onderscheiden worden in drie categorieën:

- a. Regelingen met betrekking tot beëindiging, overdracht en staking van het vrije beroep.
- b. Regelingen met betrekking tot de aftrekbaarheid van beroeps-/praktijkkosten.
- c. Specifieke faciliteiten zoals de Wet Investeringsrekening (WIR), de Vermogensaftrek, de Fiscale oudedagsreserve en de Stamrechtvrijstelling.

Veel van deze faciliteiten leiden overigens niet altijd tot een financieel voordeel voor vrije beroepen. Een groot deel van de voor deze groep aftrekbare praktijkkosten zijn weliswaar voor loondienstcentra of de daaraan verbonden hulpverleners niet aftrekbaar, daarentegen worden ze ook niet belast. Wel een verschilpunt is de regeling met betrekking tot de (bijvoorbeeld als praktijkassistente) meewerkende gehuwde vrouw.

*Deze selectie is gebaseerd op een door het accountantsbureau Paardekooper & Hoffman opgestelde notitie over de vergelijking tussen loondienstinkomen en inkomen uit vrij beroep. Deze, op verzoek van het NHI samengestelde notitie is als bijlage 2 in dit rapport opgenomen.

Ook hierbij kan gesteld worden dat dit niet altijd tot een reëel financieel voordeel van de vrij-beroeper in vergelijking met een in loondienst werkzame collega hoeft te leiden: in het laatste geval staat het de echtgenote immers vrij (althans afhankelijk van de situatie op de arbeidsmarkt) een dienstbetrekking te aanvaarden of anderszins inkomen te verwerven.

Het meest duidelijke verschilpunt wat betreft fiscale faciliteiten van loondienstcentra en - al dan niet in een gezondheidscentrum - werkzame vrij-beroepers, is de WIR. Deze in 1978 in werking getreden regeling (daarvoor waren er andere belastingfaciliteiten) kent een premiestelsel* voor bedrijfsinvesteringen dat ook in een verliessituatie van toepassing is (zie voor een uiteenzetting van mogelijkheden en voorwaarden de WIR-brochure van het Ministerie van Economische Zaken, 1984). Algemene voorwaarde voor aanspraak op een WIR-premie is de combinatie van belastingplichtig zijn (inkomsten- of vennootschapsbelasting) en eigenaar en gebruiker zijn van de geïnvesteerde bedrijfsmiddelen (bijvoorbeeld praktijkinventaris en praktijkpand). Hiermee is het voor loondienstcentra onmogelijk de WIR te benutten, terwijl vrij-beroepers (o.a. in niet-loondienstcentra) altijd in aanmerking komen wat betreft praktijkinventaris en, afhankelijk van de eigendomssituatie, ook voor het praktijkpand. Is, in het geval van een niet-loondienstcentrum, het praktijkpand eigendom van de centrumstichting en betalen de hulpverleners huur, dan zijn er geen WIR-mogelijkheden; is daarentegen sprake van een vereniging van eigenaren of een BV, dan lijken** er soms wel mogelijkheden om de WIR te benutten. Het gebruik van de WIR - en bij investeringen vóór 1978 de investeringsaftrek en de vervroegde afschrijving - door vrij-beroepers in niet-loondienstcentra, is blijkens onze enquête algemeen. Aangezien het eigendom van de praktijkpanden bij minimaal tweederde van deze centra in handen is van óf derden óf een stichting óf een kruisvereniging (niet-belastingplichtig), zullen echt hoge WIR-premies desondanks geen gemeengoed zijn.***

* Zowel de hoogte van de premies als het stelsel van de basispremie en toelagen is de laatste jaren regelmatig gewijzigd.

** De meningen over deze mogelijkheden zijn niet eensluidend.

*** Zie voor een overzicht van de eigendomsvormen par 2.3., tabel 2.3.

2.2.3. Integrale kostenvergoeding

Wat in het kader van de financiering van gezondheidscentra eigenlijk niet van belang zou moeten zijn, wordt hier toch in het kort behandeld. De integrale kostenvergoeding (IKV), geldend vanaf 1979, is een extra kostenvergoeding voor de ziekenfondspraktijk van twee of meer geassocieerde huisartsen die samenwerken vanuit één praktijkpand. Van deze regeling worden in gezondheidscentra werkzame huisartsen uitgesloten onder verwijzing naar de mogelijkheden die de Voorlopige Richtlijnen bieden.* Desondanks kwam uit onze enquête naar voren dat huisartsen van enkele centra (vier keer in 1979, drie keer in 1983) van de IKV gebruik maakten. Blijkbaar hebben de plaatselijke ziekenfondsen hier abusievelijk verzuimd op het bestaan van de Voorlopige Richtlijnen te wijzen. Huisartsen van één centrum meldden hierdoor in aanzienlijke problemen te zijn geraakt: de vergoeding in het kader van de IKV moet met terugwerkende kracht terugbetaald worden, terwijl subsidie in het kader van de Voorlopige Richtlijnen op problemen stuit, omdat de andere in dit centrum werkzame disciplines niet aan de eis van financiële samenwerking kunnen of willen voldoen.

* Een voorstel om in gezondheidscentra werkzame huisartsen vrij te laten om óf voor de Voorlopige Richtlijnen of voor de IKV te kiezen wordt eind 1984 door de ZFR behandeld.

2.3. Aanwezigheid rechtspersoon en eigendomsvorm praktijkpand

Zowel voor de interne financiële organisatie van een centrum waar hulpverleners niet in dienstverband zijn, als voor de (te verwachten) mogelijkheid om voor een AWBZ-subsidie* in aanmerking te komen is het aanwezig zijn van een rechtspersoonlijkheid bezittende organisatievorm van cruciaal belang. In de enquête is de centra gevraagd welk soort organisatievorm van toepassing is en welke taken hiermee gemoeid zijn. Tabel 2.1. en 2.2. geven hier respectievelijk een overzicht van. Wat betreft de taken beperken we ons tot taken op financieel en beheersmatig terrein.

Tabel 2.1.: Aanwezigheid organisatievorm met rechtspersoonlijkheid (peildatum 1-10-1983)

	Aantal centra	In procenten van het totaal
Organisatievorm zonder rechtspersoonlijkheid	13	30 %
Organisatievorm met rechtspersoonlijkheid	30	70 %
(waarvan Stichting	23)	
(waarvan Vereniging	3)	
(waarvan Stichting + Vereniging	4)	
Totaal	43	100 %

*In de praktijk blijkt de afwezigheid van een rechtspersoon (op centrum niveau) voor de Stimuleringsubsidie geen beletsel te vormen.

Tabel 2.2.: Financiële taken van de rechtspersonen (per 1-10-1983)

	Aantal centra
Treedt op als hoofdexploitant en/of verzorgt het financiële beheer van de praktijkpanden	25
Verzorgt uitsluitend subsidie-aangelegenheden	3
Rechtspersonen zonder financieel/organisatorische taken	2
Treedt op als werkgever	18
(coördinator, manager of werksecretaris	10)
(administratieve functies, recepties, conciërge	12)
(huishoudelijk personeel	8)
(praktijk-/centrumassistentes	4)
(hulpverleners personeel	1)
Totaal aantal centra met rechtspersoon	30

Van de 43 respondenten kennen 13 centra (30 %) geen enkele rechtspersoonlijkheid bezittende organisatievorm. Bij 3 van deze 13 is sprake van (nog) geen enkele formalisering van de multidisciplinaire samenwerking.

De centra met rechtspersoonlijkheid kennen meestal een stichtingsvorm (823x), soms een verenigingsvorm (3x), en soms beide (4x).

De taken van deze rechtspersoon zijn meestal (mede) van financiële aard. Slechts bij twee centra worden alleen taken van inhoudelijke en/of beleidsmatige aard genoemd. Bij 18 centra is sprake van een werkgeverssituatie: al of niet in combinatie zijn medewerkers met een coördinerende functie (10x), een administratieve functie (12x) en een huishoudelijke functie (8x) in dienst bij deze centra. Opvallend weinig zijn praktijk- of centrumassistentes in dienst van het centrum. Slechts bij vier centra komt dit voor. In alle overige gevallen zijn ze in dienst van de huisartsen (maatschap).

Ook ten aanzien van de eigendomssituatie van de huisvesting lopen de centra sterk uiteen. In tabel 2.3. wordt de situatie in 1979 en 1983 weergegeven.

Tabel 2.3.: Eigendomssituatie per 1-1-1979 en per 1-10-1983

Eigenaar	1979		1983	
	Abs.	Perc.	Abs.	Perc.
Derden	12	44 %	16	38 %
Stichting	5	19 %	7	17 %
Kruisvereniging	4	15 %	5	12 %
Een of meerdere 'vrij beroepers'	3	11 %	4	10 %
Alle participan- ten (m.u.v. het AMW)	2	7 %	6	14 %
Overige	1	4 %	4	10 %
Totaal	27	+100 %	42*	+100%

Een huursituatie (derden zijn eigenaar) komt veelvuldig (ruim eenderde) voor. Vaak is hier een woningbouwvereniging, soms de gemeente de verhuurder. In tegenstelling tot dienstverbandcentra werd het ziekenfonds geen enkele maal genoemd als (mede)eigenaar van het praktijkpand.

De overige centra, waar één of meerdere participanten of de centrumstichting eigenaar van de praktijkpanden zijn, lopen wat betreft eigendomsvorm sterk uiteen: het varieert van één discipline (bijvoorbeeld huisartsenmaatschap of kruisvereniging) tot alle participanten (met uitzondering van het Algemeen Maatschappelijk Werk).

2.4. De interne financiële structuur

Bij de interne financiële structuur kunnen twee niveaus onderscheiden worden: enerzijds kan er op monodisciplinair niveau sprake zijn van een al dan niet formeel geregelde financiële verhouding tussen twee of meer hulpverleners van dezelfde discipline, anderzijds komen op multidisciplinair niveau vele financiële regelingen tussen twee of meer disciplines, rechtstreeks of via de rechtspersoon van het centrum, voor.

Dit onderzoek richt zich vrijwel uitsluitend op het multidisciplinaire niveau. Mede op basis van het door het NHI beheerde registratiesysteem van huisartsen en gezondheidscentra beperken we ons wat betreft de

* Een enquête is wat dit aspect betreft niet ingevuld.

de financiële relatie tussen hulpverleners van één discipline tot de volgende constateringens:*

- In bijna alle niet-loondienstcentra zijn de huisartsen in een maatschapsvorm georganiseerd, slechts 4 % van alle in niet-loondienstcentra werkzame huisartsen is als langdurig assistent werkzaam.
- Van de, per 1-1-1983, ruim 200 aan deze centra verbonden fysiotherapeuten is een minderheid (circa 80) als praktijkhouder gevestigd, terwijl de overigen op procenten-/contractbasis werkzaam zijn.
- Op diezelfde datum waren slechts 2 van de 48 verloskundigen als assistent in dienst van een vrijgevestigde collega.

De wijze waarop financiële zaken tussen de disciplines onderling of via een centrumexploitant geregeld zijn, lopen sterk uiteen: van een -financieel-volledig zelfstandig functioneren per discipline tot een semi-dienstverbandconstructie, waar alle inkomsten bij de centrumstichting binnenkomen (of aan worden afgedragen) en vervolgens ten dele aan de hulpverleners door- gesluisd worden. Tussen deze uitersten treffen we een scala constructies aan die mede afhangen van zaken als: wie is/zijn de eigenaren van de praktijkpanden, bij wie zijn de praktijk- of de centrumassistenten in dienst, is het centrum afhankelijk van subsidiegevers, is er ondersteunend personeel zoals coördinatoren of administratieve medewerkers in het centrum werkzaam.

In tabel 2.4. wordt op basis van de enquêtegegevens een (sterk gereduceerd) overzicht van de basisprincipes voor de bepaling van de bijdrage van de participanten aan het samenwerkingsverband gegeven. Een kwantificering was voor 39 (van de 43) centra mogelijk. Drie centra hadden deze vraag niet of onvoldoende ingevuld, terwijl de respondent van 1 centrum opmerkte dat de structuur dermate complex was dat geen van de deelnemers een volledig overzicht had.

*Deze gegevens hebben betrekking op alle (81) niet-loondienst-centra

Tabel 2.4.: Basisconstructies interne financiële relatie (per 1-10-1983)

Principe financiële bijdrage van participanten aan samenwerkingsverband	Aantal centra
m ² -sleutel sec.	20
m ² -sleutel + ander verdelingsprincipe	3
kostendeel honoraria (i.v.t.)	5
op andere wijze vastgestelde bedragen	1
geen financieel verkeer	10
Totaal	39

Voor zover er sprake is van financieel verkeer tussen de disciplines en/of de rechtspersoon van het centrum, komen twee verdelingsprincipes vaak voor. Meestal zijn regelingen getroffen op basis van het bij de afzonderlijke deelnemers in gebruik zijnde huisvestingsoppervlak. De hoogte van de bijdragen heeft in deze gevallen vrijwel uitsluitend betrekking op huisvestingskosten (huur, schoonmaak, energie). In enkele centra bestaat naast dit principe tevens een regeling voor andere kosten, zoals praktijkassistentes en ander niet-hulpverlenend personeel.

Als tweede verdelingsprincipe wordt door vijf centra het kostendeel van de ontvangen (soms norm-) honoraria genoemd. Maatgevend in dit geval zijn de vergoedingen zoals die in de tarieven ten behoeve van de praktijkkosten verwerkt zijn. Soms ook betreffen de bijdragen hier alleen de post huisvesting, terwijl in een enkel geval vrijwel alle praktijkkosten volgens deze systematiek tussen de (niet-gedetacheerde) hulpverleners en de centrum-exploitant verdeeld worden. De bijdragen van de detacherende kruis- en maatschappelijk werk-instellingen worden - uiteraard - niet volgens dit verdelingsprincipe vastgesteld. Vrijwel altijd wordt hier de systematiek van een kostendekkende bijdrage via het m²-principe toegepast. Evenals bij loondienstcentra blijkt ook bij centra van het niet-loondiensttype het maatschappelijk werk niet altijd een kostendekkende bijdrage te kunnen leveren (soms zelfs in het geheel geen bijdrage).

Resumerend kan geconcludeerd worden dat slechts een klein aantal centra (5) een interne financiële structuur kent, die aansluit bij het in het kader van de Voorlopige Richtlijnen verlangde financiële integratieprincipe.

2.5. Gebruik van subsidies en overige financiële faciliteiten

In deze paragraaf wordt een overzicht gegeven van het feitelijk gebruik van subsidies (en faciliteiten als credietgaranties) door centra met hulpverleners niet in dienstverband. We onderscheiden hierbij vier categorieën.

- a) Toegekende subsidies in het kader van de Stimuleringsregeling.
- b) Toegekende subsidies in het kader van de Voorlopige Richtlijnen (AWBZ).
- c) Overige subsidies.
- d) Overige financiële faciliteiten.

Van de eerste twee soorten subsidies konden we beschikken over twee bronnen; opgaven van subsidieverstrekkers en de door de centra geretourneerde enquêtes. Dit maakte het mogelijk om de centra die de enquête wel en centra die hem niet geretourneerd hebben wat dit punt betreft te vergelijken. De gegevens over andere subsidietoekenningen en financiële faciliteiten berusten uitsluitend op de enquête-gegevens. Voor dit onderdeel, het gebruik van overige subsidies en overige financiële faciliteiten, baseren we ons op de gegevens van 42 centra.* Uit de enquête kwam naar voren dat slechts vijf (van de 42) centra gedurende hun bestaan geen gebruik van subsidies en/of andere faciliteiten gemaakt hadden.

De Stimuleringsregeling van WVC

In tabel 2.5. wordt een overzicht gegeven van toegekende subsidies (inclusief voorschotten) over de jaren 1979 t/m 1982. De linker hoofdkolom betreft alle niet-loondienst-centra, de rechter kolom de 43 in ons onderzoek betrokken centra.

*De enquête van één ander centrum was wat dit onderdeel betreft te onvolledig ingevuld.

Tabel 2.5.: Subsidietoekenningen in het kader van de Stimuleringsregeling over de jaren 1979 t/m 1982*
(bedragen x f 1000,-)

JAAR	ALLE NIET-LOONDIENST-CENTRA				IN ONDERZOEK BETROKKEN CENTRA (respondenten)			
	Totaal aantal centra	(w.v.) Aantal met toe-kenning	Totaal bedrag toekenningen (x f 1000,-)	Gemidd.bedrag per toekenning (x f 1000,-)	Tot.aan-tal respondent.	(w.v.) Aantal met toe-kenning	Totaal bedrag toekenningen (x f 1000,-)	Gemidd.bedrag per toekenning (x f 1000,-)
1979	57	44	f 1.878,-	42,7	30	25	f 1.110,-	44,4
1980	71	50	f 2.302,-	46,0	38	29	f 1.262,-	43,5
1981	77	51	f 2.298,-	45,1	42	30	f 1.273,-	42,4
1982	80	49**	f 2.343,-	47,8	43	29**	f 1.308,-	45,1

*Bron: Opgave Ministerie van WVC, peildatum 15 sept. 1983

**Exclusief één centrum dat in een proefregio gevestigd is.

Het merendeel van de niet-loondienst-centra blijkt subsidie in het kader van de Stimuleringsregeling te ontvangen. Over 1979 heeft van al deze centra ruim driekwart deel deze regeling benut. Gemiddeld per centrum een bedrag van circa f 43.000,-. Hoewel het absoluut aantal toekenningen in de jaren daarna toeneemt, houdt dit geen gelijke tred met de toename van het aantal centra. Deze relatieve afname kan echter goeddeels verklaard worden doordat over de jaren vanaf 1980 een aantal subsidieverzoeken nog niet afgehandeld is. Zo kwam uit onze enquête naar voren dat (van de 42 centra) over de jaren 1980, 1981 en 1982 respectievelijk 1, 3 en 3 centra naar aanleiding van hun verzoek nog geen definitieve toekenning of voorschot ontvangen hebben. Vergelijking van de groep respondenten (rechter kolom) met alle centra van het niet-loondienst-type (linker kolom), toont aan dat de centra die - met succes - een beroep op de Stimuleringsregeling hebben gedaan in lichte mate oververtegenwoordigd zijn in de respondentengroep. We beschikken echter niet over nadere gegevens die zouden kunnen aangeven of en in hoeverre de respondenten wat betreft omvang van de financiële problematiek afwijken van centra die de enquête niet geretourneerd hebben. Tot slot kan nog geconstateerd worden dat niet-loondienstcentra minder vaak een Stimuleringssubsidie ontvangen dan loondienstcentra. Bleek uit de eerste fase van het onderzoek dat alle loondienstcentra over 1979 subsidie ontvingen, van de niet-loondienstcentra werd over datzelfde jaar door driekwart van deze centra een dergelijke subsidie getoucheerd. Het gemiddeld toekenningsbedrag is in beide typen centra echter gelijk.

De Voorlopige Richtlijnen (AWBZ)

Financiële tegemoetkomingen in het kader van de Voorlopige Richtlijnen komen - tot nu toe - bij niet-loondienst-centra zelden voor. Volgens opgave van de ZFR is t/m maart 1984 slechts aan 5 van deze centra subsidie verstrekt.

Het in tabel 2.6. gegeven overzicht kan niet als maatgevend beschouwd worden voor het aantal toekenningen over de periode t/m 1983 en het aantal te verwachten toekenningen. Het aantal verzoeken om een financiële tegemoetkoming van niet-loondienstcentra is namelijk pas de laatste jaren op gang gekomen, terwijl er eerst sinds kort sprake is van op deze centra toegesneden subsidierichtlijnen (zie paragraaf 2.2.).

Tabel 2.6.: Subsidietoekenningen* in het kader van de Voorlopige Richtlijnen van de ZFR tot en met 1983 (peildatum 1-4-1984, bedragen x f 1000,-).

Jaar waarover subsidie is toegekend	Totaal bedrag toegekende subsidies (x f 1000)	Aantal centra waarop de toekenningen betrekking hebben
t/m 1978	79,9	3**
1979	7,9	1
1980	22,0	2
1981	111,1	1
1982	-	-
1983	281,6	1

*Inclusief voorlopige (begrotings)toekenningen

**T/m 1978 zijn in totaal 4 subsidietoekenningen aan 3 centra gedaan.

Aangezien op de Voorlopige Richtlijnen - tot nu toe - ook achteraf een beroep kan worden gedaan, hebben veel subsidieverzoeken die nu nog in behandeling zijn soms betrekking op een periode die terug gaat tot soms 1976.

Volgens opgave van de ZFR hebben - medio 1983 - 21 niet-loondienstcentra een verzoek om tegemoetkoming ingediend over één of meerdere jaren. Uit onze enquête, gebaseerd op 42*** van alle (81) centra van dit type, kwam naar voren dat nog eens 8 andere centra eveneens van plan waren een beroep op de Richtlijnen te doen, terwijl 6 centra te kennen gaven nog geen besluit te hebben genomen over het al dan niet aanvragen van een AWBZ-subsidie. Volledigheidshalve dient vermeld te worden dat de in dit onderzoeksverslag betrokken centra (de respondenten) zowel wat betreft de in tabel 2.6. vermelde toekenningen als ten aanzien van het aantal bij de ZFR ingediende verzoeken niet representatief zijn voor alle niet-loondienstcentra: alle in tabel 2.6. verwerkte centra zijn namelijk in onze respondentengroep vertegenwoordigd, terwijl dat ook met 15 (van de 21) centra die een subsidieverzoek hebben gedaan het geval is.

***Eén enquête gaf wat dit onderwerp betreft geen informatie.

Samenvattend kunnen we concluderen dat de huidige trend, een toename van het aantal centra dat de ZFR voor subsidie benadert, zal doorzetten. Gezien het feit dat 14 (van de 42) centra onze vraag naar plannen om AWBZ-subsidie aan te vragen ontkennend beantwoordden, verwachten we echter niet dat in de (nabije) toekomst deze toename zich tot alle niet-loondienstcentra zal uitstrekken.

Overige subsidies en faciliteiten

Uit de eerste fase van het onderzoeksproject bleek dat loondienstcentra behalve op de beide landelijke subsidieregelingen bijna altijd een beroep doen op plaatselijke en/of incidentele financiële regelingen. Zo meldden 16 (van de 18) loondienstcentra gemeentelijke steun en 13 (van de 18) financiële ondersteuning door ziekenfondsen.

Uit de enquête onder niet-loondienstcentra kwam naar voren dat 19 (van de 42) centra één of meerdere subsidies buiten het kader van de Stimuleringsregeling en de Voorlopige Richtlijnen ontvangen hadden en/of anderszins gebruik hebben kunnen maken (of nog steeds maken) van financiële faciliteiten als credietgaranties e.d.

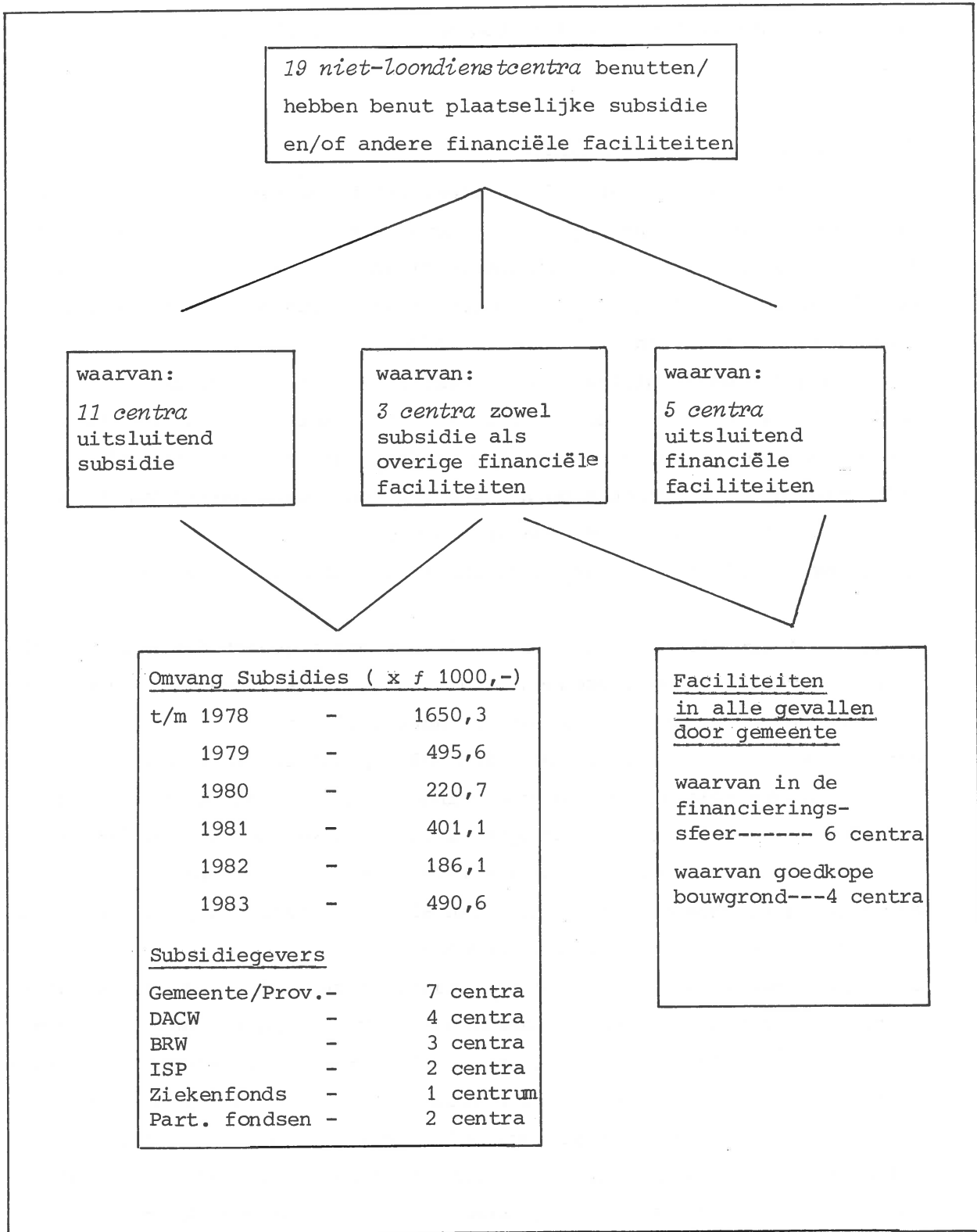
In het overzicht op de volgende pagina is een en ander samengevat.

Hebben niet-loondienstcentra met loondienstcentra gemeen dat een diversiteit aan overige subsidiebronnen benut wordt, de mate waarin en het soort ondersteunende instantie wijkt echter aanzienlijk af.

Beperken we ons tot de subsidies, dan valt op dat centra van het niet-loondiensttype relatief gezien veel minder vaak, en ook wat betreft de (gemiddelde) hoogte van de bedragen, minder bedeed worden. Zo werd in 1979 door loondienstcentra ruim 3 x zoveel (+ f 1,7 miljoen) 'overige' subsidies getouchéerd, terwijl hun aantal in dat jaar nog geen derde van het aantal niet-loondienstcentra bedroeg.

Een ander opvallend verschil is de financiële ondersteuning door plaatselijke ziekenfondsen: 5 van 18 loondienstcentra ontvingen subsidie tegenover slechts 1 van de 42 in ons onderzoek betrokken niet-loondienstcentra. Hoewel slechts weinig niet-loondienstcentra subsidie, anders dan in het kader van de Stimuleringsregeling, ontvingen, vormen ze soms voor het betrokken centrum een belangrijke financiële basis. Vooral de subsidies in het kader van de DACW en BRW hebben vaak een aanzienlijke omvang. Het betreft in deze gevallen vrijwel altijd een tegemoetkoming in de bouwkosten van het centrum

Overzicht gebruik (over enig jaar) en totale omvang van subsidies van plaatsel. (en/of incidentele) aard en/of andere financiële faciliteiten (n=42)



3. DE FINANCIËLE TEKORTEN VAN CENTRA EN VAN DE DAARAAN VERBONDEN HULPVERLENERS

3.1. Inleiding

In dit hoofdstuk staat de beantwoording van de vraag naar de aanwezigheid en omvang van tekorten centraal. De resultaten zijn gebaseerd op gegevens van de schriftelijke enquête (zie bijlage 1) en op door de centra meegezonden jaarrekeningen en andere financiële stukken.

Om vergelijking met loondienstcentra mogelijk te maken was de enquête voornamelijk gericht op 1979, hetzelfde jaar waarop fase 1 van het onderzoek Financiële Problematiek gericht was. Voor zover van toepassing (aanwezigheid hoofdexploitant en gestart vóór 1 januari 1979) is de centra verzocht hun exploitatiegegevens over 1979 in te vullen in een gecomprimeerde exploitatierekening (zie bijlage 1).

Dit hoofdstuk is als volgt ingedeeld. Na een kort exposé over het begrip tekorten in par. 3.2. gaan we in par. 3.3. en 3.4. achtereenvolgens in op de aanwezigheid en de omvang van (resterende) tekorten. In par. 3.5. staat de vraag centraal in hoeverre de tekorten (vóór subsidietoekenning) een aanloop - dan wel een structureel karakter hebben.

3.2. Het begrip tekorten

Evenals in de eerste fase van het onderzoek, gericht op centra met hulpverleners in loondienst, kan ook bij centra van het niet-loondiensttype een onderscheid aangebracht worden tussen exploitatietekorten vóór aftrek van eventuele subsidies en tekorten (of uiteraard overschotten) die resteren als toegekende subsidies in aanmerking worden genomen.

De financieel-organisatorische structuur van de niet-loondienstcentra maakt zowel een onderlinge vergelijking van de exploitatieresultaten als een vergelijking met de loondienstcentra niet zonder meer mogelijk. Bij ruim een kwart van de responderende centra is geen sprake van een rechtspersoon. Ook centra die wel een juridische vorm kennen, hebben soms geen of slechts beperkte taken op financieel gebied (zie voor een overzicht hoofdstuk 2).

Idealiter is voor de bepaling van de tekorten inzicht nodig in de exploitatieresultaten van de centrumexploitant en van de afzonderlijke, niet-gedetacheerde hulpverleners. Een op basis van deze gegevens op te stellen geïntegreerde exploitatierkening is een voorwaarde om te kunnen vergelijken. Echter ook dan resten er nog interpretatieproblemen wat betreft de eventuele tekorten van de vrijgevestigde hulpverleners. Allereerst moet per hulpverlener (of maatschap) vastgesteld worden welke inkomens- en uitgavenbestanddelen in de resultaten opgenomen worden. Meest gebruikelijk, en ook door ons gehanteerd, is de benadering waarbij de werkelijke praktijkkosten afgezet worden tegen de corresponderende inkomensbestanddelen. Daarnaast kunnen de exploitatieresultaten niet alleen per hulpverlener c.q. discipline worden vastgesteld, maar, in navolging van de opstelling van de Ziekenfondsraad (zie par. 2.2), tevens op het niveau van alle, niet-gedetacheerde hulpverleners. In dit laatste geval worden eventuele overschotten op de praktijkkosten van de ene discipline verrekend met tekorten van andere disciplines.

Bij de beoordeling van de omvang van financiële bijdragen van detacherende kruis- en maatschappelijk werk-instellingen aan het samenwerkingsverband hanteren we als criterium de (onder of over) dekking van de werkelijke kosten. Doordat we niet beschikken over gegevens van deze instellingen inzake bijvoorbeeld kostenderving als gevolg van minder huisvestingskosten kunnen we in dit verband niet van tekorten of overschotten spreken. Bij de bespreking van de resultaten wordt per tabel aangegeven op welk soort tekorten de cijfers betrekking hebben.

3.3. De aanwezigheid van resterende tekorten

In de enquête is de centra enerzijds verzocht aan te geven of er in de periode van 1979 t/m 1982 tekorten resteren nadat eventuele subsidies in aanmerking zijn genomen, anderzijds is er geïnformeerd naar tekorten van niet-gedetacheerde hulpverleners. Tevens is gevraagd of de bijdragen van de detacherende instellingen meer dan kostendekkend waren.

Tabel 3.1. geeft een overzicht van het voorkomen van resterende tekorten bij de centrumexploitant en de niet-gedetacheerde hulpverleners.

Tabel 3.2. Specificatie van het voorkomen van tekorten van niet-gedetacheerde hulpverleners naar discipline

	Aantal centra	
	Abs.	Als % v.d. responderende centra waar betreffende disciplines vertegenwoordigd zijn
Huisartsen hebben tekorten	16	39 %
Fysiotherapeuten hebben tekorten	8	32 %
Eén of meer van de overige niet-gedetacheerde disciplines hebben tekorten	4	15 %
Totaal aantal centra met tekorten bij niet-gedetacheerde hulpverleners	16*	

*Exclusief één centrum die deze tekorten niet naar discipline gespecificeerd heeft.

Zowel in absolute als relatieve zin blijken tekorten van niet-gedetacheerde hulpverleners vooral bij huisartsen voor te komen, namelijk bij twee-vijfde van de centra. Ook fysiotherapeuten scoren wat dit betreft relatief hoog. Tekorten bij overige disciplines (verloskundigen, apothekers, tandartsen) komen relatief minder voor. Onze operationalisatie van het begrip tekorten, 'kosten zijn hoger dan het corresponderende honorariumbestanddeel', is echter een relatieve maat: of de kosten hoger of lager dan de opbrengsten van een normpraktijk (of produktie) zijn, komt niet tot uiting. De honoreringsstructuur van huisartsen wijkt wat betreft de vergoeding van kosten aanzienlijk af van andere disciplines. De systematiek van een kostenknik in de tarieven treffen we alleen bij huisartsen aan. Voor de interpretatie van de gevonden resultaten leidt dit tot de veronderstelling dat de verschillen tussen huisartsen en fysiotherapeuten, c.q. overige disciplines in werkelijkheid eerder groter zullen zijn als we het begrip tekorten opvatten als hogere kosten dan in de normpraktijk (of produktie) voorzien zijn.

De bijdragen van detacherende instellingen aan de samenwerkingsverbanden blijken zelden hoger te zijn dan de werkelijk aan hen toe te rekenen kosten. Slechts 3 van de 40 centra (d.i. 8 %) maakten hiervan melding.

3.4. De omvang van de tekorten over 1979

Indien de centra in de periode 1979 t/m 1982 met resterende tekorten te kampen hadden, is hen in de enquête gevraagd de omvang van deze tekorten per jaar aan te geven. Acht van de elf centra, waarvan het exploitatieresultaat van de exploiterend rechtspersoon ook na eventuele subsidietoekenning negatief was, hebben hierover nadere gegevens verstrekt. De centra die op of vóór 1 januari 1979 van start gingen zijn tevens verzocht een in het enquêteformulier opgenomen exploitatierkening 1979 (zie bijlage 1) in te vullen en eventuele financiële stukken mee terug te zenden. Ook aan dit verzoek kan uiteraard alleen voldaan worden indien er sprake was van een exploiterend rechtspersoon.

De exploitatieresultaten van 18 centra over 1979 zijn in tabel 3.3. samengevat. Uitgangspunt bij de opstelling van deze tabel was per centrum zowel de exploitatieresultaten van de exploitant als van de niet-gedetacheerde hulpverleners tot één geïntegreerd overzicht te bewerken. Waar mogelijk zijn de resultaten gekwantificeerd.

De kolommen van de tabel bevatten achtereenvolgens de volgende gegevens:

Kolom A: De omvang van de exploitatietekorten per centrumexploitant na bijdragen van de participanten en voor aftrek van subsidies.

Kolom B: De aanwezigheid (en indien mogelijk de omvang) van tekorten of overschotten van respectievelijk huisartsen, fysiotherapeuten, overige disciplines en het saldo van de disciplines tezamen.

Kolom C: De aanwezigheid (waar mogelijk omvang) van de overdekking van bijdragen van detacherende instellingen aan de centrumexploitant.

Kolom D: Het exploitatietekort van de centrumexploitant (kolom A) plus het eventuele saldotekort van de niet-gedetacheerde hulpverleners (kolom B).

Kolom E: De totale omvang van de verstrekte subsidies.

Kolom F: Het exploitatieresultaat van de centrumexploitant en niet-gedetacheerde hulpverleners (kolom D) na aftrek van subsidies (kolom E).

Kolom G: Het exploitatieresultaat van de centrumexploitant (kolom A) na aftrek van subsidies (kolom E).

Tabel 3.3.: Overzicht van de exploitatieresultaten van 18 centra over 1979 (x f 1.000,-)

CENTRUM	A		B				C		D		E		F		G	
	EXPLOITATIERESULT. CENTRUM (EXPLOITANT)		EXPLOITATIERESULTATEN NIET-GEDETACH. HULPVERLENERS				MEER DAN KOSTEN-DEKENDE BIJDRAGE DEFTACHERENDE INST.		EXPLOITATIEKORT CENTRUM + NIET-GEDETACH. HULPVERL. VOOR SUBSIDIE		SUBSIDIES		EXPLOITATIERESULT. CENTRUM + NIET-GEDETACH. HULPVERL. NA SUBSIDIE		EXPLOITATIERESULT. CENTRUM NA SUBSIDIE	
	Tekort	Over	Huisartsen	Fysiotherap.	Overlig	Saldo-tekort hulpverl.	Kruisver.	Maat-schapp. werk	Tekort	Over	Tekort	Over	Tekort	Over	Tekort	Over
1	95,4	-,-	13,7	12,5	-,-	18,3	-,-	12,3	nee	139,9	95,4	44,5	-,-	44,5	-,-	
2	74,8	-,-	76,6	-,-	4,0	-,-	72,6	nee	nee	147,4	65,3	82,1	-,-	82,1	9,5	
3	81,1	onbek.	nee	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	nee	nee	nee	81,1	55,2	25,9	-,-	25,9	-,-	
4	65,1	onbek.	nee	onbek.	nee	onbek.	nee	nee	nee	65,1	57,6	7,5	-,-	7,5	-,-	
5	37,9	onbek.	nee	n.v.t.	n.v.t.	nee	onbek.	nee	nee	37,9	37,9	-,-	-,-	-,-	-,-	
6	113,2	onbek.	nee	onbek.	n.v.t.	n.v.t.	nee	nee	nee	113,2	60,3	52,9	-,-	52,9	-,-	
7	93,1	-,-	65,7	-,-	15,0	n.v.t.	50,7	ja	nee	143,8	88,6	55,2	-,-	4,5	-,-	
8	31,3	onbek.	nee	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	nee	nee	nee	31,3	31,3	-,-	-,-	-,-	-,-	
9	77,0	onbek.	nee	onbek.	n.v.t.	n.v.t.	nee	nee	nee	77,0	40,0	37,0	-,-	37,0	-,-	
10	55,0	-,-	ja	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	ja	nee	nee	55,0 (minim.)	51,0	4,0 (min.)	-,-	4,0	-,-	
11	29,0	-,-	ja	nee	onbek.	nee	onbek.	nee	nee	+ 29,0	75,0	-,-	+46,0	-,-	+46,0	
12	85,3	onbek.	nee	n.v.t.	n.v.t.	nee	onbek.	nee	nee	85,3	85,3	-,-	-,-	-,-	-,-	
13	90,4	ja	ja	ja	-,-	n.v.t.	ja	ja	nee	90,4 (minim.)	90,4	ja	-,-	-,-	-,-	
14	43,9	ja	ja	ja	-,-	n.v.t.	+17,7	nee	nee	+ 61,6	43,9	+17,7	-,-	-,-	-,-	
15	18,1	nee	onbek.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	nee	nee	nee	18,1	18,1	-,-	-,-	-,-	-,-	
16	41,5	nee	onbek.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	nee	nee	nee	41,5	41,5	-,-	-,-	-,-	-,-	
17	54,6	ja	-,-	nee	onbek.	n.v.t.	?	nee	nee	+ 54,6	54,6	ja	-,-	-,-	-,-	
18	45,0	nee	onbek.	nee	onbek.	n.v.t.	nee	nee	nee	45,0	45,0	-,-	-,-	-,-	-,-	
TOTALEN	1131,7									1317,2 (minim.)	1036,4	326,8 (min.)	+46,0	141,3	+46,0	
GEMIDDELDEN	62,9									+ 73,2 (minim.)	57,6	36,3 (minim.)		20,2		

Uit de tabel blijkt dat alle 18 centra exploitatietekorten hebben indien er geen subsidies verstrekt zouden zijn. Het totaal van deze tekorten beloopt ruim f 1,1 miljoen; per centrum varieert dit van f 18.000,- tot f 113.000,-. Ook na verrekening van subsidies resteren er nog bij 7 centra tekorten voor een totaal van f 141.000,-. Bij de niet-gedetacheerde hulpverleners komen eveneens tekorten voor: 8x bij huisartsen, 3x bij fysiotherapeuten en 1x bij de overige disciplines. De aanwezigheid van overschotten (minder kosten dan volgens de honoreringsopbouw) kon bij 3 centra geconstateerd worden. Van deze centra werden in twee gevallen overschotten bij fysiotherapeuten gesignaleerd. Van de andere centra waar één of meer disciplines geen tekorten meldden, waren echter onvoldoende gegevens beschikbaar om vast te stellen of hier eveneens sprake van overschotten was. In de tabel zijn deze gevallen met 'onbekend' aangediend.

Per saldo treffen we bij 6 van de 18 centra tekorten bij de hulpverleners aan; bij twee andere centra was het onduidelijk of de tekorten van huisartsen gecompenseerd worden door overschotten bij andere disciplines. Een vergelijking van deze uitkomsten met die van loondienstcentra is eerst mogelijk als we a) de exploitatieresultaten van de centrumexploitant én de hulpverleners gezamenlijk in beschouwing nemen en b) vaststellen in hoeverre de hier besproken 18 centra een afspiegeling vormen van alle (in 1979 - 57) niet-loondienstcentra. In kolom D en F worden de exploitatieresultaten van centrum en niet-gedetacheerde hulpverleners gezamenlijk, respectievelijk vóór en na verrekening van subsidies, weergegeven. Wat betreft de representativiteit van de tekorten van de centrumexploitant zal bij voorbaat duidelijk zijn dat extrapolatie hier per definitie niet mogelijk is. De 18 centra zijn namelijk juist vanwege het aanwezig zijn van een hoofdexploitant door ons geselecteerd en veroorzaken daarmee een oververtekening van het voorkomen van tekorten bij niet-loondienstcentra. Vergelijking met enquêtegegevens toont aan dat van alle centra die over 1979 tekorten na subsidietoekenning aangaven op twee na in tabel 3.3. zijn opgenomen.

Zoals eerder gesteld beschikken we over onvoldoende gegevens om de tekorten bij de niet-gedetacheerde hulpverleners te kwantificeren. De saldo-tekorten van 4 centra (zie tabel 3.3, kolom B, laatste subkolom) zijn gemiddeld ruim f 46.000,-. Het geringe aantal centra waarop dit bedrag gebaseerd is in vergelijking met het aantal centra dat tekorten bij hulpverleners meldde (41%),

heeft tot gevolg dat dit bedrag alleen als een indicatie kan worden opgevat dat tekorten bij niet-loondienstcentra ook wat betreft de omvang vooral tot last komen van de aan deze centra verbonden hulpverleners.

Resumerend kunnen we stellen dat resterende tekorten over 1979 bij niet-loondienstcentra en/of de daaraan verbonden hulpverleners exact evenveel voorkomen als bij loondienstcentra, namelijk bij ruim de helft (56 %). De hoogte van de tekorten bij niet-loondienstcentra is echter aanzienlijk lager. Zo becijferden we het gemiddelde exploitatietekort na subsidietoekenning bij loondienstcentra op bijna f 75.000,-, terwijl bij de andere centra gemiddeld f 20.200,- bij de centrumexploitanten werd berekend en er aanwijzingen zijn dat het saldo van de tekorten bij hulpverleners gemiddeld circa f 46.000,- per centrum bedragen. Aangezien deze tekorten meestal niet in combinatie met tekorten van de exploitanten voorkomen (éénviijfde van de gevallen) is het waarschijnlijk dat de tekorten bij niet-loondienstcentra (exploitant + hulpverleners) gemiddeld f 44.000,-* per centrum niet te boven zullen gaan.

Over de ontwikkeling van de exploitatieresultaten na 1979 zijn alleen enkele globale gegevens** beschikbaar wat betreft de centrumexploitanten. Indien de centra melding maakten van tekorten (na subsidietoekenning) in de periode 1979 t/m 1982 is hen verzocht deze tekorten per jaar te specificeren. Hieruit kwam naar voren dat de aanwezigheid van tekorten zich vrijwel nooit beperkt tot één jaar: als er in 1979 (of bij latere startdatum in 1980 of 1981) een tekort was, werden ook de daarop volgende jaren met een negatief saldo afgesloten. De omvang van de tekorten geeft een stijgende lijn te zien, van gemiddeld circa f 20.000,- in 1979 tot gemiddeld ruim f 44.000,- in 1982.

* Dit bedrag is berekend door de aanwezigheid van tekorten naar exploitant en/of hulpverleners (tabel 3.1.) als weegfactor te hanteren:

$$\frac{(6 \times f 20.200) + (12 \times f 46.400) + (5 \times f 66.600)}{23} = f 43.956.$$

23

** 1979 (n=11), 1980 (n=11), 1981 (n=13), 1982 (n=14)

3.5. Aanloop- of structurele tekorten

Gezien de korte bestaansperiode van de meeste centra kan verondersteld worden dat financiële tekorten ten dele van tijdelijke aard zijn. Als centra vanuit bestaande praktijken opgericht zijn - en dus de inkomsten in zekere mate een stabiel niveau hebben - zal minimaal in de huisvestings sfeer en vaak ook wat betreft coördinatiewerkzaamheden sprake zijn van meer kosten dan voorheen. Indien in een dergelijke situatie deze meerkosten tot tekorten aanleiding geven, kan echter van structurele tekorten gesproken worden. Centra die vanuit een nul-situatie gestart zijn zullen hun praktijk en produktie (en dus hun inkomsten) nog moeten opbouwen, terwijl er van meet af aan onevenredig hoge kosten tegenover staan. De hieruit voortvloeiende tekorten zullen dan ook (ten dele) een aanloopkarakter hebben. De vraag in hoeverre de (te verwachten) tekorten een aanloop dan wel een structureel karakter hebben, is niet alleen voor de centra zelf van belang, maar ook voor de subsidiegevers. Met name voor de AWBZ-subsidie, die (tot nu toe alleen bij dienstverbandcentra) de mogelijkheid biedt door een soepele toepassing van de richtlijnen een financiële tegemoetkoming in de aanloopkosten te verstrekken, is de vraag naar de mate waarin tekorten structureel zijn van essentieel belang voor de op lange termijn te verwachten omvang van de subsidies.

In de rapportage over de dienstverbandcentra hebben we een aanlooptekort omschreven als het tijdelijk verschil tussen het feitelijk exploitatieresultaat en het realiseerbare exploitatieresultaat bij een volle praktijkomvang, een structureel tekort als het verschil tussen de lasten en de te realiseren opbrengsten bij een volle praktijk. Problematisch bij de operationalisatie van deze begrippen is de vraag wanneer er sprake is van een 'volle praktijk'. Bij de dienstverbandcentra is dit begrip - en daarmee de omvang van de aanlooptekorten - op twee wijzen ingevuld:

- enerzijds is uitgegaan van de door de ZFR gehanteerde normen (bij huisartsen 85 % van een normpraktijk van (destijds) 2600 patiënten, overige disciplines, 90 % van de normproduktie),
- anderzijds is het begrip 'volle praktijk' gekoppeld aan het gegeven of het patiëntenaantal per (full-time) huisarts gestabiliseerd is.

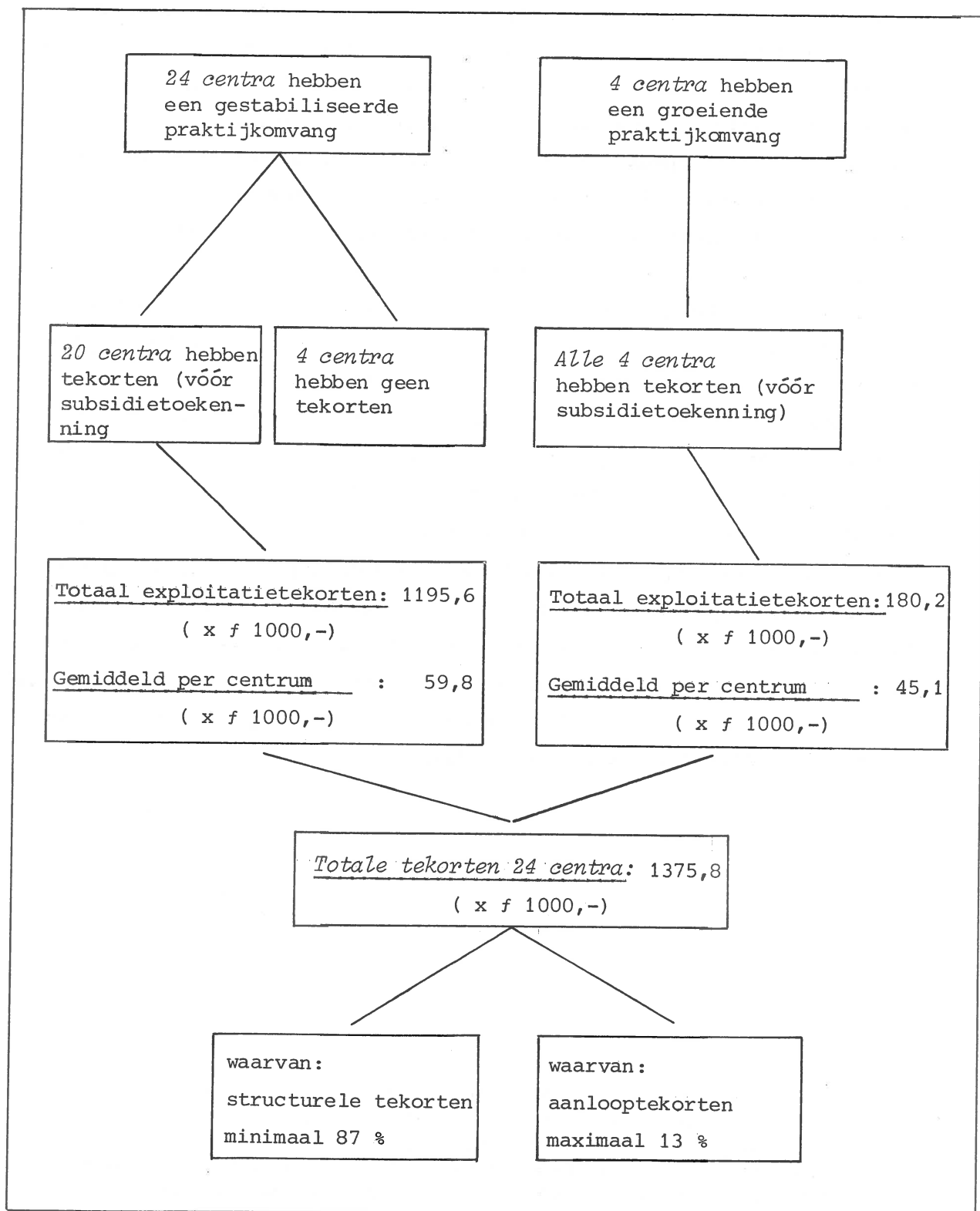
Volgens de eerstgenoemde benadering bleek dat alle dienstverbandcentra (over 1979) aanlooptekorten vertonen, waarbij 57,5 % van de totale tekorten van tijdelijke aard zouden zijn. De tweede benadering mondde uit in de conclusie dat 'slechts' 8 van de 18 dienstverbandcentra aanlooptekorten hebben, hetgeen - over 1979 - betekent dat een kwart van de totale tekorten een aanloopkarakter heeft.

Met betrekking tot centra waar hulpverleners niet in dienstverband werkzaam zijn, hanteren we alleen de tweede benadering. We beschikken niet alleen over onvoldoende gegevens om de vraag naar tijdelijkheid van tekorten volgens de eerstgenoemde benadering te beantwoorden, maar ook achten we de invulling van het begrip 'volle praktijk' met 'gestabiliseerde praktijk' meer relevant voor zowel de centra als de financiers.

Om vergelijking met de dienstverbandcentra mogelijk te maken beperken we ons tot 1979. In het volgende overzicht wordt van 28 centra, die op of vóór 1-1-1979 van start zijn gegaan, aangegeven hoe de exploitatietekorten vóór subsidietoekenning zich verhouden tot het al dan niet gestabiliseerd zijn van de praktijkomvang.* De eventuele tekorten (of overschotten) van niet-gedetacheerde hulpverleners zijn hier noodzakelijkerwijs buiten beschouwing gelaten.

*Als criterium voor een gestabiliseerde praktijkomvang hanteren we a) het aantal patiënten per full-time huisarts en b) er moet per 1-1-1983 t.o.v. voorgaande jaren geen sprake zijn van een groei groter dan 100 patiënten.

Overzicht van de exploitatietekorten* over 1979 van 28 centra die op of vóór 1-1-1979 van start zijn gegaan.



*Tekorten vóór subsidietoekenning hebben uitsluitend betrekking op de centrumexploitant.

Het overzicht geeft aan dat van de 28 centra die voor 1979 van start zijn gegaan er slechts 4 in een groeifase zijn.* Gezien het al eerder gesignaleerde verschijnsel dat nagenoeg alle niet-loondienstcentra vanuit bestaande praktijken opgericht zijn, is dit ook niet verwonderlijk. Overigens wil een groeifase niet altijd zeggen dat deze centra weinig patiënten per huisarts hebben. Zo telde één van deze centra in 1979 gemiddeld al meer dan 2700 patiënten per huisarts. Vóór subsidietoekenning is er bij 24 (van de 28) centra sprake van tekorten over 1979. Gezien de groei van de praktijkomvang per full-time huisarts hebben deze tekorten bij 4 centra (mede) een aanloopkarakter. De tekorten met een aanloopkarakter omvatten maximaal 13 % van de totale exploitatietekorten in 1979. Onze benadering is globaal. Doordat geen rekening wordt gehouden met de kostenontwikkeling bij centra na 1979, bijvoorbeeld als gevolg van het betrekken van een definitieve huisvesting, verwachten we dat de aanlooptekorten na 1979 relatief lager dan de genoemde 13 % zullen uitvallen. In vergelijking met loondienstcentra kan vastgesteld worden dat (over 1979) aanlooptekorten bij niet-loondienstcentra veel minder frequent voorkomen en ook veel kleiner zijn dan bij dienstverbandcentra. Dat aanlooptekorten niet synoniem zijn met aanloopproblemen zal overigens duidelijk zijn. We noemen hier slechts de problemen bij de voorfinanciering en subsidiëring van (structurele) meerkosten. Voor een overzicht van aanloopproblemen verwijzen we naar de nota 'Inventarisatie aanloopproblemen gezondheidscentra' van de werkgroep Financiële Knelpunten van de Landelijke Vereniging van Gezondheidscentra (H. Grundmeijer, 1983).

*De 14 centra in onze respondentengroep van 42, die na 1-1-1979 van start zijn gegaan, blijken op één na allen vanuit bestaande praktijken gestart te zijn. Negen van deze centra hebben een stabiele praktijkomvang, 1 centrum verkeert in een groeifase, terwijl de overige 4 door hun recente startdatum wat dit betreft nog niet beoordeeld kunnen worden.

4. RESTERENDE TEKORTEN: OORZAKEN EN DEKKINGSWIJZE

4.1. Inleiding

Hoewel de omvang van de resterende tekorten (de tekorten na toekenning van subsidies) bij centra met hulpverleners niet in loondienst aanzienlijk kleiner is dan bij de centra van het dienstverband-type, is het vóórkomen dermate frequent dat een nadere analyse van de oorzaken zinvol is. Evenals bij loondienstcentra kunnen de oorzaken in twee richtingen gezocht worden. Enerzijds dienen de factoren vastgesteld te worden die een exploitatietekort vóór subsidietoekenning bij de centrumexploitant en/of de niet-gedetacheerde hulpverleners tot gevolg hebben, anderzijds kunnen de oorzaken in de omvang van de subsidies (en de aan de subsidies ten grondslag liggende voorwaarden) gezocht worden. Bij de loondienstcentra bleken resterende tekorten zowel door de -ten opzichte van de landelijke honoreringsregelingen voor solisten - lage produktie als door het in het kader van de Voorlopige Richtlijnen niet aanvaardbaar zijn van diverse kosten veroorzaakt te worden. In hoofdstuk 2 is al aangeduid dat er momenteel nog nauwelijks ervaringen zijn met de systematiek en de omvang van subsidietoekenningen vanuit het AWBZ-fonds aan centra met hulpverleners niet in loondienst.

We richten ons in dit hoofdstuk dan ook vooral op de oorzaken die buiten de sfeer van de subsidieregelingen liggen, te weten: het patiëntenaantal en de vraag of de centra al dan niet vanuit bestaande praktijken opgericht zijn (par. 4.2.). De door de centra aangegeven oorzaken van resterende tekorten en de wijze waarop deze tekorten gedekt zijn, behandelen we in par. 4.3., terwijl vervolgens de liquiditeitsproblemen in par. 4.4. aan de orde komen.

4.2. De invloed van het patiëntenaantal en de startwijze op het ontstaan van tekorten

4.2.1. Verschillen tussen centra van het niet-loondienst-type

In hoofdstuk 3 is naar voren gebracht dat bij ruim de helft van de centra met hulpverleners niet in dienst ook na subsidietoekenning tekorten resteren bij de centrumexploitant en/of de hulpverleners. Met behulp van gegevens uit het NHI-registratiesysteem van gezondheidscentra is nagegaan in hoeverre deze tekorten samenhangen met het aantal patiënten per huisarts en de totale praktijkomvang per centrum. Tevens is nagegaan of centra die vanuit een nul-situatie gestart zijn of pas recent opgericht zijn meer met resterende tekorten te maken hebben dan de overige centra. In tabel 4.1. zijn de relaties tussen deze centrumkenmerken en het voorkomen van tekorten (bij centrumexploitant en/of hulpverleners) samengevat.

De omvang van het centrum (uitgedrukt in het totaal aantal bij huisartsen ingeschreven patiënten) en de bestaansperiode blijken niet of nauwelijks van invloed op het voorkomen van tekorten. Daarentegen blijkt uit tabel 4.1. dat er - respectievelijk op 10%- en 5%-niveau - een significant verband bestaat tussen het aantal patiënten per full-time huisarts, het vanuit een nul-situatie gestart zijn en het voorkomen van tekorten. Zo melden 10 van de 12 centra, waarbij de huisartsen gemiddeld minder dan 2125 patiënten hebben, tekorten en hebben alle (5) centra die gestart zijn zonder patiënten eveneens tekorten.

Dat beide factoren, het aantal patiënten per huisarts en de startwijze ook onderling verband houden, blijkt uit het gegeven dat in de periode 1979 t/m 1982 het aantal patiënten per huisarts van centra die zonder patiëntenbestand gestart zijn gemiddeld 460 lager ligt dan bij centra die vanuit bestaande praktijken opgericht zijn.

Het zal geen verwondering wekken dat dit verschil vooral (maar niet geheel) veroorzaakt wordt door de centra die pas enkele jaren geleden zonder bestaande praktijken zijn gaan draaien.

Tabel 4.1.: De relatie tussen tekorten* en enkele centrumkenmerken

		Tekorten (na subsidie) bij centrumexploitant en/of de niet-gedetacheerde hulpverl. (n=42)		
		nee (n=19)	ja (n=23)	ja in %
Totaal aantal patiënten per 1-1-1983	minder dan 5000	5	8	62 %
	5000 - 10.000	8	7	47 %
	meer dan 10.000	6	8	57 %
				n.s.
Aantal patiënten per full-time huisarts (1-1-1983)	minder dan 2125	2	10	83 %
	2125- 2324	3	4	57 %
	2325- 2524	6	2	25 %
	2525- 2724	1	3	75 %
	meer dan 2724	7	4	36 %
		Chi-kwadraat	9.00	p = 0.06
Startjaar	1974 of eerder	5	5	50 %
	1975- 1977	6	8	57 %
	1978- 1980	6	6	50 %
	1981 of later	2	4	67 %
				n.s.
Startwijze	Vanuit 0-situatie	0	5	100 %
	Vanuit bestaande praktijken	19	18	49 %
		Chi-kwadraat	4.69	p = 0.03

*Tekorten na subsidietoekenning bij centrumexploitant en/of niet-gedetacheerde hulpverleners in de periode 1979 t/m 1982

4.2.2. Verschillen tussen centra met en centra zonder hulpverl. in dienst

Behalve dat het aantal patiënten per huisarts een belangrijke factor is voor het al dan niet vóórkomen van tekorten bij niet-loondienstcentra, vormt het ook een belangrijke verklaring voor de verschillen in tekorten tussen deze centra en centra met hulpverleners in dienstverband. Terwijl deze produktiefactor bij laatstgenoemde centra zowel verband houdt met de hoogte van het exploitatietekort als met de hoogte van de AWBZ-subsidie, is bij niet-loondienstcentra (vooralsnog) alleen sprake van een effect op het exploitatietekort voor subsidie (zie hoofdstuk 2). In hoofdstuk 1 is al geconstateerd dat loondienstcentra in 1979 gemiddeld zo'n 750 patiënten per huisarts minder hebben, hetgeen naar schatting met een inkomstender-ving van ongeveer f 57.000,- per (full-time) huisarts overeenkomt. De gevolgen hiervan op centrumniveau zijn in tabel 4.2. berekend. Hierbij zijn de gemiddelde exploitatieresultaten van 18 dienstverbandcentra vergeleken met 18 niet-loondienstcentra (zie tabel 3.3.).

Tabel 4.2.: De financiële consequenties van verschillen in praktijkomvang voor de hoogte van exploitatietekorten (bedragen x f 1000,-)

	A Dienstverband- centra (n=18)	B Niet-loondienst- centra (n=18)	A - B
Gemidd. exploitatie- tekort (vóór subsidie- toekenning) in 1979	314	(meer dan) 73	(minder dan) 241
Gemidd. meeropbreng- sten bij een praktijk- omvang gelijk aan niet-loondienstcentra in 1979*	171	n.v.t.	171
Gemidd. exploitatie- tekort (vóór subsidie- toekenning) bij (veronderstelde) prak- tijkomvang van niet- loond.centra in 1979	143	(meer dan) 73	(minder dan) 70

*Bij beide type centra waren in 1979 +3 (full-time equivalenten) huisart-
sen werkzaam.

De gemiddelde exploitatietekorten (vóór subsidietoekenning) van niet-loondienstcentra (f 73.000,-) zijn aanzienlijk lager dan van loondienstcentra (f 314.000,-). Uit de in tabel 4.2. uitgevoerde berekening blijkt dat het verschil van f 241.000,- voor een groot deel (f 171.000,-) verklaard wordt door verschillen in het aantal patiënten per huisarts.

Oorzaken van deze verschillen zijn naar alle waarschijnlijkheid:

- a) Het al eerder gesignaleerde gegeven dat dienstverbandcentra meer dan de overige centra in een aanloopfase verkeren, hetgeen weer een gevolg is van de startwijze: (dienstverbandcentra die in 1979 functioneerden komen slechts in een kwart van de gevallen uit bestaande praktijken voort, de andere centra voor bijna negen-tiende).
- b) Aangezien ook de dienstverband-centra die geen groei in patiëntenaantallen per huisarts vertonen nog aanzienlijk verschillen van de niet-loondienst-centra (respectievelijk gemiddeld 1850 t.g.o. 2400 in 1982), dient de voornaamste oorzaak ons inziens echter in de richting van verschillen in taakopvatting en praktijkvoering gezocht te worden. Over één van de aspecten die hierbij mogelijk een rol spelen, de hoeveelheid overlegtijd, kan op basis van onderzoeksmateriaal uit het NHI-project 'Samenwerken en Verwijzen' een (globaal) beeld geschetst worden. In tabel 4.3. zijn de resultaten samengevat.

Tabel 4.3.: Het gemiddeld aantal uren overlegtijd per maand naar type centrum (in 1978).

	A Dienstverband- centra (n=21)	B Niet-loondienst- centra (n=50)	A:B
Inhoudelijk overleg	9.8	9.2	107
Organisatorisch overleg	5.4.	2.6	208
Totaal overleg	15.2	11.8	129

Dienstverbandcentra onderscheiden zich qua overlegtijd van centra met hulpverleners niet in dienst: in eerstgenoemde centra wordt 30 % meer tijd in overleg gestoken, een verschil dat nagenoeg geheel veroorzaakt wordt doordat bij dienstverbandcentra meer overleg over organisatorische zaken plaatsvindt.

Hoe duidelijk de verschillen ook in relatieve zin zijn, de absolute verschillen zijn onvoldoende om de grote verschillen in patiëntenaantallen te verklaren. Gegevens over de tijdsinvestering per contact/patiënt, de omvang van non-curatieve activiteiten en andere aspecten van de praktijkvoering zijn niet beschikbaar. Vooralsnog zou verondersteld kunnen worden dat de taakopvatting van huisartsen bij dienstverbandcentra afwijkt van de overige centra, dan wel de directe koppeling tussen inkomen en omvang van de huisartspraktijk in een niet-loondienstsituatie een rol speelt.

4.3. Resterende tekorten: door de centra aangegeven oorzaken en dekkingswijze

Indien de centra melding maakten van tekorten na subsidietoekenning bij de centrumexploitant is hen in de enquête gevraagd de voornaamste oorzaken en dekkingswijze, voor zover bekend, aan te geven. Van de elf centra met dergelijke tekorten gaven er tien één of meerdere oorzaken aan. In tegenstelling tot de dienstverbandcentra werd slechts eenmaal als oorzaak een tegenvallende AWBZ-subsidie genoemd. De aanvragen van diverse centra zijn echter nog in behandeling. Omdat de subsidiemogelijkheden van de Voorlopige Richtlijnen eerst per maart 1983 voor niet-dienstverbandcentra nader zijn ingevuld, zijn er nog weinig concrete ervaringen. Gezien de reacties van de centra op de conditie dat een tegemoetkoming in de praktijkkosten eerst mogelijk is als op deze kosten per saldo van alle vrijgevestigde disciplines een tekort resteert, verwachten we echter dat ook bij centra van het niet-loondienst-type het tegenvallen van de AWBZ-subsidie vaker een oorzaak van resterende tekorten zal blijken te zijn dan uit de enquête naar voren komt. Op de reacties van de centra op deze voorwaarden komen we terug in hoofdstuk 6. Door de, in vergelijking met loondienstcentra althans, geringe afhankelijkheid van subsidiegevers, wijken de oorzaken van resterende tekorten weinig af van oorzaken van tekorten vóór subsidietoekenning. Het verschil zit hem niet zo-

zeer in het soort oorzaken, maar meer in het feit dat verwachtingen over de hoogte van bepaalde kosten of de omvang van financiële bijdragen tegenvielen. We volstaan met een korte opsomming:

- Aanloopkosten (2 centra)
- Niet-kostendekkende bijdragen van detacherende instellingen (3 centra)
- Kosten accommodatie/kosten algemene ruimten hoger dan voorzien, navordering huur (3 centra)
- Onvermogen één der disciplines tot kostendekkende bijdrage (1 centrum).
- Overheadkosten, zoals coördinatie, receptie, administratie (3 centra).
- Discrepancie afschrijvingspercentage huisvesting en looptijd lening (1 centrum).

Hoewel dit laatste punt een louter boekhoudkundige zaak lijkt, kan verondersteld worden dat dit voor centra die een beroep (gaan) doen op de AWBZ-subsidie een reële factor is die ongedekte tekorten tot gevolg heeft. Het verkrijgen van een hypothecaire lening met een looptijd conform de door de Ziekenfondsraad gehanteerde afschrijvingsnormen (50 jaar) blijkt in de praktijk niet haalbaar te zijn.

Over de dekking van de resterende tekorten geeft het onderzoeksmateriaal slechts een globaal beeld. Veel centra (zie hoofdstuk 2) hebben een verzoek om subsidietoekenning in het kader van de Voorlopige Richtlijnen ingediend of zijn dit van plan. Aangezien in bijna alle gevallen deze aanvragen nog niet afgehandeld zijn, is het onduidelijk of en in hoeverre AWBZ-subsidies de tekorten zullen dekken.

Van de eerder genoemde 11 centra met tekorten bij de exploitant (na subsidietoekenning) was slechts 4 keer sprake van een 'definitieve' dekking: de participanten van 3 van deze 4 centra waren bereid financieel bij te springen, terwijl een ander centrum door een ISP-subsidie uit de problemen kwam. In de overige gevallen moest het afsluiten van een lening of verhoging van het bankcrediet tijdelijk een oplossing bieden.

4.4. Liquiditeitsproblemen

Evenals bij loondienstcentra werd ook door de centra met hulpverleners niet in dienstverband veelvuldig gewag gemaakt van liquiditeitsproblemen. Dertien centra meldden dergelijke problemen. Gezien het feit dat ruim een kwart van de responderende centra geen exploiterend rechtspersoon heeft, is dit een aantal dat relatief (43 %) overeenkomt met dienstverbandcentra, waar 7 van de 18 (39 %) liquiditeitsproblemen signaleerden. Als oorzaak werd in nagenoeg alle gevallen gewezen op de trage afhandeling van subsidie-aanvragen gecombineerd met een trage (Stimulerings-subsidie WVC bij een eerste aanvraag) of niet aanwezige (AWBZ-subsidie) bevoorschotting. Problemen bij het verkrijgen van een lening om de liquiditeitspositie te verbeteren werden door vier centra genoemd. In deze gevallen kon geen gemeente of ziekenfonds bereid worden gevonden een lening te verstrekken dan wel garant te staan voor een op de vrije kapitaalmarkt af te sluiten lening.

5. CONCESSIONS IN DE PRAKTIJK- EN BELEIDSVOERING

5.1. Inleiding

Behalve de aanwezigheid van tekorten bij centrumexploitant en de hulpverleners die in vrij beroep werkzaam zijn, kunnen financiële problemen ook tot uiting komen in het nalaten van activiteiten of het noodgedwongen anders inrichten van de praktijkvoering, de organisatie en accommodatie van het centrum.

Of concessies gedaan worden is enerzijds afhankelijk van de doelstellingen van een centrum en de daarop gebaseerde voorgestane werkwijze (bijv. aantal patiënten, omvang en soort non-curatieve activiteiten, intensiteit van samenwerking, etc.) en anderzijds van de (materiële) condities zoals accommodatie, organisatie-ondersteuning en personeelsomvang c.q. gewenst inkomen, die voor een realisering van deze doelstellingen nodig worden geacht. We hebben de centra gevraagd of ontoereikende financiële middelen concessies tot gevolg hebben en zo ja, op welke aspecten deze betrekking hebben. Het ligt voor de hand dat subjectieve elementen bij de beantwoording een belangrijke rol spelen: niet elk centrum zal dezelfde werkwijze en taakopvatting hebben, en ook eenzelfde taakopvatting is nog niet synoniem met dezelfde wensen ten aanzien van (materiële) condities.

In dit hoofdstuk wordt, behalve aan concessies, tevens aandacht besteed aan de overwegingen die bij de (oprichting van) centra een rol spelen (speelden) om voor een niet-dienstverbandconstructie te kiezen.

5.2. Voorkomen en aard van concessies

Onze eerdere bevindingen in fase 1 van het onderzoek gaven aan dat nagenoeg alle dienstverbandcentra (15 van de 18) concessies met betrekking tot praktijk- en beleidsvoering deden. Op basis van deze uitkomsten zou eenzelfde beeld bij de niet-loondienstcentra verwacht mogen worden, temeer daar deze centra gemiddeld aanzienlijk grotere praktijken per (full-time)-huisarts hebben en ook de andere disciplines waarschijnlijk een grotere (financiële) produktie hebben. De volgende tabel geeft een samenvattend overzicht van de enquêteresultaten van 41 centra.

Tabel 5.1. Het voorkomen en de aard van concessies als gevolg van ontoereikende financiële middelen.

		Aantal centra (n = 41)	In % van totaal
VOORKOMEN VAN CONCESSIES	NEE	21	51%
	JA	20	49%

AARD VAN DE MEEST GESIGNALEERDE CONCESSIES			
	Te weinig preven- tieve/consulta- tieve activiteiten	14	34%
	Te weinig voor- lichting	11	27%
	Te grote praktijk huisarts/te weinig tijd per patiënt	8	19%
	Te grote praktijk overige disciplines	3	7%
	Te weinig (tijd voor) overleg/ samenwerking met team	14	33%
	Te weinig (tijd voor) samenwerking met externe in- stanties	12	28%
	Onvoldoende reali- sering coördinatie/ managementtaken	15	35%
	Geen adequate huisvesting	5	12%

Bij de helft van de centra worden concessies gedaan. Op zich een aanzienlijk aantal, maar toch duidelijk minder dan verwacht kon worden naar aanleiding van de gegevens over dienstverbandcentra. Uit de tabel blijkt dat non-curatieve activiteiten (preventie, consultatie, voorlichting), samenwerking (zowel intern als extern) en coördinatie en management het hoogst scoren. In tegenstelling tot onze verwachting waren relatief weinig centra van mening dat er te weinig tijd aan patiënten besteed kon worden: 19 % wat betreft huisartsen, 7 % wat betreft de overige disciplines.

Een verklaring hiervoor kan in diverse richtingen gezocht worden:

- Structurele variabelen: bijv. - 11 van de 18 dienstverbandcentra die in fase 1 van het onderzoek betrokken waren tegenover slechts 5 van de 41 niet-dienstverbandcentra zijn in één van de drie grote steden (Amsterdam, Rotterdam, Den Haag) gevestigd.
- Variabelen inzake praktijk- en beleidsvoering: Gezondheidscentra met hulpverleners niet in dienst hebben een 'smallere' taakopvatting dan dienstverbandcentra en/of overleggen minder over beleids- en organisatorische aangelegenheden (zie tabel 4.3.). Overigens blijkt uit het onderzoeksmateriaal van het NHI-project 'Samenwerken en Verwijzen' dat huisartsen in beide soorten centra evenveel (of even weinig in vergelijking met andere praktijkvormen) verwijzen naar medisch specialisten.

Vooralsnog blijft het speculeren welke oorzaken in welke mate een rol spelen bij de geconstateerde minder grote ontevredenheid bij niet-dienstverbandcentra in vergelijking met loondienstcentra.

In hoeverre het voorkomen van concessies samenhangt met de aanwezigheid van (resterende) tekorten bij centra en/of de in vrij beroep werkzame hulpverleners is onderwerp van tabel 5.2.

Tabel 5.2. Tekorten bij centrumexploitant en/of hulpverleners en concessies m.b.t. praktijk- en beleidsvoering (n=40)

		TEKORTEN		
		Nee	Ja	Totaal
CONCESSIES	Nee	14	6	20
	Ja	3	17	20
	Totaal	17	23	40

CHI-kwadraat 12.38 $p < 0.01$

Uit de tabel valt een duidelijk verband tussen beide soorten financiële problemen te constateren. In ruim driekwart van de centra komen zowel tekorten als concessies voor of worden geen van beide problemen gesignaleerd. Blijkbaar is het niet zo dat tekorten vooral voorkomen bij die centra die geen concessies aan hun doelstellingen wensen te doen. We kunnen dan ook constateren dat als er financiële problemen voorkomen, het mes aan twee kanten snijdt: zowel op financieel-technisch niveau als op het niveau van praktijkvoering en organisatie.

5.3. Overwegingen bij de keuze voor een niet-dienstverbandconstructie

Van dienstverbandcentra wordt in het algemeen aangenomen dat de keuze voor deze constructie bewust gedaan wordt vanuit de overtuiging dat dit een betere hulpverlening mogelijk maakt. Hoewel dit niet automatisch betekent dat bij alle in deze centra werkzame hulpverleners geen andere motieven een rol spelen (arbeidsrechtelijke voordelen, flexibiliteit wat betreft verandering van werkkring), lijkt het aannemelijk dat dienstverbandcentra vanuit deze overwegingen zijn opgericht.

Bij centra met hulpverleners niet in dienst liggen de zaken onduidelijker. Omdat een toenemend aantal (adspirant)huisartsen voor een dienstverbandssituatie opteert (NHI-registratie huisartsen), is het nuttig om te bekijken of deze aspiraties ook bij niet-dienstverbandcentra leven, en zo ja, of overwegingen van financiële aard een rol spelen om desondanks voor een niet-dienstverbandconstructie te kiezen.

In de enquête is de centra verzocht hun overwegingen onder te brengen in de categorie 'voornamelijk principieel/ideeel', 'voornamelijk praktisch/financieel' of een combinatie van beiden en ze vervolgens toe te lichten.

Tabel 5.3.: Waarom is voor een niet-dienstverband-constructie gekozen? (n=37)

	Aantal centra	% Centra
Voornamelijk uit principiele/ideeële overwegingen	7	19 %
Voornamelijk uit praktisch/financ. overwegingen	20	54 %
Zowel principieel/ideeel als praktisch/financieel	10	27 %
	—	—
Totaal	37	100 %

Opmerkelijk veel centra (54 %) gaven aan dat voornamelijk praktische en/of financiële aspecten een rol speelden om te kiezen voor de huidige niet-dienstverbandconstructie. Bij nog eens 27 % speelden deze overwegingen een rol, naast overwegingen van meer principiele en/of ideeële aard; 35 van de 37 centra gaven hier een nadere toelichting op. Verreweg het hoogst scoorde de goodwill-problematiek (13 x). Niet verwonderlijk gezien het gegeven dat het overgrote deel van deze centra vanuit bestaande praktijken gestart is, en momenteel de bestaande subsidieregelingen niet voorzien in het afkopen van goodwill-sommen. Daarnaast werd door de centra tevens gewezen op het aspect van de WIR-premie mogelijkheid en de problematiek die het in dienstnemen van hulpverleners (vooral fysiotherapeuten) ten aanzien van de inschaling zou geven (beide 5 x). Vier centra zeiden tevens de te verwachten omvang en continuïteit van subsidies bij een dienstverbandconstructie zo onzeker te vinden dat ervan afgezien is de (niet-gedetacheerde) hulpverleners in dienst te nemen.

De genoemde principiele en ideeële overwegingen komen vrijwel alle neer op een bewuste keus voor het vrije ondernemerschap, c.q. een afkeer van wat een toenemende bureaucratie en overheidsbemoeyenis wordt genoemd. Behalve de meer praktische kanten hiervan, de vrijheid om neveninkomsten te verwerven, werd vaak betoogd dat financiële onafhankelijkheid de beste voorwaarden biedt voor een optimale samenwerking. Bestaande subsidieregelingen, met name de Voorlopige Richtlijnen, worden door deze centra eerder als een rem dan als een stimulans ervaren.

Resumerend kan echter geconstateerd worden dat het merendeel van de centra de niet-dienstverbandconstructie als een 'noodzakelijk kwaad' beschouwt. Het bestaan van plannen voor een omzetting naar een dienstverbandconstructie werd door 5 (van de 38) centra genoemd. Inmiddels is dit bij één centrum gerealiseerd. In hoeverre dit door andere centra nagevolgd zal worden hangt waarschijnlijk voor een groot deel af van de opstelling van subsidiegevers ten aanzien van de mogelijkheid om goodwill-sommen af te kopen. We komen hier in het laatste hoofdstuk nog op terug.

6. PROBLEMEN EN WENSEN

6.1. Inleiding

In de voorgaande hoofdstukken zijn de financiële problemen vooral toegespitst op tekorten. Voor zover anderssoortige problemen zoals liquiditeitsproblemen aan de orde kwamen, zijn ook deze vooral in kwantiteiten beschreven en geanalyseerd. In dit hoofdstuk behandelen we in het kort de enquêteresultaten wat betreft de mening van de centra over de huidige financiering (hoogte, voorwaarden en procedures van subsidies) en over de wenselijke financieringsstructuur.

In paragraaf 6.2. gaan we achtereenvolgens in op de Stimuleringsregeling en de Voorlopige Richtlijnen van de ZFR. Hoe het volgens de centra anders zou moeten, komt tenslotte in paragraaf 6.3. aan bod.

6.2. De huidige financiering

De Stimuleringsregeling

Het oordeel van de centra over deze regeling* is over het algemeen positief. Zowel voorwaarden, procedures als hoogte van de subsidiebedragen worden meestal in termen als respectievelijk 'redelijk', 'niet moeilijk' en 'voldoende' weergegeven. Slechts enkele centra oordeelden minder positief: vier maal werd het bedrag onvoldoende genoemd en twee andere centra achtten de tijd tussen aanvraag en toekenning te lang. Twee van de vier centra die kritiek op de hoogte van het subsidiebedrag hadden, wezen op de onredelijkheid dat respectievelijk de gezinszorg en de praktijkassistenten** niet meegeteld worden bij de subsidiebepaling.

* Gebaseerd op 28 enquêtes

** Inmiddels (eind '83) komen voor de Stimuleringsregeling ook praktijkassistenten voor subsidiëring in aanmerking (tot een maximum van 2), mits deze echter in dienst van de centrumexploitant zijn.

De Voorlopige Richtlijnen

Van de 25 centra die over deze regeling hun mening gaven, oordeelden slechts twee centra positief. De overige centra somden een groot aantal kritiekpunten op. We beperken ons tot de meest genoemde. Kritiek op de voorwaarden van de regeling werd veelvuldig geuit: bewoordingen als 'te strakke normen', 'benadeelt vrij beroep', 'fnuikt inhoudelijke samenwerking door financiële samenwerking verplicht te stellen' (zie par. 2.2.) worden door twaalf centra gebruikt. Daarnaast vonden nog eens zes centra de Richtlijnen te onduidelijk en te weinig zekerheid bieden voor een gezonde financiële situatie. De aanvraag- en afhandelingsprocedure werd door veertien centra bekritiseerd. De traagheid en ingewikkeldheid werd soms 'frustrerend' genoemd, temeer omdat het de medewerkers en bestuursleden aan tijd en soms aan deskundigheid op dit terrein ontbreekt. Hoewel er momenteel nauwelijks subsidie-aanvragen zijn afgehandeld noemen diverse centra naar aanleiding van contacten met de ZFR een aantal interpretatieverschillen over de toepassing van de Richtlijnen:

- a) Problematisch blijken in het kader van de aanvaardbaarheid van tekorten voor de Voorlopige Richtlijnen de posten waarneming, financiering (met name goodwill), en vervoer te zijn. Wat betreft de post waarneming stelt de ZFR zich op het standpunt dat dit onderling, dus zonder extra kosten geregeld moet worden, terwijl vanuit de centra opgemerkt wordt dat óf extra kosten voor extra waarneming geaccepteerd moeten worden, óf bij onderlinge waarneming een inkomenssuppletie hiertegenover behoort te staan.

Met betrekking tot de posten financieringskosten en kosten vervoer wordt verschil van mening gesignaleerd of de werkelijke kosten dan wel de in de honoreringsregelingen begrepen kostenvergoedingen het uitgangspunt moeten vormen. Een voorbeeld met betrekking tot de goodwill: een huisarts die in het jaar waarover subsidie is aangevraagd geen financieringskosten m.b.t. praktijkovername (meer) heeft, zal bij de beoordeling door de ZFR de hiermee corresponderende kostenvergoeding niet mogen behouden, ongeacht of hij in de voorgaande jaren disproportioneel veel financieringskosten gemaakt heeft.

- b) Eveneens een probleem is de (door huisartsen) gemaakte praktijkkosten thuis (bijv. in verband met bereikbaarheid) en - dit komt zowel bij huisartsen als andere disciplines voor - de situatie van een praktijk

zowel in als buiten het gezondheidscentrum. Terwijl, in dit laatste geval, de ZFR zich op het standpunt stelt dat ook over deze externe praktijken gegevens overlegd moeten worden, zijn de betrokkenen van mening dat alleen hun centrumpraktijk financieel doorgelicht mag worden.

- c) Tenslotte nog een paar algemene knelpunten die verband houden met de ZFR-eis van financiële integratie.

Diverse centra waar behalve huisartsen ook andere vrije beroepers werkzaam zijn, attendeerden op het probleem dat de centra bij oprichting niet bekend waren met deze conditie. Een deel van de centra, die de voorwaarde van financiële samenwerking op zich redelijk vindt, acht de terugwerkende kracht waarmee deze samenwerking opgelegd wordt problematisch.

Andere centra die ook in de toekomst niet bereid (of in staat) zijn tot financiële integratie wijzen op het gedwongen 'semi-dienstverband'-karakter van de regeling. In beide gevallen wordt aangetekend dat de eis tot financiële samenwerking de samenwerking op inhoudelijk terrein dreigt aan te tasten. Twee respondenten melden zelfs dat overwogen wordt de samenwerkingsovereenkomst met de fysiotherapeuten te ontbinden om op deze wijze de voorwaarde van financiële samenwerking te omzeilen.

Een ander, door enkele centra naar voren gebracht bezwaar, is dat, zelfs al is er sprake van financiële samenwerking, de niet-loondienstcentra niet in aanmerking komen voor een tegemoetkoming in extra tijdsinvestering, zoals dat wel het geval is bij centra waar de medewerkers in loondienst werkzaam zijn. Als laatste knelpunt kan hier de problematiek bij overgang van een niet-loondienst- naar een loondienstconstructie genoemd worden. In hoofdstuk 5 hebben we geconstateerd dat dit bij veel centra een rol speelt.

6.3. Wensen voor een andere financieringsstructuur

Veel van de hiervoor besproken problemen gaan - uiteraard - samen met wensen voor een andere financiering. Een vertaling van de problemen naar wensen voor een andere financieringsstructuur werd desondanks door slechts 20 (van de 44) responderende centra in de enquête gegeven.

Ten dele - bij 3 centra - werd dit veroorzaakt doordat binnen het centrum intern (nog) geen consensus bestond over hoe het beter zou moeten, terwijl twee andere centra alleen opmerkten dat ze een 'betere' respectievelijk 'gezonde' structuur verlangden, zonder nader toe te lichten welke vorm dit zou moeten aannemen. We geven een korte opsomming van de meest genoemde wensen:

- Meest algemeen werden genoemd een financiering of subsidiëring vanuit één bron, een vereenvoudiging van de procedures en meer duidelijkheid vooraf wat betreft de te verwachten gelden (bijvoorbeeld door bevoorschotting en/of budgettering).
- De overige wensen kunnen tot twee groepen centra herleid worden:
 - De centra waarbij de huidige niet-dienstverbandconstructie vooral voortkomt uit praktische overwegingen, bijv. de onmogelijkheid om vanuit bestaande praktijken een dienstverbandconstructie te kiezen (zie par. 5.3.), noemden als wenselijke financierings-/subsidiestructuur een regeling die geen onderscheid maakt tussen al dan niet dienstverbandconstructie, een regeling die financieel de overgang van vrij beroep naar dienstverband mogelijk maakt (afkoop goodwill) dan wel - op korte termijn - een regeling die de centra een ruime overgangperiode toestaat om de door de ZFR verlangde financiële samenwerking tussen de vrijberoepers te realiseren.
 - De tweede categorie, bestaande uit centra waarbij de niet-dienstverbandconstructie vooral vanuit principiële gronden werd voorgestaan (zie par. 5.3.), legde in zijn wensen minder nadruk op een gelijkschakeling met dienstverbandcentra. Hun verlangens komen op twee zaken neer: een type subsidiëring dat a) à la de huidige Stimuleringssubsidie (maar dan met ruimere bedragen) of wel naar eigen inzicht besteed kan worden, ofwel een subsidieregeling die in de uit huisvesting (en soms coördinatie) voortkomende meerkosten voorziet, terwijl b) de (overige) praktijkkosten en de (neven)inkomsten van vrij-beroepers niet bij de beoordeling van een subsidietoekenning moeten worden betrokken.

7. FINANCIËLE CONSEQUENTIES VAN EEN AL DAN NIET LOONDIENTSTCONSTRUCTIE: EEN VARIANTEN-ANALYSE

7.1. Inleiding

In de vorige hoofdstukken zijn de financiële problemen van gezondheidscentra waar hulpverleners niet in loondienst werkzaam zijn beschreven en, waar mogelijk, vergeleken met de resultaten van de eerste fase van het onderzoek, gericht op loondienstcentra. Voor zover deze problemen financiële tekorten betreffen, zijn de resultaten gebaseerd op empirische gegevens, die grotendeels op de situatie van enkele jaren teruggaan. Uit deze vergelijking komen twee zaken naar voren: resterende tekorten komen bij beide soorten centra even vaak voor, de omvang van deze tekorten zijn bij loondienstcentra echter aanzienlijk hoger. Daarnaast bleek dat tekorten met een aanloopkarakter bij niet-loondienstcentra, in tegenstelling tot bij de loondienstcentra, nauwelijks voorkomen. Twee verklaringen lijken hierbij een rol te spelen: de praktijkomvang per full-time huisarts (en waarschijnlijk de produktie van andere disciplines) bij niet-loondienstcentra is aanzienlijk groter dan bij loondienstcentra en niet-loondienstcentra zijn nagenoeg allemaal vanuit bestaande praktijken opgericht, terwijl loondienstcentra meestal vanuit een nul-situatie gestart zijn. In dit hoofdstuk worden de financiële tekorten op een andere wijze benaderd. Voorop staat niet de feitelijke situatie, maar de mogelijk financiële situatie van gezondheidscentra, gegeven de gekozen juridische constructie en gegeven feitelijke en veronderstelde subsidiemogelijkheden. De relevantie van deze benadering is vooral van prospectieve aard: de resultaten zijn van belang voor nieuw op te richten centra en voor de financiers wat betreft de financiële gevolgen van de huidige subsidieregelingen. Ook worden de gevolgen bij eventuele aan te brengen wijzigingen in de subsidieregelingen geanalyseerd. De gevolgde werkwijze kan als volgt worden samengevat. Er wordt een aantal centra gesimuleerd, waarvan - gegeven een aantal veronderstellingen - berekend wordt welke exploitatieresultaten deze centra zouden hebben, hoe hoog de subsidies zouden uitvallen en op welk niveau de inkomens van de niet-gedetacheerde hulpverleners zouden uitkomen. Een dergelijke varianten-

analyse is met behulp van een computermodel uitgevoerd.

De bruikbaarheid van de resultaten hangt uiteraard in hoge mate af van het feit of de gekozen varianten (gesimuleerde centra) overeenkomen met de huidige situatie dan wel een te verwachten situatie. Bij de keuze van de varianten is dan ook enerzijds zoveel mogelijk gebruik gemaakt van empirische gegevens, zoals bijvoorbeeld kostenniveau, salarisniveau, produktieniveau, juridische constructie, terwijl anderzijds veronderstellingen ontleend zijn aan een te verwachten ontwikkeling bij de subsidie-regelingen zoals die momenteel ter discussie staan.

Centraal staat de vergelijking tussen loondienst- en niet-loondienstconstructie, anders gezegd: wat zijn de financiële gevolgen van de gekozen constructie voor het centrum en voor de subsidiegevers? In de analyse zijn drie van deze constructies (in het vervolg basistype-centra genoemd) onderscheiden, te weten: een loondienst-constructie (type A), een semi-dienstverbandconstructie (type B) en niet-loondienstconstructie (type C). Daarbij is type B nog onderverdeeld in twee sub-basistypen. B1 is een constructie waarbij verondersteld is dat het centrum in het kader van de Voorlopige Richtlijnen in principe zowel voor een tegemoetkoming praktijkkosten, als voor een tegemoetkoming in de extra tijdsinvestering in aanmerking komt. Bij basistype B2 is verondersteld dat alleen een tegemoetkoming in de praktijkkosten mogelijk is.

Van deze basistypen-centra zijn de exploitatieresultaten berekend bij diverse variërende kenmerken als:

- produktieniveau
- salarisniveau (i.v.t.)
- startwijze
- huisvestingssituatie (huur of eigendom)
- huisvestingskosten
- aanvaardbaarheid goodwill-kosten in het kader van de Voorlopige Richtlijnen.

Alvorens op de resultaten in te gaan, beschrijven we in het kort het soort resultaten (de outputvariabelen) in par. 7.2., de in de analyse betrokken basistypen-centra in par. 7.3. en de opzet van het computermodel in par. 7.4. Het merendeel van de geanalyseerde varianten heeft betrekking op een gestabiliseerde situatie. Hierbij worden kosten en inkomsten constant

verondersteld. De resultanten hiervan worden in par. 7.5. besproken. In par. 7.6. worden vervolgens de resultaten van een aanloopmodel behandeld, terwijl par. 7.7. het hoofdstuk met een samenvatting afsluit.

7.2. Keuze en omschrijving van de outputvariabelen

In de beschrijving van de resultaten beperken we ons hoofdzakelijk tot vier outputvariabelen:

- a) het exploitatieresultaat van de centrumexploitant vóór toekenning van subsidies.
- b) de hoogte van de subsidies.
- c) het exploitatieresultaat van de centrumexploitant na toekenning van subsidie.
- d) het 'vergelijkingsinkomen' van de niet-gedetacheerde hulpverleners.

Het begrip *vergelijkingsinkomen* verdient enige toelichting. Om - in diverse situaties - een vergelijking te kunnen maken tussen de inkomenssituatie van hulpverleners in loondienst en die van zelfstandig gevestigde hulpverleners, kan van diverse inkomensbegrippen en inkomenseenheden worden uitgegaan (zie voor een overzicht Van Herwaarden en De Kam, 1981). Veel van deze begrippen zoals bijvoorbeeld netto- of besteedbaar inkomen, bruto-inkomen na aftrek van pensioen en premies, zijn voor ons doel minder geschikt. Zo zijn bijvoorbeeld verschillen in de waarde van pensioen- en andere rechten uit sociale verzekering nauwelijks kwantificeerbaar, en is de waarde van eventuele goodwill op de lange termijn en de waardering van het ondernemingsrisico eveneens moeilijk in geld uit te drukken.* Eenzelfde soort probleem duikt op bij de vraag van welke inkomenseenheden uitgegaan moet worden: huishoudens (en zo ja van welke samenstelling) of inkomensstrekkers. Omdat voor ons doel gegevens over *verschillen* in inkomenssituatie belangrijker zijn dan gegevens over het feitelijk besteedbaar inkomen, hebben we als inkomensbegrip het begrip 'vergelijkingsinkomen' gehanteerd. Dit begrip kan als volgt omschreven worden:

*In de dissertatie van J.P. Heesters: 'De honorering van de Nederlandse huisarts als vrije beroepsbeoefenaar en de relatie met de goodwill-problematiek' (1983) komt de complexiteit van een dergelijke kwantificering duidelijk tot uitdrukking.

- Voor hulpverleners in loondienst is dit inkomen gelijkgesteld aan het bruto-inkomen uit loondienst, verhoogd met de waarde van de aanspraken voor zover de premie hiervan ten laste van de werkgever is gekomen. Te denken valt aan wettelijke sociale verzekeringen, pensioenregeling* e.d. De aanspraken zijn hierbij gewaardeerd op het door de werkgever betaalde premiebedrag (zie voor de complete berekening bijlage 3, kolom AA en AB)
- Voor zelfstandige hulpverleners is het vergelijkingsinkomen gelijkgesteld aan het bruto-honorarium (omzet) minus de praktijkkosten (exclusief pensioenpremie, arbeidsongeschiktheidsverzekering e.d.) (zie voor de complete berekening bijlage 3, kolom AA, AP en AQ).

Het vergelijkingsinkomen kan worden opgevat als een bedrag waaruit o.a. premies voor verzekeringen, pensioenregelingen e.d. moeten worden betaald. Deze uitgaven dragen ten dele een verplicht karakter (met name bij loondienst), ten dele zijn deze van vrijwillige aard.

7.3. De in de analyse betrokken basistypen-centra

Zoals in de inleiding gesteld zijn we uitgegaan van drie basistypen-centra. In de volgende omschrijving noemen we alleen die karakteristieken waarop ze onderling van elkaar afwijken.

A. Dienstverband-centrum (basistype A)

Dit centrum kent een stichtingsvorm. Alle hulpverleners en overige medewerkers zijn in dienst van het centrum. Het praktijkpand is - afhankelijk van de variant - óf in eigendom van de stichting óf wordt door de stichting van derden gehuurd. Het centrum komt zowel voor een subsidie in het kader van de Stimuleringsregeling als in het kader van de Voorlopige Richtlijnen in aanmerking. Een beroep op de WIR is voor zowel hulpverleners als stichting hier niet mogelijk.

*Hierbij is uitgegaan van de constructie dat de werkgever (het centrum) de aan het beroepspensioenfonds (bij huisartsen) verbonden premies betaalt terwijl de inhouding op het salaris van de werknemer volgens PGGM-voorwaarden geschiedt.

B. Semi-dienstverband-centrum (basistype B)

Dit centrum kent een stichtingsvorm. De niet-gedetacheerde hulpverleners zijn in vrij beroep werkzaam. Ze werken echter financieel samen volgens de conditie van de Voorlopige Richtlijnen (zie par. 2.2.). De praktijk-assistenten en eventueel overig niet-hulpverlenend personeel zijn in dienst van de centrumstichting. Het praktijkpand is - afhankelijk van de variant - óf in eigendom van de stichting óf wordt door de stichting van derden gehuurd.

De financiële bijdragen van de huisartsen aan de centrumexploitant betreffen de huisvestingskosten overeenkomstig het m²-sleutel-principe en de personeelskosten van de praktijkassistenten. De financiële bijdragen van de fysiotherapeuten en verloskundigen betreffen uitsluitend de huisvestingskosten (eveneens naar m²). Het centrum komt in aanmerking voor subsidie in het kader van de Stimuleringsregeling en:

in het subbasistype B1 eveneens voor een tegemoetkoming in het kader van de Voorlopige Richtlijnen, zowel ten behoeve van de praktijkkosten als in de extra tijdsinvestering. De eventuele tegemoetkoming ten behoeve van de extra tijdsinvestering wordt op basis van de volgende regels aan de disciplines en de centrumexploitant toegerekend:

- indien de totale subsidie (praktijkkosten en extra tijdsinvestering), rekening houdend met een maximum gelijk aan het aanvaardbare exploitatietekort, meer is dan de subsidie extra tijdsinvestering, komt de subsidie extra tijdsinvestering ten goede aan de niet-gedetacheerde hulpverleners. Het restant komt ten gunste van de centrumexploitant.
- indien de totale subsidie minder is dan de subsidie extra tijdsinvestering, wordt de totale subsidie aan de niet-gedetacheerde hulpverleners toegerekend.

*In het subbasistype B2 idem, echter alleen ten behoeve van de praktijkkosten.**

Een beroep op de WIR door de in vrij beroep werkzame hulpverleners is alleen wat betreft inventaris e.d. (niet wat betreft praktijkpand) mogelijk.

* Momenteel vigeert de AWBZ-subsidie conform type B2.

C. Niet-dienstverbandcentrum (basistype C)

In dit centrum is eveneens sprake van een stichtingsvorm. De taken op financieel gebied zijn echter gering. De niet-gedetacheerde hulpverleners zijn in vrij beroep werkzaam en werken op financieel gebied niet samen zoals bij basistype B. Het praktijkpand is óf in eigendom van alle participanten of wordt door hen afzonderlijk van een derde gehuurd. De stichting is hierbij eveneens participant, de door het maatschappelijk werk gebruikte ruimten zijn of in eigendom van de centrumexploitant of worden door deze gehuurd van een derde. De praktijkassistenten zijn bij dit centrum in dienst van de huisartsen. De aan coördinatie- en managementtaken verbonden kosten worden door de centrumexploitant gedragen. Er vindt in dit centrum dus geen financieel verkeer tussen niet-gedetacheerde hulpverleners en stichting plaats. Het centrum (de Stichting) komt alleen in aanmerking voor subsidie in het kader van de Stimuleringsregeling. De niet-gedetacheerde hulpverleners kunnen gebruik maken van investeringspremies (inventaris, indien van toepassing praktijkpand).

7.4. Het computermodel: opzet en algemene veronderstellingen

Korte schets van de opzet

De outputvariabelen van de diverse varianten zijn met behulp van een computermodel berekend. Bij de constructie van dit model is de volgende werkwijze gevolgd. Vanuit het bottom-up-principe zijn zo gedetailleerd mogelijk alle variabelen inzake baten en alle variabelen inzake lasten benoemd, gewaardeerd in absolute zin (bijv. een aantal of een bedrag) of in relatieve zin (bijv. een percentage van een absolute waarde) en zoveel mogelijk aan elkaar gerelateerd. Ook ten aanzien van subsidieregelingen is op dezelfde wijze gehandeld. Dit basismodel en de daarop gebaseerde output-modellen (exploitatieresultaat centrumexploitant, subsidies en vergelijkingsinkomens) zijn primair gebaseerd op de situatie van een dienstverbandcentrum (basistype A), de output-modellen van de overige basistypen-centra vormen hier een afgeleide van. In bijlage 3 is een samenvatting van dit computermodel opgenomen, voorafgegaan door een inhoudsopgave. De berekening van de varianten vond plaats door de aanvullende veronderstellingen per variant (bijv. ten aanzien van produktie, huisves-

tingskosten e.d.) in het basismodel in te voeren.

Algemene veronderstellingen

Gezien het grote aantal in het computermodel verwerkte veronderstellingen vermelden we slechts een selectie daaruit.*

Wat betreft de verschillen tussen de basistypen-centra verwijzen we naar de voorgaande paragraaf.

Met uitzondering van de aanloopvarianten (zie par. 7.6.) is verondersteld dat:

- a) In elk gesimuleerd centrum sprake is van drie huisartsen (full-time), twee fysiotherapeuten (full-time), een verloskundige (50 %), een maatschappelijk werkende (full-time), drie wijkverpleegkundigen (full-time) en drie praktijk- of centrumassistentes (full-time). Deze personeelsformatie kan gezien onze registratiegegevens als een modaal centrum bij een gestabiliseerde situatie betiteld worden.
- b) Coördinatie-/management-kosten volgens ZFR-normen.
- c) Oppervlakte en gebruik praktijkpand volgens advies Subcommissie Accommodatiebeleid.
- d) Overige baten (keuringen e.d.) per full-time huisarts, f 6000,- /jaar, ongeacht overige financiële produktie.
- e) Aantal consulten per particulier patiënt 2,2 per jaar. (Dit aantal is gebaseerd op empirische gegevens van loondienstcentra).
- f) Bijdrage kruisvereniging: kostendekking huisvesting.
- g) Bijdrage maatschappelijk werk: idem tot een maximum van f 5000,- per full-time equivalent maatschappelijk werkende.
- h) Samenwerkingskosten (inclusief voorlichting): f 5000,-, vermeerderd met f 500,- per full-time hulpverlener.
- i) Indien van toepassing:

afschrijvingspercentage pand	2 %
afschrijvingspercentage verbouwing	5 %
afschrijvingspercentage inventaris	10 %
afschrijvingspercentage goodwill	10 %
- j) Indien van toepassing:

interestpercentage lang	8½%
interestpercentage kort	9½%
- k) Indien van toepassing:

goodwill huisartsen	90% bruto-jaaromzet
goodwill fysiotherapeuten	80% bruto-jaaromzet
goodwill verloskundigen	60% bruto-jaaromzet

*Zie het model zelf (bijlage 3) voor een compleet overzicht.

- l) Indien van toepassing: WIR-premie pand 19 %
WIR-premie inventaris 17 %
- m) Bij de opbrengsten per patiënt, consult of verrichting is uitgegaan van de landelijke honoreringsregelingen betreffende 1983. Dit houdt onder meer in een verlaging van de normpraktijk huisartsen van 2600 naar 2500 en verlaging van de kostenknik ten opzichte van voorgaande jaren.
- n) Omdat, ten tijde van de opstelling van het computermodel, nog niet bekend was wat de gevolgen van de onder 'm' genoemde wijziging voor de toepassing van de Voorlopige Richtlijnen zou hebben, hebben we verondersteld dat de praktijkomvang (per full-time huisarts) vanaf wanneer een integrale praktijkkosten-vergoeding mogelijk is op 2000 patiënten gehandhaafd blijft. Ook de praktijkomvang waarover maximaal een tegemoetkoming voor extra tijdsinvestering verstrekt wordt, is op hetzelfde niveau (2210 patiënten) verondersteld. Dit laatste betekent dat in plaats van de oorspronkelijke 15 % overlegtijd ($\frac{2600-2210}{2600}$) nu maximaal 11,6 % ($\frac{2500-2210}{2500}$) acceptabel zou zijn.
- o) In het model is geen rekening gehouden met de recentelijk doorgevoerde verruiming van de Stimuleringsregeling wat betreft praktijkassistenten (f 7500,- per full-time assistente tot een maximum van 2 assistentes per centrum).

Tot zover enkele algemene veronderstellingen. Uitgangspunt hierbij was het prijspeil en het kosten-, c.q. premiepeil van 1983. Wat betreft praktijkkosten zijn óf empirische gegevens (eerste keus) óf uit de honoreringsregelingen afgeleide gegevens (tweede keus) gebruikt.

De varianten kunnen onderverdeeld worden in twee groepen: degene waar een gestabiliseerde situatie verondersteld wordt en een groep varianten waar een aanloopmodel geschetst wordt. Bij de behandeling van de resultaten worden de varianten clustergewijs besproken.

7.5. Resultaten bij een gestabiliseerde situatie

In deze paragraaf komen achtereenvolgens de volgende variantenclusters aan de orde:

- de invloed van de (financiële) produktie op de resultaten van een dienstverband-centrum (basistype A), een semi-dienstverband-centrum

(basistype B) en een niet-loondienst-centrum (basistype C).

- de invloed van het salarisniveau op de resultaten van een dienstverband-centrum (basistype A).
- de invloed van de startwijze (oprichting vanuit nul-situatie versus oprichting vanuit bestaande praktijken) op de resultaten van de drie basistypen-centra
- de invloed van de huisvestingssituatie (huur of eigendom) en tenslotte:
- de invloed van het huurprijsniveau op de resultaten van de drie soorten centra.

Produktieniveau

Uitgaande van de volgende veronderstellingen

- a) in het verleden gestart vanuit een nul-situatie (geen goodwill).
- b) het praktijkpand in eigendom (van stichting bij type A en B en van participanten bij type C).
- c) m²-prijs van ± f 2500-, grondprijs van f 200,-.
- d) een inschaling van de praktijkassistenten op 43/6 BBRA, een inschaling van de huisartsen, fysiotherapeuten en verloskundigen op een niveau dat momenteel het meest voorkomt: respectievelijk 148/4, 89/5, 89/5.
- e) Coördinatie-/managementskosten conform de Voorlopige Richtlijnen van de ZFR,

is berekend hoe in deze situatie de exploitatieresultaten van de centrum-exploitant vóór subsidie, de hoogte van de subsidies (in het kader van de Stimuleringsregeling en, afhankelijk van het soort centrum in het kader van de Voorlopige Richtlijnen), de resultaten ná subsidie (de zogenaamde resterende tekorten of overschotten) bij acht verschillende produktieniveaus zouden uitvallen (tabel 7.1.). In tabel 7.2. worden de diverse corresponderende vergelijkingsinkomens vermeld.

Tabel 7.1.: invloed van het produktieniveau op de exploitatieresultaten en de subsidies van diverse basistypen-centra, uitgaan van:
 - in het verleden gestart vanuit nul-situatie; - praktijkpand in eigendom (van centrum stichting bij type A en B, van participanten bij type C)
 - 'gemiddelde' inschaling.

NIVEAU (FINANCIËLE) PRODUKTIE	EXPLOITATIE-RESULTAAT VAN DE CENTRUMEXPLOITANT VOOR EN NA SUBSIDIE NAAR BASISTYPE-CENTRUM (x f 1000,-)															
	TYPE A-DIENSTVERBANDCENTRUM					TYPE B - SEMI-DIENSTVERBANDCENTRUM					TYPE C - NIET-DIENSTVERBANDCENTRUM					
	Exploit. resultaat voor subsidie	Subsidie ³	Exploit. resultaat na subsidie	Exploit. resultaat voor subsidie	Subsidie ³	Exploit. resultaat na subsidie	Subsidie ³	Exploit. resultaat na subsidie	Subsidie ³	Exploit. resultaat voor subsidie	Subsidie ³	Exploit. resultaat na subsidie				
1	1600	1437	75 %	-436,1	273,1	-163,0	-278,3	273,1	48,5	-5,2	-278,3	224,6	-53,7	-84,6	71,3	-13,3
2	1800	1611	80 %	-375,1	261,3	-113,8	-257,5	257,5	53,6	-,-	-257,5	207,8	-49,8	-84,6	71,3	-13,3
3	2000	1783	85 %	-314,9	253,1	-61,8	-236,9	236,9	58,6	-,-	-236,9	194,4	-42,5	-84,6	71,3	-13,3
4	2200	1954	90 %	-276,5	276,5	-,-	-216,3	216,3	63,7	-,-	-216,3	216,3	-,-	-84,6	71,3	-13,3
5	2400	2126	95 %	-230,0	230,0	-,-	-206,4	206,4	67,8	-,-	-206,4	206,4	-,-	-84,6	71,3	-13,3
6	2600	2297	100 %	-190,0	190,0	-,-	-201,4	201,4	69,9	-,-	-201,4	201,4	-,-	-84,6	71,3	-13,3
7	2800	2471	120 %	-115,6	115,6	-,-	-187,2	187,2	69,9	-,-	-187,2	187,2	-,-	-84,6	71,3	-13,3
8	3000	2643	140 %	-41,2	71,3	30,1	-172,7	172,7	69,9	-,-	-172,7	172,7	-,-	-84,6	71,3	-13,3

¹Verondersteld is dat circa 71 % van de patiënten ziekenfonds-verzekerd zijn.

²Het patiëntenaantal volgens deze (financiële) telmethode is lager dan het werkelijke aantal, omdat in ons model met een lager aantal contacten per patiënt (2.2.) dan de ZFR-methode rekening wordt gehouden.

³Deze subsidies bestaan in alle gevallen minimaal uit een subsidie in het kader van de Stimuleringssubsidie, ad. f 71.250,- (afgerond in de tabel op f 71.300,-), eventuele hogere subsidie zou ten laste van de Voorlopige Richtlijnen (AMBZ) komen.

⁴Gezien de toekenningsystematiek bij de Stimuleringsregeling zal in de praktijk het subsidiebedrag het exploitatietekort niet overtreffen.

Tabel 7.2.: Invloed van het produktieniveau op de vergelijkingsinkomens van hulpverleners bij diverse basistypen-centra en bij zelfstandige vestiging buiten centrum¹ (Zelfde uitgangspunten als bij tabel 7.1.).

NIVEAU (FINANCIËLE) PRODUCTIE		VERGELIJKINGSINKOMEN (x f 1000,-) PER FULL-TIME EQUIVALENT														
Patiëntenaant. per full-time huisarts	Productie-niveau fysiotherap. en verlosk. t.o.v. landelijke aantal tel.-methode	TYPE A-DIENSTVERBANDCENTRUM		SEMI-DIENSTVERBANDCENTRUM				TYPE C-NIET-DIENSTVERBANDCENTRUM				Bij zelfstandige vestiging niet in centrum ¹				
		Huisartsen	Fysioth. Verlosk.	B1		B2		Huisartsen	Fysioth.	Verlosk.	Huisartsen	Fysioth.	Verlosk.	Huisartsen	Fysioth.	
1	1600	1437	75 %	124,5	68,5	68,5	57,0	53,8	88,3	51,4	48,4	46,6	33,5	33,5	55,9	44,4
2	1800	1611	80 %	124,5	68,5	68,5	60,7	57,3	98,9	54,8	51,6	63,1	38,1	37,9	73,0	49,1
3	2000	1783	85 %	124,5	68,5	68,5	64,4	60,9	109,4	58,1	54,8	79,4	42,7	42,3	89,8	53,9
4	2200	1954	90 %	131,8	68,5	68,5	68,1	64,4	119,9	61,4	58,0	95,6	47,4	46,7	107,4	58,6
5	2400	2126	95 %	131,8	68,5	68,5	71,4	67,6	129,3	64,8	61,2	107,3	52,0	51,0	118,9	63,4
6	2600	2297	100 %	131,8	68,5	68,5	74,8	70,8	138,2	68,1	64,4	116,8	56,6	55,4	128,9	68,1
7	2800	2471	120 %	131,8	68,5	68,5	88,1	83,6	147,2	81,5	77,2	126,4	75,2	72,9	139,0	87,1
8	3000	2643	140 %	131,8	68,5	68,5	101,5	96,4	156,2	94,8	90,0	135,9	93,7	90,4	149,0	106,2

¹De omzet (financiële produktie) is gelijk geschakeld aan de corresponderende centrumvarianten. De kosten zijn ontleend aan de landelijke honoreringsregelingen. Bijlage 4 bevat de door het accountantsbureau uitgevoerde berekeningen.

Uit tabel 7.1. en 7.2. blijkt onder meer het volgende:

- Met uitzondering van het niet-dienstverbandcentrum (type C) nemen de *exploitatietekorten vóór subsidie* af met het toenemen van de produktie. Deze daling is het sterkst bij het dienstverbandcentrum (van f 436.000,- bij niveau 1 tot een tekort van f 41.000,- bij niveau 8). Bij vergelijking van dit centrumtype met de andere soorten centra valt op dat tussen niveau 5 (2400 patiënten) en 6 (2600 patiënten) een omslagpunt ten opzichte van het semi-dienstverbandcentrum ligt: bij een lagere produktie zijn de exploitatietekorten hoger, bij een hogere produktie zijn ze lager. Het omslagpunt ten opzichte van het niet-dienstverbandcentrum (type C) ligt op een hoger produktieniveau (tussen 2800 en 3000 patiënten).
Overigens blijkt geen enkel centrum-type in deze situatie tot een sluitende exploitatie te kunnen komen. Zelfs bij het hoogste (door ons veronderstelde niveau) zijn de tekorten van de centrumexploitanten van type A, B en C respectievelijk f 41.000, f 173.000 en f 85.000.
- Het beeld *na subsidietoekenning* toont een geheel ander aanzien: resterende tekorten treden zowel bij het dienstverbandcentrum (type A) als het semi-dienstverbandcentrum dat alleen voor een tegemoetkoming in de praktijkkosten in aanmerking komt (type B2) eerst op beneden een produktieniveau van tussen de 2000 en 2200 patiënten (volgens de financiële telmethode van de ZFR tussen de 1783 en 1954 patiënten).
Bij het semi-dienstverbandcentrum dat in principe zowel een tegemoetkoming praktijkkosten als extra tijdsinvestering vanuit de AWBZ ontvangt (type B1) en het niet-dienstverbandcentrum (type), resteren, onafhankelijk van de produktie, tekorten van respectievelijk f 54.000,- à f 70.000,- en f 13.000,-.
- De keerzijde van deze verschillen komt ten dele terug in de verschillen van vergelijkingsinkomens bij de diverse soorten centra (zie tabel 7.2.).
Bij het dienstverbandcentrum (type A) heeft het produktieniveau logischerwijs niet (fysiotherapeuten en verloskundigen) of nauwelijks (huisartsen*) invloed op de hoogte van het vergelijkingsinkomen.

*Dat het vergelijkingsinkomen van de huisartsen vanaf produktieniveau 4 enigszins hoger uitvalt, wordt veroorzaakt doordat de pensioenrechten bij deze discipline niet gekoppeld zijn aan het salarisniveau maar aan de financiële produktie.

De vergelijkingsinkomens bij de andere typen centra nemen daarentegen met de produktie toe. Bij vergelijking van het dienstverbandcentrum met de andere typen centra kan geconstateerd worden dat:

- . beneden een produktieniveau van ruim 2000 patiënten (1783 volgens ZFR-telmethode) huisartsen in een dienstverbandcentrum (type A) op salarisniveau 148/4 financieel beter af zijn dan in een semi-dienstverbandssituatie, waarbij zowel een tegemoetkoming praktijkkosten als extra tijdsinvestering verstrekt wordt (type B1), terwijl boven dat produktieniveau het omgekeerde het geval is.
- . in de situatie waar een semi-dienstverbandcentrum alleen een tegemoetkoming praktijkkosten ontvangt (type B2) dit omslagpunt tussen de 2400 en 2600 patiënten ligt,
- . terwijl ten opzichte van een niet-dienstverbandssituatie (type C) het omslagpunt nog aanzienlijk hoger uitvalt: tussen de 2800 en 3000 patiënten per huisarts.

Ook ten aanzien van fysiotherapeuten en verloskundigen treden soortgelijke verschillen op.

- *Resumerend* kunnen we stellen dat de financiële mogelijkheden van type C (Niet-dienstverband) het minste armslag bieden. De geringere subsidie-mogelijkheden (geen AWBZ, alleen stimuleringsregeling) wegen niet op tegen de grotere investeringspremies in het kader van de WIR. Slechts bij hogere produktieniveaus (vanaf 2800 patiënten per huisarts, vanaf een 20 % hogere produktie ten opzichte van een normpraktijk bij fysiotherapeuten en verloskundigen) is dit centrum-type voor deze disciplines financieel aantrekkelijker dan een dienstverbandssituatie.

De invloed van het type centrum op de hoogte van de te verwachten subsidie blijkt sterk afhankelijk van het produktieniveau. Als we ons beperken tot de AWBZ-subsidie, die volgens onze aannamen alleen van toepassing is op dienstverband- en semi-dienstverbandcentra, zien we dat beneden een niveau van circa 2200 patiënten (+ 1950 volgens ZFR-telmethode) type B2 (semi-dienstverbandcentrum met alleen tegemoetkoming praktijkkosten) relatief de geringste AWBZ-subsidie vergt. Boven een niveau van circa 2600 patiënten is daarentegen een dienstverbandcentrum voor de subsidiegever relatief het voordeligst. Een tweede opvallende bevinding is dat bij het semi-dienstverbandcentrum een tegemoetkoming

extra tijdsinvestering naast een tegemoetkoming praktijkkosten (type B1) alleen in de lagere produktieregionen tot een hogere (AWBZ-)subsidie leidt dan bij type B2 (alleen tegemoetkoming praktijkkosten)*. Overigens is het wel zo dat de vergelijkingsinkomens bij type B1 in alle gevallen hoger uitvallen dan bij type B2. In de gemiddelde en hogere produktieregionen gaat dit echter ten koste van het exploitatieresultaat (na subsidie) van de centrumexploitant.

Salarisniveau dienstverbandcentra

In de hiervoor besproken variantencluster is bij het dienstverbandcentrum uitgegaan van een modaal salarisniveau. Hoewel een dergelijke inschaling momenteel bij dienstverbandcentra het meest gebruikelijk is, bleek uit de eerste fase van het onderzoeksproject dat, met name ten aanzien van huisartsen, hulpverleners op vaak zeer uiteenlopend niveau ingeschaald worden. Om de effecten van deze inschalingsverschillen te bepalen zijn in tabel 7.3. drie salarisniveau's verondersteld en vervolgens afgezet tegen drie van de in vorige cluster veronderstelde produktieniveaus (niveau 2, 4 en 6). Bij de huisartsendiscipline is een inschaling in 130/2, 148/4 (conform vorige cluster) en 151/7 BBRA (maximaal door de ZFR aanvaarde inschaling) verondersteld; bij fysiotherapeuten en verloskundigen is van schaal 89/1, 89/5 en 103/6 BBRA uitgegaan (de ZFR accepteert maximaal 89/9, hetgeen ongeveer met 103/2 BBRA overeenkomt).

Naar aanleiding van tabel 7.3. (zie volgende pag.) kunnen we het volgende opmerken:

- Gezien de systematiek van de AWBZ-subsidie ligt het voor de hand dat met het toenemen van de salarisniveaus de hoogte van de *subsidiebedragen* toeneemt. De relatie tussen subsidiehoogte en produktieniveau is echter complexer: een hogere produktie heeft alleen bij een 'laag' inschalingsniveau een lager subsidiebedrag tot gevolg. Bij een 'hoog' inschalingsniveau zien we de omgekeerde situatie, terwijl bij een 'modaal' inscha-

* Dit wordt veroorzaakt doordat vanaf de gemiddelde produktieniveaus het door de ZFR vastgestelde aanvaardbare tekort lager is dan de berekende maximale financiële tegemoetkoming. In dergelijke gevallen wordt de verstrekte subsidie gelijkgesteld aan het aanvaardbare tekort.

Tabel 7.3.: Invloed van de hoogte van salarissen op de subsidies, de exploitatieresultaten na subsidies en de vergelijkingsinkomens van dienstverband-centra (basistype A) bij 3 produktieniveaus (x f 1000,-) (met uitzondering van salarisseniveau, zie voor uitgangspunten tabel 7.1.)

INSCHALING BBRA	BIJ LAAG PRODUCTIENIVEAU (Niveau 2 van tabel 7.1.)			BIJ GEMIDDELD PRODUCTIENIVEAU (Niveau 4 van tabel 7.1.)			BIJ HOOG PRODUCTIENIVEAU (Niveau 6 van tabel 7.1.)		
	Subsidies	Expl. resultaat na subsidies	Vergelijkingsinkomens	Subsidies	Expl. resultaat na subsidies	Vergelijkingsinkomens	Subsidies	Expl. resultaat na subsidies	Vergelijkingsinkomens
'LAAG':									
-Huisartsen 130/2			106,7			113,9			113,9
-Fysiotherapeuten 89/1	255,4	- 17,8	61,3	174,7	-,-	61,3	88,2	-,-	61,3
-Verloskundigen 89/1			61,3			61,3			61,3
-Praktijkassistenten 43/1			-			-			-
'MODAAL':									
-Huisartsen 148/4			124,5			131,8			131,8
-Fysiotherapeuten 89/5	261,3	-113,8	68,5	276,5	-,-	68,5	190,0	-,-	68,5
-Verloskundigen 89/5			68,5			68,5			68,5
-Praktijkassistenten 43/6			-			-			-
'HOOG':									
-Huisartsen 151/7			154,6			161,9			161,9
-Fysiotherapeuten 103/6	263,4	-253,8	84,8	283,8	-134,8	84,8	306,7	-25,4	84,8
-Verloskundigen 103/6			84,8			84,8			84,8
-Praktijkassistenten 43/8			-			-			-

lingsniveau de hoogste subsidie bij een gemiddeld produktieniveau wordt aangetroffen. Dit beeld wordt verklaard door twee factoren: de door de ZFR gehanteerde produktienormen (de 2000- en 2200-drempel*) en het feit dat de ZFR een lagere inschaling dan maximaal toegestaan niet op andere posten met hogere subsidie compenseert.

- De consequenties voor de *exploitatie-resultaten na subsidie* (de resterende tekorten) geven dan ook een beperkte invloed te zien van de hoogte van de salarissen. Is bij een laag produktieniveau nog sprake van een duidelijke samenhang tussen inschalingsniveau en resterende tekort, bij een gemiddeld (2200 pat.) en hoog (2600) produktieniveau is 'lage' of 'modale' inschaling niet van invloed op het resultaat na subsidie (in alle gevallen een sluitende exploitatie). Alleen bij een 'hoog' inschalingsniveau resteren er tekorten die in het geval van een hoog produktieniveau geheel verklaard worden door het niet acceptabel zijn van de salarissen van fysiotherapeuten en verloskundigen door de ZFR.

* Volgens financiële telmethode.

- Wat betreft de *vergelijkingsinkomens* volstaan we met één opmerking. Huisartsen, die volgens onze indeling, 'hoog' zijn ingeschaald (151/7 BBRA) blijken in vergelijking met andere soorten centra (zie tabel 7.2) er financieel het gunstigst voor te staan*, terwijl dat anderzijds vanaf een praktijkomvang van circa 2500 patienten (komt ongeveer overeen met 2200 patienten) volgens de financiële telmethode, geen (nadelige) gevolgen heeft voor het sluitend krijgen van de exploitatie (wel voor de subsidiegever!).
- *Resumerend* kunnen we veronderstellen dat het vanuit het financiële oogpunt van de exploitant van een dienstverbandcentrum alleen zin heeft huisartsen lager dan het maximaal door de ZFR aanvaarde niveau (151/7) in te schalen als de praktijkomvang lager is dan de 2000-drempel (volgens onze telmethode circa 2200) en soms ook bij een omvang tussen de 2000 en 2210-drempel (volgens onze telmethode tussen circa 2200 en 2500). Anders gezegd: het is voor een centrum waarvan de praktijkomvang beneden deze norm ligt voordeliger (en voor de subsidiegever onvoordeliger) om een huisarts -formeel- een parttime dienstverband in schaal 151 aan te bieden dan een full-time-dienstverband in bijv. schaal 130.

Startwijze vanuit bestaande praktijken

In de vorige variantenclusters is verondersteld dat de centra (in het verleden) gestart zijn vanuit een 'nul-situatie' en er derhalve door de centrumexploitant of hulpverleners nooit overnamesommen betaald zijn. In deze cluster (tabel 7.4) gaan we hier wel vanuit (zie paragraaf 7.4 voor de aannames betreffende de hoogte van de overnamesommen en de afschrijvings- en rente percentages). Op dit moment is het voor geen enkel type centrum mogelijk om, in het kader van de AWBZ, voor de hieraan verbonden (financierings)kosten subsidie te krijgen. Omdat vanuit de zijde van gezondheidscentra (zie o.m. het FAG-rapport, 1982) hier wel op aangedrongen wordt, en deze good-will problematiek ook meer in het algemeen ter discussie staat, hebben we in deze cluster als extra de veronderstelling ingevoerd dat deze kosten wél aanvaardbaar zijn in het kader van de AWBZ-subsidie (alleen bij basistype A en B). De overige veronderstellingen zijn ontleend aan de eerste cluster (tabel 7.1.).

*Met uitzondering van type B1, boven een produktieniveau van 2600 à 2800 patiënten.

Tabel 7.4.: Overzicht bij 3 produktieniveau's van subsidies, exploitatieresultaten en vergelijkingsinkomens huisartsen bij centra die door middel van overname van praktijken gestart zijn

NIVEAU FINANCIËLE PRODUKTIE	AANVAARDBAARHEID GOODWILL-KOSTEN VOOR AWBZ-SUBSIDIE	SUBSIDIES, EXPLOITATIERESULTAAT VAN DE CENTRUMEXPLOITANT (NA SUBSIDIES) EN VERGELIJKINGSINKOMEN HUISARTS NAAR BASISTYPE CENTRUM (x f 1000,-)														
		TYPE A-DIENSTVERBANDCENTRUM					TYPE B - SEMI-DIENSTVERBAND-CENTRUM					TYPE C- NIET-DIENSTVERBAND-CENTRUM				
		Subsidies	Exploit. resultaat op sub-sidies	Vergelijkings-inkomen huisarts	Subsidies 1)	Exploit. resultaat op sub-sidies	Vergelijkings-inkomen huisarts	Subsidies	Exploit. resultaat op sub-sidies	Vergelijkings-inkomen huisarts	Subsidies	Exploit. resultaat op sub-sidies	Vergelijkings-inkomen huisarts	Subsidies	Exploit. resultaat op sub-sidies	Vergelijkings-inkomen huisarts
'LAAG' (Niveau 2, tabel 7.1.)	Wel aanvaardbaar voor AWBZ Niet aanvaardbaar voor AWBZ	278,5	-195,8	124,5	278,5	-131,8	111,9	224,9	-131,8	98,9	n.v.t.	278,5	-195,8	124,5	n.v.t.	
		261,3	-213,0	124,5	257,5	- 53,6	87,2	207,8	- 49,7	74,2	71,3	261,3	-213,0	124,5	-13,3	38,4
'GEMIDDELD' (Niveau 4, tabel 7.1.)	Wel aanvaardbaar voor AWBZ Niet aanvaardbaar voor AWBZ	313,3	- 81,4	131,8	313,3	- 84,9	135,6	249,6	- 84,9	119,9	n.v.t.	313,3	- 81,4	131,8	n.v.t.	
		276,5	-118,2	131,8	216,3	- 63,7	105,6	216,3	-,-	89,9	71,3	276,5	-118,2	131,8	-13,3	43,1
'HOOG' (Niveau 6, tabel 7.1.)	Wel aanvaardbaar voor AWBZ Niet aanvaardbaar voor AWBZ	322,0	-,-	131,8	333,4	- 69,9	156,0	333,4	-,-	138,2	n.v.t.	322,0	-,-	131,8	n.v.t.	
		190,0	-131,9	131,8	201,4	- 69,9	122,5	201,4	-,-	104,7	71,3	190,0	-131,9	131,8	-13,3	78,7

1) De vermelde bedragen hebben betrekking op de totale subsidies (zowel ten gunste van de centrumexploitant als ten gunste van de niet-gedetacheerde hulpverleners).

Uit vergelijking van tabel 7.4. (startwijze vanuit bestaande praktijken) en tabel 7.1. en 7.2. (vanuit nul-situatie gestart) blijkt dat:

- het niet in aanmerking komen van goodwill-kosten voor AWBZ-subsidie aanzienlijke gevolgen heeft voor het vóórkomen en/of de hoogte van resterende tekorten bij dienstverbandcentra), terwijl bij semi-dienstverbandcentra tevens de vergelijkingsinkomens lager uitvallen dan bij een start vanuit een nul-situatie.
- Bij het wel aanvaardbaar zijn van deze kosten voor AWBZ-subsidie zouden ook bij een gemiddeld produktieniveau nog tekorten resteren bij dienstverbandcentra (type A) terwijl bij een hoog produktieniveau de exploitatie zou sluiten. Bij het semi-dienstverbandcentrum zou bij een laag en gemiddeld produktieniveau het voor de centrumexploitant financieel gunstiger zijn als goodwill-kosten niet aanvaardbaar zijn voor AWBZ-subsidie. De keerzijde is hier echter dat de vergelijkingsinkomens van de hulpverleners (we hebben in tabel 7.4. alleen de huisartsen vermeld) aanzienlijk lager zouden uitvallen in vergelijking met situaties waar goodwill-kosten wel aanvaard zouden worden.

Omdat het niet-dienstverbandcentrum (type C) per definitie niet in aanmerking komt voor AWBZ-subsidie, heeft de startwijze alleen invloed op de verlijgingsinkomens: deze vallen dan ook aanzienlijk lager uit dan bij de overige centra.

- Voor de subsidiërende ZFR betekent het wel aanvaarden van goodwill-kosten - uiteraard - in alle gevallen hogere kosten.

Deze meerkosten nemen toe met het niveau van de produktie. Daartegenover staat echter dat deze meerkosten van tijdelijke aard zijn (in ons model 10 jaar), terwijl bij een startwijze vanuit een nul-situatie de ZFR gedurende de aanloophase de richtlijnen soepel toepast en dientengevolge eveneens meer subsidie verstrekt.*

* Momenteel alleen bij dienstverbandcentra

Huisvestingsvorm en huurprijsniveau

Hoewel veel gezondheidscentra (uiteindelijk) in een situatie verkeren waarin het praktijkpand eigendom is van de exploitant en/of de participanten, komt het ook voor dat centra definitief gehuisvest zijn in een van derden gehuurd pand. In de volgende twee variantenclusters (tabel 7.5. en 7.6.) is berekend wat - bij drie produktieniveaus - de financiële consequenties zijn van een huursituatie in plaats van een eigendomssituatie (tabel 7.5.), terwijl tabel 7.6. een variantencluster bevat, waarin bij één - gemiddeld - produktieniveau de invloed van drie huurprijsniveaus ($f 175,-$, $f 250,-$ en $f 325,-$ per m^2) op de financiële resultaten van de drie basistypencentra wordt vastgesteld. Bij een eigendomssituatie zijn we, evenals bij de vorige clusters, uitgegaan van een kostprijs van het praktijkpand van bijna $f 2500,-$ per m^2 . Een dergelijk bedrag komt overeen met wat maximaal door ZFR aanvaardbaar wordt geacht. Bij de bepaling van de grondkosten is uitgegaan van een oppervlakte van $\frac{100}{60}$ x de oppervlakte huisvesting en een grondprijs van $f 200,-$. In de praktijk zullen de huisvestingskosten bij een eigendomssituatie overigens soms lager uitvallen. Zo blijkt dat diverse centra bij een purpose-built-centrum met lagere bouwkosten toekomen, terwijl door subsidies in het kader van de DACW of BRW de exploitatiekosten van het praktijkpand bij sommige centra aanzienlijk gedrukt kunnen worden.

Huren of kopen is, bij de door ons veronderstelde prijsniveaus, blijkens tabel 7.5. van geringe invloed op de resultaten van dienstverband-(type A) en semi-dienstverbandcentra (type B). Bij een gemiddelde huurprijs vallen bij deze centra de kosten en daarmee de tekorten vóór subsidie iets hoger uit dan bij koop. Voor de resterende tekorten heeft dat alleen gevolgen bij een 'laag' produktieniveau. Vanaf een 'gemiddeld' produktieniveau worden deze tekorten namelijk gecompenseerd door een hogere AWBZ-subsidie. Bij de niet-dienstverbandcentra (type C) ligt de situatie anders. Ondanks de (bruto) hogere kosten bij huur is kopen - voor de hulpverleners althans - hier voordeliger omdat de (niet-gedetacheerde) hulpverleners in dit geval hogere WIR-premies ontvangen.

Tabel 7.5.: Huur en eigendom bij drie produktieniveaus (met uitzondering van eigendomsituatie, zie voor nadere uitgangspunten tabel 7.1.).

NIVEAU FINANCIËLE PRODUKTIE		SUBSIDIES, EXPLOITATIERESULTATEN VAN DE CENTRUM (EXPLOITANT) NA SUBSIDIES EN VERGELIJKINGSINKOMEN (x F 1000,-)															
		TYPE A-DIENSTVERBANDCENTRUM						TYPE B - SEMI-DIENSTVERBANDCENTRUM						TYPE C- NIET-DIENSTVERBANDCENTRUM			
		B1			B2			Subsidies		Exploit. resultaat na subsidies		Vergelijkingsink. Huistaarts Fysioth.		Subsidies		Exploit. resultaat na subsidies	
'LAAG' (Niveau 2, tabel 7.1.)	Huur Eigendom	263,6 261,3	-120,7 -113,8	124,5 124,5	68,5 68,5	263,6 257,5	-56,7 -53,6	111,9 111,9	60,7 60,7	210,0 207,8	-56,7 -49,8	98,9 98,9	54,8 54,8	71,3 71,3	-12,8 -13,3	58,5 63,1	32,5 38,1
'GEMIDDELD' (Niveau 4, tabel 7.1.)	Huur Eigendom	285,7 276,5	-,- -,-	131,8 131,8	68,5 68,5	225,5 216,3	-63,7 -63,7	135,6 135,6	68,1 68,1	224,3 216,3	-1,2 -,-	119,9 119,9	61,4 61,4	71,3 71,3	-12,8 -13,3	91,0 95,6	41,8 47,4
'HOOG' (Niveau 6, tabel 7.1.)	Huur Eigendom	199,2 190,0	-,- -,-	131,8 131,8	68,5 68,5	210,6 201,4	-69,9 -69,9	156,0 156,0	74,8 74,8	210,6 201,4	-,- -,-	138,2 138,2	68,1 68,1	71,3 71,3	-12,8 -13,3	112,2 116,8	51,1 56,6

¹ Er is een 'gemiddelde' huurprijs van f 250,-/m² verondersteld. In afwijking van de eigendomsituatie is bij huur een verbouwingsinvestering van f 6000 (in plaats van f 2000) per full-time hulpverlener verondersteld.

² De vermelde bedragen hebben betrekking op de totale subsidies (zowel ten gunste van de centrumexploitant als ten gunste van de niet-gedetacheerde hulpverleners).

Tabel 7.6.: Drie huurprijsniveaus bij een 'gemiddelde' (financiële) produktie (met uitzondering van eigendomssituatie, zie voor nadere uitgangspunten tabel 7.1.).

		SUBSIDIES, EXPLOITATIERESULTATEN VAN DE CENTRUMEXPLOITANT NA SUBSIDIES EN VERGELIJKINGSINKOMENS (x F 1000,-)																	
		TYPE A- DIENSTVERBANDCENTRUM				TYPE B - SEMI-DIENSTVERBAND-CENTRUM								TYPE C-NIET-DIENSTVERBANDCENTRUM					
		B1				B2													
HUURPRIJSNIVEAU		Subsidies		Vergelijkings-inkomens		Exploit. result. na subsidies		Subsidies		Vergelijkings-inkomens		Exploit. result. na subsidies		Subsidies		Vergelijkings-inkomens		Exploit. result. na subsidies	
		H.a.	Fys.	H.a.	Fys.	H.a.	Fys.	H.a.	Fys.	H.a.	Fys.	H.a.	Fys.	H.a.	Fys.	H.a.	Fys.	H.a.	Fys.
'LAAG' (f 175/m ²)		250,1		131,8	68,5	189,9	- 63,7	135,6	68,1	189,9	-,-	119,9	61,4	71,3	- 9,7	96,5	48,4		
'GEMIDDELD' (f 250/m ²)		285,7		131,8	68,5	225,5	- 63,7	135,6	68,1	224,3	- 1,2	119,9	61,4	71,3	- 12,8	91,0	41,8		
'HOOG' (f 325/m ²)		307,5		131,8	68,5	261,1	- 63,7	135,6	68,1	243,8	-17,3	119,9	61,4	71,3	- 15,8	85,5	35,2		

1) De vermelde bedragen hebben betrekking op de totale subsidies (zowel ten gunste van de centrumexploitant als ten gunste van de niet-gedetacheerde hulpverleners).

Als we de veronderstelde huurprijs gaan variëren (tabel 7.6.) kan bij gemiddeld produktieniveau het volgende geconstateerd worden: Een lage (f 175,-) in plaats van een gemiddelde (f 250,-) huurprijs* heeft bij zowel dienstverbandcentra (type A) als semi-dienstverbandcentra van het B2-type tot gevolg dat er geen tekorten meer resteren na subsidietoekenning. Bij het semi-dienstverbandcentrum van het B1-type heeft het huurprijsniveau uitsluitend invloed op de subsidiehoogte maar niet op de resultaten van de centrumexploitant of de hulpverleners.

Voor niet dienstverbandcentra (type C) gaat een lagere huurprijs met hogere vergelijkingsinkomens en een lager resterend tekort bij de centrumexploitant gepaard. Een hoge (f 325,-) in plaats van een gemiddelde (f 250,-) huurprijs heeft voor dienstverbandcentra resterende tekorten tot gevolg. Dit wordt veroorzaakt doordat het door ons veronderstelde gemiddelde produktieniveau beneden de ZFR-norm valt. Voor de semi-dienstverbandcentra die zowel voor een tegemoetkoming praktijkkosten als voor een tegemoetkoming extra-tijdsinvestering in aanmerking komen (type B1), heeft een hoge huurprijs alleen consequenties voor de hoogte van de (AWBZ-) subsidie, de resterende tekorten en de vergelijkingsinkomens blijven op hetzelfde niveau. Indien een dergelijk centrum echter alleen in aanmerking komt voor een tegemoetkoming praktijkkosten (type B2), heeft een hoge huurprijs wel invloed op het vóórkomen, respectievelijk de hoogte van resterende tekorten. Een hoge huurprijs in het geval van een niet-dienstverbandcentrum (type C) heeft zowel een hoger resterend tekort van de centrumexploitant als lagere vergelijkingsinkomens tot gevolg.

Samenvattend kan opgemerkt worden dat huren in plaats van kopen alleen voor de hulpverleners van een niet-dienstverbandcentrum van financieel belang is. De lagere WIR-premie heeft dan lagere vergelijkingsinkomens tot gevolg. Voor de overige centra is huren of kopen niet voor de exploitatieresultaten of de vergelijkingsinkomens van belang.

De hoogte van de huurprijs is wat betreft de verlijgingsinkomens eveneens alleen van belang bij het niet-dienstverbandcentrum. Het exploitatieresultaat na subsidie van dienstverband- en semi-dienstverbandcentra (type B2) wordt alleen beneden de door de ZFR gehanteerde produktienormen

* Soortgelijke constateringēn gelden bij verlaging van het veronderstelde kooprijksniveau.

door een hoger huurprijsniveau (negatief) beïnvloed. Boven de produktie-normen resulteert een hoge huurprijs alleen in hogere subsidies.*

7.6. Resultaten van een aanloopmodel

In de vorige clusters is steeds uitgegaan van een situatie waarbij inkomsten en uitgaven gestabiliseerd zijn. Met name indien centra vanuit een nul-situatie starten is dan ook geen rekening gehouden met aanlooptekorten van de centrumexploitant en/of de niet-gedetacheerde hulpverleners. In deze paragraaf worden de resultaten van een aanloopmodel geschetst, waarbij tot en met het jaar waarin sprake is van een gestabiliseerde situatie, de financiële resultaten per basistype centrum per jaar berekend zijn.

Het overzicht op de volgende bladzijde bevat de belangrijkste veronderstellingen die we bij dit aanloopmodel gehanteerd hebben. Het overzicht wordt gevolgd door 4 tabellen (tabel 7.7 t/m 7.10) waarin de subsidies, de exploitatieresultaten na subsidie en de vergelijkingsinkomens van huisartsen en fysiotherapeuten gedurende de aanloopfase per type centrum worden vermeld.

Bij de bespreking van de resultaten van het aanloopmodel gaan we eerst in op de resultaten per basistype centrum, vervolgens vergelijken we de verschillende soorten centra onderling.

Dienstverbandcentrum (type A): Uit tabel 7.7. komt naar voren dat alleen het eerste en het derde jaar tekorten resteren na subsidietoekenning. Het resterend tekort over het eerste jaar (f 60.000,-) wordt veroorzaakt doordat de ZFR weliswaar bij de subsidieberekening van de aanlooptekorten een fictief patiëntenaantal veronderstelt, maar deze systematiek alleen toepast op de tekorten bij de praktijkvoering en niet ten opzichte van de tekorten die ontstaan doordat de personeelskosten van de huisartsen hoger zijn dan het corresponderende honorariumdeel van de opbrengsten.**

* Hoewel de ZFR momenteel geen vaste maximum huurprijzen heeft vastgesteld, worden ze in de praktijk wel op redelijkheid getoetst (door onafhankelijke taxateurs). Onze conclusie geldt dan ook alleen als de huurprijs door de ZFR geaccepteerd wordt.

** Sinds kort worden, onder bepaalde voorwaarden, ook deze tekorten gesubsidieerd.

OVERZICHT BELANGRIJKSTE VERONDERSTELLINGEN AANLOOPMODEL

ALGEMENE TYPERING

Het centrum is gestart vanuit een nulsituatie. De aanloopfase neemt 4 jaar in beslag. Tot en met het vierde jaar is het centrum tijdelijk gehuisvest in gehuurde, verbouwde (nieuwbouw)woningen. Deze woningen worden met ingang van het vijfde jaar in oorspronkelijke staat door het centrum opgeleverd.

Vanaf het vijfde jaar is het centrum definitief gehuisvest in een gekocht purpose-built-centrum en is de financiële productie en de personeelsformatie gestabiliseerd qua omvang.

Coördinatie/managementskosten conform Voorlopige Richtlijnen ZFR.

AWBZ-subsidie: Rente aanlooptekorten is bij basistype centrum A (Dienstverband) en B1 (Semi-dienstverband) aanvaardbaar voor de Voorlopige Richtlijnen.

SPECIFICATIE VAN ENKELE VERONDERSTELLINGEN PER JAAR*

	1 ^e JAAR	2 ^e JAAR	3 ^e JAAR	4 ^e JAAR	5 ^e JAAR
SAMENSTELLING EN OMVANG PERSONEEL					
- Huisartsen	2 (1.0)	2 (1.0)	2 (2.0)	3 (2.5)	3 (3.0)
- Fysiotherapeuten	-	-	1 (1.0)	2 (1.5)	2 (2.0)
- Praktijk/centrumassistentes	2 (1.0)	2 (1.0)	2 (2.0)	3 (2.5)	3 (3.0)
- Wijkverpleegkundigen	(1.0)	(1.0)	(2.0)	(2.5)	(3.0)
- Maatschappelijk werkenden	(0.2)	(0.2)	(0.5)	(1.0)	(1.0)
INSCHALING (i.v.t.)					
- Huisartsen	148/0	148/1	148/2	148/3	148/4
- Fysiotherapeuten	n.v.t.	n.v.t.	89/0	89/1	89/2
- Praktijkassistentes	43/0	43/1	43/2	43/3	43/4
HUISVESTING					
- Eigendomsvorm	Huur derden	Huur derden	Huur derden	Huur derden	Eigendom
- Tijdelijk of definitief	Tijdelijk	Tijdelijk	Tijdelijk	Tijdelijk	Definitief
- m ² -prijs	f 125,=	f 125,=	f 125,=	f 125,=	Conform basismodel (f 2449,=)
- Oppervlakte	Zie 4 ^e jaar	Zie 4 ^e jaar	Zie 4 ^e jaar	Conform basismodel (normen sub-comm. acc.beleid)	Conform basismodel (normen sub-comm. acc.beleid)
- Opbrengst onderhuur aan derden	Helpt leegstand x (huur+kosten)	Helpt leegstand x (huur+kosten)	Helpt leegstand x (huur+kosten)	Helpt leegstand x (huur+kosten)	Geen
- Eenmalige kosten	Verbouwing (f 30.000,=) in 4 jaar afgeschreven	Geen	Geen	Verbouwing (terugbrengen oorspronkel. staat) = f 30.000,=	Geen
FINANCIËLE PRODUCTIE					
- Patiëntenaantal					
Huisartsen-per full-time equivalent	550	2000	1950	2200	2200
Totaal centrum	550	2000	3900	5500	6600
- Productiefactor fysiotherapeuten (t.o.v. landelijke norm)	n.v.t.	n.v.t.	50 %	70 %	90 %

Tabel 7.7.: Subsidies, exploitatieresultaten na subsidies en vergelijkingsinkomens
gedurende de aanloopfase van een dienstverbandcentrum (Basistype A) (bedragen x f 1000)

CENTRUMTYPE A	SUBSIDIES			EXPLOITATIE- RESULTAAT NA SUBSIDIES	VERGELIJKINGSINKOMENS	
	WVC	AWBZ	TOTAAL		Huisartsen	Fysiotherap.
1 ^e Jaar	16,5	114,1	130,6	- 60,0	101,0	-
2 ^e Jaar	16,5	77,9	94,4	-,-	117,8	-
3 ^e Jaar	41,3	135,5	176,8	- 20,7	120,1	58,7
4 ^e Jaar	56,3	160,7	217,0	-,-	129,6	61,3
5 ^e Jaar	67,5	187,3	254,8	-,-	131,8	64,2
Totaal over 5 jaar	198,1	675,5	874			

Tabel 7.8.: Subsidies, exploitatieresultaten na subsidies en vergelijkingsinkomens gedurende de aanloopfase van een semi-dienstverbandcentrum, dat (tevens) in aanmerking komt voor AWBZ-subsidie t.b.v. extra tijdsinvestering (Basistype B1) (Bedragen x f 1000,=)

CENTRUMTYPE B1	SUBSIDIES			EXPLOITATIE- RESULTAAT NA SUBSIDIES	VERGELIJKINGSINKOMENS	
	WVC	AWBZ 1)	TOTAAL		Huisartsen	Fysiotherap.
1 ^e Jaar	16,5	103,1	119,6	- 4,3	37,5	-
2 ^e Jaar	16,5	63,9	80,4	-14,3	123,2	-
3 ^e Jaar	41,3	96,4	137,7	-31,3	118,9	38,4
4 ^e Jaar	56,3	112,4	168,6	-47,1	135,6	53,3
5 ^e Jaar	67,5	145,8	213,3	-60,5	135,6	68,1
Totaal over 5 jaar	198,1	521,6	720			

1) Inclusief AWBZ-subsidie ten gunste van niet-gedetacheerde hulpverleners

Tabel 7.9.: Subsidies, exploitatieresultaten na subsidies en vergelijkingsinkomens gedurende de aanloopfase van een semi-dienstverbandcentrum dat alleen in aanmerking komt voor een AWBZ-subsidie t.b.v. praktijkkosten (Basistype B2) (Bedragen x f 1000,=)

CENTRUMTYPE B2	SUBSIDIES			EXPLOITATIE- RESULTAAT NA SUBSIDIES	VERGELIJKINGSINKOMENS	
	WVC	AWBZ	TOTAAL		Huisartsen	Fysiotherap.
1 ^e Jaar	16,5	75,8	92,3	- 28,5	33,2	-
2 ^e Jaar	16,5	42,7	59,2	- 24,0	108,9	-
3 ^e Jaar	41,3	86,5	127,8	- 9,8	105,1	34,7
4 ^e Jaar	56,3	110,8	167,1	- 0,5	119,9	48,1
5 ^e Jaar	67,5	139,7	207,2	-,-	119,9	61,4
Totaal over 5 jaar	198,1	455,5	654			

Tabel 7.10: Subsidies, exploitatieresultaten ná subsidies en vergelijkingsinkomens gedurende de aanloopfase van een niet-dienstverband-centrum (Basistype C) (Bedragen x f 1000,=)

CENTRUMTYPE C	SUBSIDIES			EXPLOITATIE- RESULTAAT NA SUBSIDIES	VERGELIJKINGSINKOMENS	
	WVC	AWBZ	TOTAAL		Huisartsen	Fysiotherap.
	1 ^e Jaar	16,5	-		16,5	- 27,5
2 ^e Jaar	16,5	-	16,5	- 30,3	79,3	-
3 ^e Jaar	41,3	-	41,3	- 25,6	82,0	13,0
4 ^e Jaar	56,3	-	56,3	- 34,1	102,8	27,7
5 ^e Jaar	67,5	-	67,5	- 29,4	98,4	47,2
Totaal over 5 jaar	198,1	-	198			

De resterende tekorten over het derde jaar (f 20.700,-) hebben dezelfde oorzaak, zij het dat het nu de in dat jaar in dienst getreden fysiotherapeut betreft.

Semi-dienstverbandcentrum (type B): Bij type B1 (tabel 7.8.) kan de centrumexploitant gedurende de hele aanloopfase de exploitatie (na subsidies) niet sluitend krijgen. Bij type B2 (tabel 7.9.) is eerst vanaf het vijfde jaar een sluitende exploitatie mogelijk. Dit verschil wordt voornamelijk veroorzaakt doordat bij type B1 een deel van de AWBZ-subsidie rechtstreeks ten goede komt aan de niet-gedetacheerde hulpverleners. De in vergelijking met type B2 hogere AWBZ-subsidie heeft alleen de eerste twee jaren een minder ongunstig exploitatieresultaat tot gevolg bij het semi-dienstverbandcentrum van type B1. Desalniettemin zijn bij beide semi-dienstverbandcentra de vergelijkingsinkomens gedurende het eerste jaar aanzienlijk lager* dan bij het dienstverbandcentrum.

Niet-dienstverbandcentrum (type C): Uit de tabel (7.10) komt duidelijk naar voren dat de geringe subsidiemogelijkheden de exploitant van dit centrum niet in staat stellen de exploitatie na een aanloopfase van 5 jaar rond te krijgen. Ook de vergelijkingsinkomens zijn zeer laag: bij de huisartsen is gedurende het eerste jaar zelfs sprake van een fors negatief inkomen, terwijl ook bij de fysiotherapeut(en) in de eerste jaren sprake is van een minimaal inkomensniveau.

Bij de vergelijking van de basistypecentra onderling springt vooral het niet-dienstverbandcentrum (type C) eruit. Een aanloopmodel volgens onze opzet is voor dit soort centra zonder startkapitaal niet haalbaar, tenzij de aanloopperiode veel korter zou duren en/of de financiële produktie in een gestabiliseerde situatie veel hoger zou zijn dan het door ons veronderstelde niveau (2200 patiënten per full-time huisarts, produktie fysiotherapeuten 90 % van de norm produktie). Het starten van een dergelijk centrum vanuit een nul-situatie komt in de praktijk dan ook weinig voor (en is alleen mogelijk als de hulpverleners naast hun centrumbezigheden een (goed gehonoreerde) nevenfunctie vervullen.

Eenzelfde conclusie geldt, iets minder sterk, voor de hulpverleners in een semi-dienstverbandssituatie. Ook hier zijn de vergelijkingsinkomens

*Tegenover deze lage inkomens staat echter het voordeel dat er goodwillkapitaal wordt opgebouwd (idem type C).

het eerste jaar laag, terwijl dit alleen in het geval er (tevens) een tegemoetkoming extra tijdsinvestering verstrekt wordt (type B1), gecompenseerd wordt door (in vergelijking met loondienstsituatie) hogere inkomens na de aanlooperperiode.

7.7. Samenvatting en beschouwing

In dit hoofdstuk staan de financiële gevolgen van de wijze waarop een centrum financieel-juridisch is georganiseerd voor de exploitatie-resultaten en de inkomens van de hulpverleners centraal. Met behulp van een micro-economisch rekenmodel zijn deze consequenties bij verschillende omstandigheden (hoogte financiële produktie, startwijze, huisvestings-situatie) berekend. Er is daarbij onderscheid aangebracht tussen 3 basistypen centra met de volgende subsidiemogelijkheden:

- Type A - *Dienstverbandcentrum* dat in aanmerking komt voor Stimulerings-subsidie (WVC) en AWBZ-subsidie (t.b.v. praktijkkosten als ook t.b.v. extra tijdsinvestering).
- Type B - *Semi-dienstverbandcentrum* dat in aanmerking komt voor Stimulerings-subsidie en AWBZ-subsidie (t.b.v. praktijkkosten → type B2, zowel t.b.v. praktijkkosten als extra tijdsinvestering → type B1)
- Type C - *Niet-dienstverbandcentrum* dat alleen in aanmerking komt voor Stimulerings-subsidie.

In de praktijk treffen we vooral type A en C aan, terwijl verwacht kan worden dat type B2 meer dan nu het geval is type C zal gaan vervangen. Een centrum volgens type B1 bestaat momenteel niet, omdat de ZFR tot nu toe een tegemoetkoming in de extra tijdsinvestering koppelt aan de eis van een loondienstverhouding tussen hulpverlener en centrumexploitant. Gezien onze berekeningen is het overigens discutabel of bij een eventuele wijziging van de AWBZ-subsidiemogelijkheden voor semi-dienstverbandcentra in de richting van type B1 (behalve een tegemoetkoming praktijkkosten tevens een tegemoetkoming in de extra tijdsinvestering) de door ons veronderstelde toerekening van de subsidie naar centrumexploitant en hulpverleners mogelijk (en wenselijk is). In de hierna volgende algemene conclusies behandelen we het semi-dienstverbandcentrum van het B1-type dan ook afzonderlijk.

Conclusies met betrekking tot type A, B2 en C

- Voor de niet-gedetacheerde hulpverleners (wij hebben ons beperkt tot huisartsen, fysiotherapeuten, soms verloskundigen) is het werken in het dienstverbandcentrum doorgaans financieel het voordeligst, het werkzaam zijn in een niet-dienstverbandcentrum meestal financieel ongunstiger. Dit geldt voor huisartsen vooral als ze in de maximum (door de ZFR aanvaarde) salarisschaal (151 BBRA) zijn ingedeeld. Pas in de zeer hoge produktieregionen (boven de circa 3000 patiënten*) is een semi-dienstverbandsituatie (B2) financieel voordeliger voor huisartsen.

Voor fysiotherapeuten (en verloskundigen) liggen de omslagpunten lager. Globaal kan hier gesteld worden dat beneden een normproductie een dienstverband financieel voordeel biedt, daarboven nemen de financiële perspectieven bij een semi- of niet-dienstverbandsituatie echter disproportioneel sterk toe. Bij dit laatste spelen twee factoren een rol: de financiële carrière-perspectieven bij een dienstverbandcentrum zijn beperkt door de ZFR-condities van schaal 89/maximaal, terwijl anderzijds deze beroepsgroepen niet (zoals bij huisartsen) een degressief tariefstelsel kennen.

- De ruimere subsidiemogelijkheden van dienstverband- en semi-dienstverbandcentra komen duidelijk tot uiting in de aanwezigheid en hoogte van tekorten die resteren na subsidietoekenning. Het minst frequent treffen we resterende tekorten bij het dienstverband- en het semi-dienstverbandtype B2 aan.
- In nagenoeg alle door ons geanalyseerde varianten blijkt de AWBZ-subsidie noodzakelijk om de exploitatie sluitend te krijgen. Het effect van een lagere inschaling (dan maximaal toegestaan) op de hoogte van het subsidiebedrag kan aanzienlijk zijn: voor deze subsidiebron kan het verschil tussen een 'lage' en een 'hoge' inschaling de helft in subsidiekosten uitmaken. Deze inschaling bepaalt tevens of een semi-dienstverbandcentrum meer of minder subsidie ontvangt dan een dienstverbandcentrum.

*Volgens financiële telmethode circa 2650 patiënten.

- Uit de analyse kwam tevens naar voren dat een dienstverbandcentrum zonder extra subsidie niet in staat kan worden geacht vanuit bestaande praktijken te worden opgericht. De enige mogelijkheid is de hulpverleners/praktijkhouders ter compensatie in dienst te nemen tegen een hoger salaris. Gezien het salarisbeleid van de meeste centra en de door de ZFR gehanteerde normen kan dit alleen soelaas bieden bij huisartsen, en dan nog slechts bij degenen die een relatief kleine praktijk hebben.
- Uit de analyse van een aanloopmodel kwam tenslotte naar voren dat een subsidie in de aanlooptekorten van vitaal belang is om een centrum vanuit een nul-situatie op te richten. Het is dan ook niet verwonderlijk dat we een dergelijke start vrijwel uitsluitend tegenkomen bij dienstverbandcentra, het enige type dat momenteel voor aanloopsubsidie in het kader van de AWBZ in aanmerking komt.

Conclusies met betrekking tot type B1

- Het nu (nog) niet bestaande semi-dienstverbandcentrum van het B1-type dat, behalve voor een tegemoetkoming praktijkkosten tevens in aanmerking komt voor een tegemoetkoming extra-tijdsinvestering, is - in deze vorm - waarschijnlijk niet levensvatbaar. In tegenstelling tot de andere centra waar met het toenemen van de financiële produktie de resterende tekorten van de centrumexploitant lager worden of verdwijnen (type A en B2), of op een (gering) niveau blijven, (type C), nemen de resterende tekorten van de exploitant van het B1-centrum ondanks de relatief ruime subsidiemogelijkheden toe.
- Dit wordt enerzijds veroorzaakt doordat de subsidies vooral ten gunste van de disciplines komen (en niet ten gunste van de exploitant), terwijl anderzijds de tegemoetkoming in de extra tijdsinvestering alleen in de lagere produktieniveaus een verhogend effect op de AWBZ-subsidie heeft.

De door ons gehanteerde toerekeningssystematiek (zie par. 7.3.), waarin verondersteld wordt dat het subsidiedeel extra-tijdsinvestering ook inderdaad de hulpverleners ten goede moet komen, blijkt in de 'praktijk' zeer ongunstig voor de centrumexploitant te kunnen uitpakken. Dit wordt veroorzaakt doordat het volgens de ZFR-systematiek berekende aanvaardbare tekort vrijwel altijd beneden de berekende maximale tegemoetkoming uitvalt.

- Uit de varianten-analyse komt tevens naar voren dat het ontbreken van een maximum produktiegrens, waarbij nog een tegemoetkoming extra-tijdsinvestering verstrekt wordt, tot relatief zeer hoge inkomens zou kunnen leiden. Zo zou een huisarts met bijvoorbeeld 2600 patiënten (volgens de ZFR-telmethode) een even grote tegemoetkoming extra tijdsinvestering toucheren als een collega met 2210 patiënten.

LITERATUUR

- Boerma, W.G.W., Huisartsgroepspraktijken en gezondheidscentra, jan. 1970-juli 1970; NHI, Utrecht, 1980.
- Boerma, W.G.W., Cijfers over samenwerking 1, huisartsgroepspraktijken en gezondheidscentra per 1 januari 1980, NHI, Utrecht, 1980.
- Boerma, W.G.W., Cijfers over samenwerking 1, huisartsgroepspraktijken en gezondheidscentra per 1 januari 1981. Idem per 1 jan. 1982 en 1983.
- Grundmeyer, H., Inventarisatie aanloopproblemen gezondheidscentra. Werkgroep Financiële Knelpunten van de Landelijke Vereniging van Gezondheidscentra, 1983.
- Harbordt, S., Computer simulation in den Sozial Wissenschaften, 1. Einführung und Anleitung, Hamburg, 1974.
- Harbordt, S., Computer simulation in den Sozial Wissenschaften, 2. Beurteilung und Modellbeispiele. Hamburg, 1974.
- Heesters, J.P., De honorering van de Nederlandse huisarts als vrijberoepsbeoefenaar en de relatie met de goodwill-problematiek (dissertatie). Tilburg, 1983.
- Herwaarden, F.G. van, C.A. de Kam, Om de poen is het te doen. Deventer, 1981.
- Landelijke Huisartsen Vereniging, Huisarts en samenwerking, LHV informatiebulletin, Utrecht, 1980.
- Ministerie van Economische Zaken, Wet Investeringsrekening, Den Haag, 1983, 1984.
- Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne. Voorlopige Stimuleringsregeling Samenwerkingsverbanden in de eerstelijnsgezondheidszorg (herziene versie), en 's Gravenhage, 1979.
- Nederlands Huisartsen Instituut, Cijfers uit de huisartsenregistratie, Utrecht.
- Peters, L., Financiële Problematiek van Gezondheidscentra, fase 1. Een onderzoek naar de omvang en oorzaken van financiële problemen van gezondheidscentra met hulpverleners in dienstverband. NHI, Utrecht, 1982.
- Peters, L., Onderzoek naar gezondheidscentra, Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg (1984) nr. 2.

- Peters, L., D. Wijkel. Meerkosten en besparingen van gezondheidscentra, Meerkosten en besparingen van gezondheidscentra. Medisch Contact, nr. 3 (1984).
- Roscam Abbing, H.D.C., Wordt de patiënt er beter van? Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg (1983), nr. 14.
- Werkgroep Financiering Amsterdamse Gezondheidscentra, Voorwaarden voor vernieuwing, Amsterdam, 1982.
- Wijkel, D., Samenwerken en verwijzen, Deel I: Praktijkvorm en Productie-cijfers. NHI, Utrecht 1983.
- Wijkel, D., Samenwerken en Verwijzen. Deel II: Samenwerking buiten gezondheidscentra en groepspraktijken. NHI, Utrecht 1984.
- Werkgroep Inkomens Vrije Beroepsbeoefenaren, Rapport. Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, 1983.
- Ziekenfondsraad, Gewijzigde Voorlopige Richtlijnen Financiële Tegemoetkoming Multidisciplinaire Samenwerkingsverbanden, Amstelveen, 1982.
- Ziekenfondsraad, Evaluatienota Voorlopige Richtlijnen Gezondheidscentra, Amstelveen, 1981.
- Ziekenfondsraad, Tweede Evaluatienota Voorlopige Richtlijnen Gezondheidscentra. Amstelveen, 1984.

Nummer :

(uitgebreide versie)

ENQUÊTE

Financiële Problematiek Gezondheidscentra met hulpverleners niet in dienstverband



NAAM CENTRUM: _____

TELEFOONNUMMER: _____

NAAM PERSOON BIJ WIE HET NHI
NADERE TOELICHTING KAN KRIJGEN: _____

ALGEMENE TOELICHTING

Wellicht ten overvloede willen wij U erop attenderen dat, met uitzondering van vraag 5, de vragen vrijwel altijd betrekking hebben op het centrum (c.q. de hoofdexploitant) en/of de (financiële) relatie tussen de hulpverleners en het centrum en niet op de financiële positie van één discipline of de (financiële) relatie tussen hulpverleners van één discipline.

De onder vraag 10 in te vullen exploitatierekening heeft betrekking op 1979. Dat jaar is gekozen om een vergelijking met de resultaten van de (afgeronde) 1e fase van het onderzoek, gericht op dienstverbandcentra, mogelijk te maken.

De financiële organisaties van de centra lopen dermate uiteen dat de gebruikte antwoordcategorieën niet voor elk centrum van toepassing zullen zijn. In dergelijke gevallen verzoeken wij U de situatie van uw centrum onder de hoofdjess 'Opmerkingen/Toelichtingen' kort uiteen te zetten.

Voor nadere inlichtingen over de invulling van deze enquête kunt U contact opnemen met het NHI, L. Peters.

Tel. 030-319946, toestel 41.

1. JURIDISCH-ORGANISATORISCHE STRUCTUUR

Gezondheidscentra met hulpverleners niet in dienst hebben soms één, soms meerdere (geformaliseerde) organisatievormen. Deze kunnen verschillen naar juridische structuur en wat betreft taken.

De volgende, onder 1 gestelde vragen hebben uitsluitend betrekking op die organisatievormen die ten behoeve van meerdere disciplines functioneren (dus bijv. geen huisartsenmaatschap, maar wel een stichting ten behoeve van multi-disciplinaire samenwerking en/of het financieel beheer van de praktijkpanden).

Vraag 1.1. en 1.2. hebben betrekking op de situatie per 1 okt. 1983, vraag 1.3. op de situatie per 1 jan. 1979.

1.1. Wilt U aangeven welke organisatiestructuur op 1 oktober 1983 op Uw centrum ten behoeve van meerdere disciplines van toepassing is?

Alleen organisatievorm(en)
zonder rechtspersoonlijkheid

Alleen organisatievorm(en)
met rechtspersoonlijkheid

Zowel organisatievormen met
als zonder rechtspersoonlijkheid

1.2. De bedoeling van het onderstaande schema is het verkrijgen van nadere gegevens omtrent de juridisch-organisatorische structuur van Uw centrum.

Wilt U per geformaliseerde organisatievorm (t.b.v. meerdere disciplines) aankruisen welke vorm en taken van toepassing zijn op 1 oktober 1983?

(N.B. In het onderstaande schema is uitgegaan van maximaal 2 rechtspersonen en 1 organisatievorm zonder rechtspersoonlijkheid. Indien Uw centrum nog meer vormen kent, kunt U dit invullen in de blanco ruimte aan het eind van het schema.)

A. Rechtsvorm (Peildatum 1 okt. 1983)

RECHTSPERSOON 1	RECHTSPERSOON 2	ORGANISATIEVORM ZONDER RECHTSPERSOONLIJKHEID (Meerdere mogelijkheden per vorm)
<input type="checkbox"/> Stichting <input type="checkbox"/> Vereniging ----- (soort) <input type="checkbox"/> BV <input type="checkbox"/> Anders, nl.: -----	<input type="checkbox"/> Stichting <input type="checkbox"/> Vereniging ----- (soort) <input type="checkbox"/> BV <input type="checkbox"/> Anders, nl.: -----	<input type="checkbox"/> Stuurgroep <input type="checkbox"/> Samenwerkingsovereenkomst <input type="checkbox"/> Intentieverklaring <input type="checkbox"/> Zonder intentieverklaring <input type="checkbox"/> Anders, nl.: -----

B. Taken (Peildatum 1 jan. 1979) U kunt meerdere mogelijkheden aankruisen

RECHTSPERSOON 1	RECHTSPERSOON 2	ORGANISATIEVORM ZONDER RECHTSPERSOONLIJKHEID
<input type="checkbox"/> Inhoudelijke samenwerking/beleid	<input type="checkbox"/> Inhoudelijke samenwerking/beleid	<input type="checkbox"/> Inhoudelijke samenwerking/beleid
<input type="checkbox"/> Beheer gebouw(en) (ook financieel)	<input type="checkbox"/> Beheer gebouw(en) (ook financieel)	<input type="checkbox"/> Beheer gebouw(en) (ook financieel)
<input type="checkbox"/> Treedt op als hoofdexploitant van het centrum	<input type="checkbox"/> Treedt op als hoofdexploitant van het centrum	<input type="checkbox"/> Andere (financieel) organisatorische taken:
<input type="checkbox"/> Werkgever niet-hulpverl. personeel: (aantal, functie)	<input type="checkbox"/> Werkgever niet-hulpverl. personeel: (aantal, functie)	-----
-----	-----	-----
-----	-----	-----
-----	-----	-----
-----	-----	-----
-----	-----	-----
-----	-----	-----
-----	-----	-----
-----	-----	-----
<input type="checkbox"/> Werkgever hulpverl. personeel: (aantal, functie)	<input type="checkbox"/> Werkgever hulpverl. personeel: (aantal, functie)	-----
-----	-----	-----
-----	-----	-----
-----	-----	-----
-----	-----	-----
-----	-----	-----
-----	-----	-----
<input type="checkbox"/> Andere (financieel) organisatorische taken	<input type="checkbox"/> Andere (financieel) organisatorische taken	-----
-----	-----	-----
-----	-----	-----
-----	-----	-----
-----	-----	-----
-----	-----	-----

OPMERKINGEN/AANVULLINGEN

1.3. Was de juridisch-organisatorische structuur van Uw centrum (t.b.v. meerdere disciplines) op 1 januari 1979 qua aantal, vorm en/of taken van de organisatievorm(en) anders dan per 1 oktober 1983 (zie 1.2.)?

Nee

(DOOR NAAR VRAAG 2)

Ja

Zo ja, wilt U dan in het onderstaande schema de situatie per 1 januari 1979 aangeven?

(N.B. Geringe wijzigingen kunt U aan het eind van het schema invullen onder opmerkingen/aanvullingen.)

A. Rechtsvorm (Peildatum 1 jan. 1979)

RECHTSPERSOON 1	RECHTSPERSOON 2	ORGANISATIEVORM ZONDER RECHTSPERSOONLIJKHEID
<input type="checkbox"/> Stichting <input type="checkbox"/> Vereniging ----- (soort) <input type="checkbox"/> BV <input type="checkbox"/> Anders, nl.: -----	<input type="checkbox"/> Stichting <input type="checkbox"/> Vereniging ----- (soort) <input type="checkbox"/> BV <input type="checkbox"/> Anders, nl.: -----	(Meerdere mogelijkheden per vorm) <input type="checkbox"/> Stuurgroep <input type="checkbox"/> Samenwerkings-overeenkomst <input type="checkbox"/> Intentieverklaring <input type="checkbox"/> Zonder intentieverklaring <input type="checkbox"/> Anders, nl.: -----

B. Taken (Peildatum 1 okt. 1983) U kunt meerdere mogelijkheden aankruisen

RECHTSPERSOON 1	RECHTSPERSOON 2	ORGANISATIEVORM ZONDER RECHTSPERSOONLIJKHEID
<input type="checkbox"/> Inhoudelijke samenwerking/beleid	<input type="checkbox"/> Inhoudelijke samenwerking/beleid	<input type="checkbox"/> Inhoudelijke samenwerking/beleid
<input type="checkbox"/> Beheer gebouw(en) (ook financieel)	<input type="checkbox"/> Beheer gebouw(en) (ook financieel)	<input type="checkbox"/> Beheer gebouw(en) (ook financieel)
<input type="checkbox"/> Treedt op als hoofdexploitant van het centrum	<input type="checkbox"/> Treedt op als hoofdexploitant van het centrum	<input type="checkbox"/> Andere (financieel) organisatorische taken:
<input type="checkbox"/> Werkgever niet-hulpverl. personeel: (aantal, functie)	<input type="checkbox"/> Werkgever niet-hulpverl. personeel: (aantal, functie)	-----
-----	-----	-----
-----	-----	-----
-----	-----	-----
<input type="checkbox"/> Werkgever hulpverl. personeel: (aantal, functie)	<input type="checkbox"/> Werkgever hulpverl. personeel: (aantal, functie)	-----
-----	-----	-----
-----	-----	-----
<input type="checkbox"/> Andere (financieel) organisatorische taken	<input type="checkbox"/> Andere (financieel) organisatorische taken	-----
-----	-----	-----
-----	-----	-----
-----	-----	-----

OPMERKINGEN/AANVULLINGEN

2. EIGENAAR(S) PRAKTIJKPANDEN CENTRUM

2.1. Wie is (zijn) de eigenaar(s) van het praktijkpand (de praktijkpanden)

per 1 januari 1979 en per 1 oktober 1983?

Indien er meerdere eigenaars zijn, kunt U meerdere mogelijkheden aankruisen.

	Per 1 jan. 1979	Per 1 okt. 1983
(Centrum) BV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stichting	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kruisvereniging	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Instelling voor maatschapp. dienstverlening	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ziekenfonds	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gemeente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eén of meerdere v.d. artsen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eén of meerdere v.d. andere disciplines, te weten:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Woningbouwvereniging	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Overige, te weten:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. FINANCIËLE RELATIE TUSSEN DEELNEMERS SAMENWERKINGSVERBAND EN HET CENTRUM

Samenwerken in een gezondheidscentrum heeft voor de deelnemers financiële consequenties. De financiële relatie tussen deelnemers en het centrum is niet overal op dezelfde manier geregeld. Zaken als wie is de eigenaar van het praktijkpand, wie heeft de (centrum-)assistenten in dienst e.d. zullen hierop van invloed zijn. Met de twee volgende open vragen willen wij hier graag een indruk van krijgen, zowel op de peildatum 1 oktober 1983 als op 1 januari 1979. Het is overigens niet de bedoeling hier de financiële relatie tussen hulpverleners van één discipline te beschrijven, maar wél de relatie tussen (niet gedetacheerde) hulpverleners, detacherende instellingen en het centrum.

3.1. Wilt U aan de hand van de volgende themalijst deze relatie(s) kort omschrijven? (Peildatum 1 oktober 1983)

THEMALIJST

Per relatievorm aangeven:

- a) De betrokken disciplines, instellingen, centrum, organisatie.
- b) De onderwerpen, (kosten)posten, waarbij sprake is van financieel verkeer (bijv. niet-hulpverlenend personeel, huisvesting, praktijkkosten, e.d.).
- c) De eventuele grondslagen voor berekening van de hoogte van financiële bijdragen (bijv. m²-sleutel, praktijkkosten, deel ontvangen honoraria, e.d.).
- d) Eventuele andere afspraken inzake garantstelling dekking tekorten v.h. centrum.

(N.B. U hoeft geen bedragen in te vullen)

RUIMTE VOOR OMSCHRIJVING

4. AANGEVRAAGDE EN TOEGEKENDE SUBSIDIES

4.1. Is door het centrum ooit subsidie aangevraagd betreffende 1979, 1980, 1981, 1982 en/of 1983?

Nee

(DOOR NAAR VRAAG 5)

Ja

Zo ja, graag het volgende schema invullen.

SUBSIDIEBRON (-REGELING) ²	JAAR WAARVOOR SUBSIDIE IS TOEGEKEND (Niet het jaar waarin)				
	1979	1980	1981	1982	1983
1. <u>STIMULERINGSREGELING (VOMIL/WVC)</u>					
Aangevraagd → afgewezen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aangevraagd → in behandeling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aangevraagd → toegekend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toegekend bedrag:	f -----	f -----	f -----	f -----	f -----
2. <u>VOORL. RICHTLIJNEN ZF-RAAD (AWBZ)</u>					
Aangevraagd → afgewezen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aangevraagd → in behandeling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aangevraagd → toegekend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toegekend bedrag:	f -----	f -----	f -----	f -----	f -----
3. <u>GEMEENTE</u>					
Aangevraagd → afgewezen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aangevraagd → in behandeling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aangevraagd → toegekend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toegekend bedrag:	f -----	f -----	f -----	f -----	f -----
Doel/aard van de subsidie:	-----	-----	-----	-----	-----
	-----	-----	-----	-----	-----
4. <u>ZIEKENFONDS</u>					
Aangevraagd → afgewezen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aangevraagd → in behandeling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aangevraagd → toegekend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toegekend bedrag:	f -----	f -----	f -----	f -----	f -----
Doel/aard van de subsidie:	-----	-----	-----	-----	-----
	-----	-----	-----	-----	-----

SUBSIDIEBRON (-REGELING)	JAAR WAARVOOR SUBSIDIE IS TOEGEKEND (Niet het jaar waarin)				
	1979	1980	1981	1982	1983
5. <u>DIENST AANVULLENDE CIVIEL-TECHNISCHE WERKEN (DACW)</u> Toegekend bedrag:	f -----	f -----	f -----	f -----	f -----
6. <u>BIJZONDER REGIONAAL WELZIJNSBELEID (BRW)</u> Toegekend bedrag:	f -----	f -----	f -----	f -----	f -----
7. <u>OVERIGE SUBSIDIËNTEN</u> A. ----- Aangevraagd → toegekend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toegekend bedrag:	f -----	f -----	f -----	f -----	f -----
Doel/aard van de subsidie:	-----	-----	-----	-----	-----
B. ----- Aangevraagd → toegekend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toegekend bedrag:	f -----	f -----	f -----	f -----	f -----
Doel/aard van de subsidie:	-----	-----	-----	-----	-----

4.2. Is door het centrum in de periode vóór 1979 of ten behoeve van die periode ooit een aanzienlijke investerings- of exploitatiesubsidie ontvangen (meer dan f 20.000,=), anders dan in het kader van de Stimuleringsregeling of de Voorlopige Richtlijnen van de Ziekenfondsraad (bijv. DACW, BRW, particulier fonds)?

Nee

Ja

Zo ja, kunt U de subsidiebron/regeling, het bedrag en het doel/aard hieronder vermelden?

4.3. Heeft het centrum over enig jaar door derden beschikbaar gestelde andere financiële faciliteiten genoten? (Credietgarantie, goedkope grond of huisvesting, lening tegen gunstige voorwaarden e.d.)

Nee

Ja

Zo ja, kunt U deze faciliteiten naar bron, aard en jaar aangeven?

5. GEBRUIK FINANCIËLE REGELINGEN .
DOOR AFZONDERLIJKE DISCIPLINES

5.1. Wilt U hieronder aankruisen van welke bijzondere financiële regelingen de afzonderlijke disciplines in 1983 en in 1979 gebruik maken (maakten)?

	1983		1979	
	JA	NEE	JA	NEE
HUISARTSEN				
Ontkijking van de pensioenbijdrage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ontkijking van de vaste kosten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Integrale kostenvergoeding (ziekenfondsen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
WIR-regeling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anders, namelijk: -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FYSIOTHERAPEUT(EN)				
Fysiotherapeuten in centrum werkzaam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
WIR-regeling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anders, namelijk: -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VERLOSKUNDIGEN				
Verloskundigen in centrum werkzaam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
WIR-regeling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anders, namelijk: -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OVERIGE DISCIPLINES				
Indien van toepassing per discipline omschrijven	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. OMVANG EN DEKKING VAN EVENTUELE TEKORTEN

6.1. Heeft Uw centrum (niet de afzonderlijke disciplines of participanten) in de periode van 1979 t/m 1982 te maken gehad met exploitatietekorten indien de eventueel verstrekte subsidies op de lasten in mindering zijn gebracht?

n.v.t. o want het centrum kent geen exploiterend rechtspersoon of hoofdexploitant

o anders, namelijk:

Nee

Ja

Zo ja, wilt U in het onderstaande overzicht per jaar de hoogte van het resterende tekort aangeven, alsmede de dekkingswijze (bijvoorbeeld lening, verhoogde bijdrage -één van de- deelnemers samenwerkingsverband, e.d.) en de naar Uw oordeel belangrijkste oorzaak of oorzaken (bijvoorbeeld tegenvallende subsidies e.d.)?

JAAR	HOOGTE VAN HET RESTEREND TEKORT (Na eventuele subsidietoekenning)	DEKKINGSWIJZE	BELANGRIJKSTE OORZAKEN RESTERENDE TEKORTEN
1979	f		
1980	f		
1981	f		
1982	f		

OPMERKINGEN

6.2. Heeft Uw centrum bijzondere problemen ondervonden bij het verkrijgen van leningen?

n.v.t.

Nee

Ja

Zo ja, kunt U die problemen dan kort beschrijven?

6.3. Heeft Uw centrum met liquiditeitsproblemen te kampen gehad?

Nee

Ja

Zo ja, kunt U in het kort de omvang en oorzaak omschrijven?

7. AANWEZIGHEID EN AARD VAN FINANCIËLE PROBLEMEN

Behalve de aanwezigheid van eventuele niet of moeilijk te dekken exploitatietekorten van het centrum, kunnen financiële problemen ook op een andere wijze tot uiting komen. Wilt U aankruisen of en zo ja welke van de onderstaande aspecten als gevolg van financiële factoren in Uw centrum een rol spelen?

7.1. De in de doelstelling van het centrum voorgestane praktijkvoering kan als gevolg van ontoereikende financiële middelen onvoldoende gerealiseerd worden.

Nee, n.v.t.

Ja

Zo ja, kunt U aangeven t.a.v. welke aspecten concessies werden gedaan?

NON-CURATIEVE WERKZAAMHEDEN

Preventieve, consultatieve activiteiten

Voorlichting

Anders, namelijk:

CURATIEVE WERKZAAMHEDEN

Te weinig tijd per patiënt, te grote prakt.betr.h.artsen

Idem, andere disciplines, namelijk:

Te weinig tijd voor samenwerking tussen de teamleden

Te weinig tijd voor samenwerking met externe instell.

Anders, namelijk:

7.2. Als gevolg van ontoereikende financiële middelen:

	JA	NEE
1. Worden de coördinatie- en management-taken onvoldoende gerealiseerd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Kan geen adequate huisvesting worden betrokken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Moeten de niet-gedetacheerde hulpverleners in onevenredige mate het centrum financieel ondersteunen (hebben meer kosten dan in de bruto honoraria verdisconteerd)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zo ja, welke disciplines?	-----	-----
	-----	-----
	-----	-----
	-----	-----
4. Moeten de detacherende instellingen in onevenredige mate het centrum financieel ondersteunen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zo ja, welke instellingen	-----	-----
	-----	-----
	-----	-----
	-----	-----
5. Andere consessies:		

8. BEOORDELING HUIDIGE
FINANCIERINGSSTRUCTUUR EN MOGELIJKHEDEN

8.1. Wilt U in het kort Uw mening geven over de huidige financiële mogelijkheden en de financieringsstructuur van centra met hulpverleners niet in dienstverband? (Subsidiehoogte, subsidieprocedures, subsidievoorwaarden).

8.2. Kunt U, indien er binnen het centrum althans consensus over bestaat, in het kort aangeven welke financieringsstructuur m.b.t. gezondheidscentra U het meest wenselijk acht?

9. OVERWEGINGEN EN PLANNEN

TEN AANZIEN VAN DE KEUZE WEL OF NIET DIENSTVERBAND

9.1. Aan de huidige constructie binnen Uw centrum, waarbij niet-gedetacheerde hulpverleners niet in dienst van het centrum zijn, kunnen zowel principiële/ideële als praktisch/financiële overwegingen (bijv. goodwill-problemen etc.) ten grondslag liggen.

Welke overwegingen speelden bij Uw centrum een rol?

Voornamelijk principiële/ideële overwegingen, namelijk:

Voornamelijk praktisch/financiële overwegingen, namelijk:

Zowel principiële/ideële als praktisch/financiële overwegingen, namelijk:

9.2. Bestaan er momenteel plannen om de huidige niet-dienstverband-situatie om te zetten in een dienstverband-constructie?

Nee

Zo ja, wilt U dan de mate van concretisering kort omschrijven?

Ja

9.3. In maart 1983 heeft de Subcommissie Gezondheidscentra van de Ziekenfondsraad een standpunt bepaald inzake financiële tegemoetkoming aan centra met hulpverleners niet in dienstverband. In bijlage 2 van deze enquête (een onderdeel van een brief van de genoemde subcommissie) wordt dit standpunt uiteengezet.

Overweegt U, gelet deze opstelling, een beroep te doen op een financiële tegemoetkoming in het kader van de Voorlopige Richtlijnen?

Nee

Ja

Zo ja, over welke jaren?

Nog niet bekend

OPMERKINGEN

10. EXPLOITATIEGEGEVENS OVER 1979

Tot slot van deze enquête willen wij U verzoeken het volgende exploitatiemodel betreffende 1979 zo volledig mogelijk in te vullen. Dit model is uitsluitend ontworpen om zicht te krijgen op de exploitatiegegevens van het centrum en niet op de gegevens van de afzonderlijke disciplines (deze laatste gegevens zullen via een aparte bedrijfsverenigingsenquête verzameld worden).

- In een aantal gevallen zal invulling daarom onmogelijk zijn (bijv. in het geval er geen hoofd-exploitant van het centrum is). In dat geval verzoeken wij U dat onder het hoofdje 'opmerkingen' te willen vermelden.
- Een aantal centra beschikt wellicht over een integrale exploitatierekening 1979, waarin zowel jaarcijfers van de exploiterend rechtspersoon als van de afzonderlijke participanten in het centrum geïntegreerd zijn.
Indien U over een dergelijke rekening beschikt, zouden wij het op prijs stellen als U een copie hiervan tezamen met het (ingevulde) enquêteformulier aan ons wilt retourneren.

In bijlage 1 is een toelichting op de in te vullen exploitatierekening opgenomen.

ALGEMENE OPMERKINGEN/TOELICHTING

EXPLOITATIEREKENING GEZONDHEIDSCENTRUM 1979

I LASTEN	Totaal	SPECIFICATIE LASTEN: BIJDRAGE CENTRUM AAN: ²					
		Detacherende inst.	Huisartsen	Fysiotherapeuten	Verloskundigen	Overige disciplines	Overig derden
1. Huisvestingskosten	f						
a) Afschrijving gebouwen	f	f		f		f	f
b) Afschrijving inventaris	f	f		f		f	f
c) Huur	f	f		f		f	f
d) Overige	f	f		f		f	f
	f	f		f		f	f
2. Personeelskosten	f	f		f		f	f
3. Bureau- en organisatiekosten	f	f		f		f	f
4. Financieringskosten	f	f		f		f	f
5. Overige lasten	f	f		f		f	f
TOTAAL	f	f		f		f	f

²Deze lastenspecificatie is dus alleen van toepassing op die centra (exploitanten) die een (exploitatie-)bijdrage aan één of meerdere participanten van het centrum verstreken.

III EXPLOITATIEBIJDRAGEN VAN PARTICIPANTEN AAN CENTRUM

	BIJDRAGE INZAKE:					Totaal
	Huisvestingskosten	Personeelkosten	Bureau/Org.kosten	Financieringskosten	Overige centrumkosten.	
PARTICIPANTEN 1. Detacherende instellingen	f	f	f	f	f	f
2. Huisartsen	f	f	f	f	f	f
3. Fysiotherapeuten	f	f	f	f	f	f
4. Verloskundigen	f	f	f	f	f	f
5. Overige discipl.: -----	f	f	f	f	f	f
TOTAAL	f	f	f	f	f	f

III OVERIGE BATEN: ----- f

IV EXPLOITATIEKORT/-OVERSCHOT: I - (II + III) = f

V SUBSIDIES

1. Stimuleringsregeling samenwerkingsverbanden	f
2. Ziekenfondsraad	f
3. Gemeente	f
4. Overige subsidies	f
5. Nagekomen subsidies voorgaande jaren	f
	f

VI EXPLOITATIERESULTAAT 1979 NA SUBSIDIE TOEKENNING: IV - V = f
(OVERSCHOT/ONGEDEKT TEKORT)

BIJLAGE 1 TOELICHTING OP DE EXPLOITATIEREKENING

I LASTEN/SPECIFICATIE LASTEN

- In de kolom 'totaal' de door de exploitant van het centrum betaalde lasten vermelden (dus excl. de lasten van de afzonderlijke disciplines of detacherende instellingen).
- De onder de specificatie lasten opgenomen kolommen zijn alleen van toepassing indien de centrumexploitant betalingen verricht aan de participanten van het centrum.

Overige huisvestingskosten

Onderhoud, gas, electra, water, schoonmaakkosten.

Personeelskosten

Salarissen, sociale lasten, pensioenpremies, wervingskosten, overige personeelskosten.

Bureau- en organisatiekosten

Administratie, drukwerk, kantoorbehoeften, accountant, belastingen, verzekeringen, bestuurskosten, samenwerkingskosten (begeleiding).

Financieringskosten

Betaalde minus ontvangen rente, leningen, deposito's e.d.

Overige lasten

Lasten van bijzondere, incidentele aard. Indien van belang (meer dan ca. 10 % der totale kosten) graag specificeren.

II EXPLOITATIEBIJDRAGEN VAN PARTICIPANTEN AAN CENTRUM

- De onder 'Bijdrage inzake' opgenomen kolommen eventueel (per subtotaal) met een schatting aangeven.

III OVERIGE BATEN

Baten van bijzondere, incidentele aard. Indien van belang (meer dan ca. 10 % der totale kosten) graag specificeren.

V SUBSIDIES

In de jaarrekening verantwoorde schattingen van subsidies, gebaseerd op regelingen en toezeggingen aan het centrum. De aard van het verantwoorde bedrag vermelden (voorschot, voorlopig toegekend, definitief toegekend). Tevens de herkomst en aard vermelden van de onder 'Overige subsidies' en 'Nagekomen subsidies voorgaande jaren' opgevoerde bedragen.

BIJLAGE 2 — NIET-DIENSTVERBAND-SITUATIE (ONDERDEEL BRIEF SUBCOMMISSIE ZFR)

Multidisciplinaire samenwerkingsverbanden in de eerstelijnsgezondheidszorg - die beschikken over een gezamenlijke huisvesting - met hulpverleners niet in loondienst, die in aanmerking wensen te komen voor een financiële tegemoetkoming in het kader van de Voorlopige Richtlijnen, zullen ook op financieel gebied moeten samenwerken. Deze financiële samenwerking houdt in dat in beginsel de gezamenlijke praktijkkosten door de deelnemende disciplines dienen te worden gedragen. Voor de uit de ziekenfondsverzekering gehonoreerde deelnemers betekent dit dat de krachtens de honoreringsregelingen verkregen vergoedingen voor praktijkkosten, nadat hieruit de door de beroepsbeoefenaren zelf gemaakte kosten zijn betaald, ten goede moeten komen aan het samenwerkingsverband. Ook met de uit de particuliere praktijk verkregen vergoedingen moet op deze manier worden gehandeld. Eerst indien de ontvangen vergoedingen zijn aangewend ten behoeve van de totale praktijkkosten van het samenwerkingsverband, kan een overschot op de vergoedingen als inkomen worden aangemerkt. Zijn de vergoedingen niet toereikend, dan kan voor het tekort een beroep worden gedaan op de Voorlopige Richtlijnen.

Van de detacherende instellingen wordt verwacht dat zij naar rato van het in gebruik zijnde aantal m² in de kosten bijdragen. Een tegemoetkoming krachtens de Voorlopige Richtlijnen kan slechts worden verwacht voor de medewerkers, die vallen binnen de van toepassing zijnde modellen van het Advies van de Subcommissie Accommodatiebeleid.

Dit is het standpunt dat de Subcommissie Gezondheidscentra in haar op 1 maart 1983 gehouden vergadering heeft ingenomen. Eén en ander brengt met zich mee dat alle binnen het samenwerkingsverband werkzame zelfstandigen, voor zover zij meentellen bij de berekening van het subsidie krachtens de Voorlopige Stimuleringsregeling van het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, hun financiële gegevens - die betrekking hebben op hun functioneren binnen het samenwerkingsverband - moeten overleggen, ongeacht of zij als discipline tekorten hebben, waarvoor een beroep wordt gedaan op de Voorlopige Richtlijnen.

VERGELIJKING TUSSEN LOONDIENTINKOMEN EN INKOMEN UIT VRIJ BEROEP

A. BRUTO INKOMEN

Een inkomen uit loondienst is niet zonder meer vergelijkbaar met inkomen uit vrij beroep.

Onlangs is verschenen het rapport van de Werkgroep Inkomens Vrije Beroepsbeoefenaren (W.I.V.B.)* waarin deze verschillen nader zijn geanalyseerd en voor zover mogelijk gewaardeerd.

Voor een opsomming van de geconstateerde verschillen zij naar dit rapport verwezen.

B. INKOMSTENBELASTING

Voor zowel loondienst als vrij beroep geldt naast de toepassing van het belastingtarief een aantal specifieke regelingen.

Deze regelingen kunnen als volgt worden ingedeeld:

- I. Belastingfaciliteiten m.b.t. bepaalde inkomensbestanddelen
- II. Voorschriften m.b.t. aftrekbaarheid van kosten voortvloeiende uit de beroepsuitoefening.
- III. Specifieke faciliteiten bij (vrij beroep) ondernemingen.

Deze drie hoofdgroepen worden hierna nader uitgewerkt:

I. Belastingfaciliteiten m.b.t. bepaalde inkomensbestanddelen:

a. Loondienst

voor een aantal beloningen welke in loondienst worden genoten geldt een vrijstelling voor de heffing van inkomstenbelasting.

De belangrijkste zijn:

1. Geschenken bij jubileum en ontslag		
10 jaar	vrijgestelde uitkering	$\frac{1}{4}$ x maandloon
20 jaar	vrijgestelde uitkering	1 x maandloon
30 jaar	vrijgestelde uitkering	$1\frac{1}{2}$ x maandloon
40 jaar	vrijgestelde uitkering	2 x maandloon

* Uitgave Ministerie Sociale Zaken en Werkgelegenheid mei 1983.

2. Kleine geschenken t.g.v. feestdagen e.d.:
maximaal 5 x f 90,- is f 450,- per jaar.
3. Spaarregelingen: vrijgesteld per spaarjaar f 750,-

b. Vrij beroep

1. Vrijstelling bij beëindiging van het vrije beroep van maximaal f 20.000,- van de bij deze beëindiging boven de boekwaarde behaalde opbrengst.
2. Toepassing van een bijzonder tarief over de winst bij overdracht of staking van het vrije beroep.
Wanneer bijvoorbeeld over het meerdere inkomen normaal 72% belasting verschuldigd is wordt dit bij het bijzonder tarief tot 54% gereduceerd.

In de medische beroepsuitoefening zal de bij de beroepsbeëindiging betaalde meer-opbrengst boven de boekwaarde in belangrijke mate uit opbrengst goodwill bestaan. Voordat op grond van de onderhavige belastingfaciliteit van een voordeel van de vrije beroepsbeoefenaar kan worden gesproken, dient vast te staan dat het risico dat - zeker in deze tijd - bij goodwill-bezit aanwezig is, (nl. dat bij bedrijfsbeëindiging de goodwill een lagere waarde heeft dan destijds is geïnvesteerd) zich niet zal voordoen.

II. Voorschriften m.b.t. aftrekbaarheid van kosten voortvloeiende uit de beroepsuitoefening.

a. Loondienst

1. De werkgever kan de werknemer de kosten die hij ten behoeve van de dienstbetrekking maakt vergoeden. Bepaalde kostenvergoedingen (huis-werkverkeer) zijn op forfaitaire basis geregeld; in het algemeen kan worden gesteld dat de in redelijkheid in verband met de dienstbetrekking te maken kosten aan de werknemer zonder fiscale consequenties kunnen worden vergoed.
2. Wanneer de werkgever alle autokosten vergoed dient de werknemer over 20% van de cataloguswaarde van de auto belasting te betalen.

b. Vrij beroep

1. Alle kosten welke - in redelijkheid - verband houden met de beroepsuitoefening zijn aftrekbaar.

Dit algemene uitgangspunt houdt niet in dat de fiscus alle opgevoerde kosten aanvaardt; toetsing van beroepskosten vindt plaats.

2. Niet alle praktijkkosten worden aan derden betaald. Een duidelijk voorbeeld hiervan zijn de kosten van de in de praktijk van haar man meewerkende echtgenote. Wanneer de echtgenote bijvoorbeeld als dokters- of apothekersassistente werkzaam is in het "bedrijf" van haar echtgenoot is een vergoeding aan haar fiscaal toegestaan.

Deze vergoeding wordt niet functioneel vastgesteld (dus bijv. op basis van het salaris en sociale lasten van een apothekersassistente) maar op grond van het percentage werktijd van de gehuwde vrouw.

Voor 1983 is de fiscale "waardering" van salaris en sociale lasten van de volledig in de praktijk van haar echtgenoot werkzame gehuwde vrouw f 30.196,- (een externe apothekersassistente zou inclusief sociale lasten bij een leftijd van 30 jaar ongeveer 35 mille kosten).

Het staat overigens de echtgenote van een in loondienst werkzame arts vrij eveneens een dienstbetrekking te aanvaarden.

3. Zakelijk verantwoorde kosten welke een privé-karakter hebben zijn niet aftrekbaar. Een voorbeeld hiervan zijn de autokosten van de vrije beroepsbeoefenaar.

Hij dient 20% van de catalogusprijs van de auto bij zijn inkomen als privé-gebruik te tellen.

III. Specifieke faciliteiten bij (vrij beroep) ondernemingen:

Tot deze groep behoren:

1. Wet Investeringsrekening (W.I.R.)

Bij investering in bedrijfsmiddelen (bijv. instrumentarium) wordt een investeringspremie ontvangen (thans als regel 12%).

Deze premie heeft het karakter van een kostprijsvermindering. Wanneer een vrije beroepsbeoefenaar bijv. f 50.000,- bruto investeert betaalt hij - bij 12% W.I.R.-premie - in feite f 44.000,-.

Duidelijk is dat de premie slechts de investering die de vrije beroepsbeoefenaar financiert vermindert; het is geen "cadeau".

2. Vermogensaftrek

De vrije beroepsbeoefenaar moet - in tegenstelling tot zijn collega in loondienst vrij aanzienlijke bedragen in zijn beroepsbeoefening investeren (instrumentarium; vorderingen etc.). Voor deze investering ontvangt hij een fiscale tegemoetkoming in de vorm van een fiscaal aftrekbaar bedrag van 3,25% (1982) resp. 4% (1983) voor het in het bedrijf geïnvesteerde vermogen.

Door deze aftrekmogelijkheid wordt enige vergoeding gegeven voor het feit dat de vrije beroepsbeoefenaar gedwongen is het vermogen dat in een loondienst-situatie door de werkgever wordt betaald zelf te financieren.

3. Fiscale oudedagsreserve

Als compensatie voor de in loondienst mogelijke belastingvrije pensioenreservering is voor het vrije beroep de mogelijkheid geschapen voor een beperkte belastingvrije reservering voor dit doel.

Voor artsen die een beroepspensioenfonds hebben is deze faciliteit niet van toepassing.

4. Stamrechtvrijstelling

Deze vrijstelling houdt in dat een vrije beroepsbeoefenaar bij beëindiging van zijn beroep eventuele meeropbrengsten (goodwill) kan bestemmen voor een (aanvullend) pensioen. Hierdoor wordt de belasting welke anders zou zijn geheven over bijv. de goodwill vervangen door een latere belastingheffing over het pensioen.

COMPUTERMODEL

BIJLAGE III

Inhoudsopgave

Nummer Variabele

Basismodel Gezondheidscentrum

(Dienstverband)

	A 1 t/m AC 16
- Variabele inzake baten	A 4 t/m A 44
- Variabele inzake lasten	A45 t/m A 244
- Specificatie lasten	D 1 t/m D 231
- Berekening subsidie Voorlopige Richtlijnen	G 1 t/m T 252
- Samenvatting exploitatierekening gezondheidscentrum type A (dienst- verband)	X 2 t/m X 62
- Berekening vergelijkingsinkomens bij loondienst (type A)	AA 1 t/m AA 65
- Tabel pensioenpremie (SPH)	AC1 t/m AC 6
- Tabel kosten coörd./management (conform Voorl.Richtlijn)	AC9 t/m AC 16

Basismodel Gezondheidscentrum

(Geen Dienstverband)

	AE1 t/m AE168
- Berekening vergelijkingsinkomens bij geen dienstverband	AA1 t/m AA124

Output model centrum type A (dienst-
verband)

AR1 t/m AR 24

Output model centrum type B1

(semi-dienstverband)

AT51 t/m AT 105

Output model centrum type B2

(semi-dienstverband)

AT 111 t/m AT 165

Output model centrum type C

(niet-dienstverband)

AT 1 t/m AT 43

Toelichting enkele symbolen

$\boxed{:}$

betekent tot en met

$\boxed{/}$

betekent gedeeld door

$\boxed{\text{IF } \dots a > d, \dots b \dots, \dots c.}$

betekent: als a groter is dan d, dan
b veronderstellen, zo niet dan
c veronderstellen (IF, then, else
constructie)

A	B
1. BASISMODEL GEZONDHEIDSCENTRUM A 1983 (DIENSTVERBAND)	
4. VARIABELN INZAKE BATEN	
6. Aantal huisartsen (evt. parttime)	101.91
7. Aantal fulltime (equivalenten) huisartsen	53.37
8. Abonnementstarief ziekenfondspatiënt <1600	23.75
9. Abonnementstarief ziekenf. pat. > 1600	
10. Opbrengst per part. patiënt per consult	
11. Aantal ziekenfondspat. tot 1600 per f.t. huisarts	
12. Aantal ziekenfondspat. >1600 per f.t. huisarts	B11+B12
13. Totaal aantal zf-patiënten per f.t. huisarts	2.2
14. Aantal consulten per part. patiënt	
15. Aantal particuliere patiënten per huisarts	B13+B15
16. Totaal aantal patiënten	6000
17. Overige baten per huisarts	
18. Totaal omzet per huisarts	B 17 + ((B8xB11) + (B9xB12) + (B10xB14xB15))
20. Aantal fysiotherapeuten (evt. parttime)	
21. Aantal fulltime (equivalenten) fysiotherapeuten	0.90
22. Factor voor berekening baten fysiotherapeuten	98222
23. Opbrengst per fysiotherapeut vlg. landelijk hon.reg.	
25. Aantal verloskundigen (evt. parttime)	
26. Aantal fulltime (equivalenten) verloskundigen	99972
27. Factor voor berekening baten verloskundigen	
28. Opbrengst per verloskundige vlg. landelijk hon.reg.	
38. Bijdrage kruisvereniging	(B176/B183) x ((E202-E200) x (B185+B186+B187) x B234 x B233)
39. Bijdrage maats.werk	IF ((B40x5000) < B44, B40 x 5000, B44
40. Aantal fulltime (equivalenten) maats.werkenden	0
41. Aantal fulltime (equivalenten) wijkverplegenden	B7+B21+B31B26+B40+B41+B42
42. Aantal fulltime (equivalenten) overige hulpver.	
43. Totaal aantal f.t. hulpverleners	(B177/B183) x ((E202-E200) + (B185+B186+B187))
44. Hulpveld maats.werk bijdrage	
45. VARIABELN INZAKE LASTEN	

A

- 46. Dagfranchise wao
- 47. Werknemersbijdrage WAO
- 48. Werknemersbijdrage WW
- 49. Werknemersbijdrage ZFW
- 50. Werknemersbijdrage ZW
- 51. Werkgeversbijdrage WAO
- 52. Werkgeversbijdrage WW
- 53. Werkgeversbijdrage ZFW
- 54. Werkgeversbijdrage ZW
- 55. Loongrens ZFW
- 56. Premiegrens WAO
- 57. Premiegrens WW en ZW
- 58. Premiegrens ZFW
- 59. AOW percentage
- 60. AWW percentage
- 61. Premie AKW
- 62. Premie AAW
- 63. Premie AWBZ
- 64. Premie KWL
- 65. Premiegrens AOW etc
- 66. Werkgever PGGM
- 67. Werknemer PGGM
- 68. Franchise wn PGGM
- 69. Salaris per huisarts vlg. schaal incl. aowcomp
- 70. Vakantie-toeslag per huisarts
- 71. Totaal salaris per huisarts
- 72. Werkgever WAO
- 73. Werkgever zw en ww
- 74. Werkgever zfw
- 75. Vergoeding ziektekostenverz. per huisarts
- 76. Pensioenpremie per huisarts
- 77. Inhouding pensioenpremie per huisarts
- 78. Werkgeversbijdrage waarneming per f.t.huisarts
- 79. Werkgeversbijdrage telefoonkosten per f.t.huisarts
- 80. Autokostenvergoeding per f.t. huisarts

B

- 94.00
- 0.182
- 0.041
- 0.049
- 0.01
- 0.0295
- 0.002
- 0.049
- 0.046
- 46550
- 43680
- 68120
- 39520
- 0.1185
- 0.0135
- 0.0475
- 0.0505
- 0.0445
- 0
- 61150
- 0.20
- 0.094
- 22734
- 0.08x B69
- B69+B70
- IF ((B71-B77-260xB46)<B56,B51x(B71-B77-260xB46), B51xB56)
- IF ((B71-B77)<B57,(B52+B54)x(B71-B77),(B52+B54)xB57)
- IF (B71 < B55,IF((B71-B77)<B58,B53x(B71-B77),B53xB58),0)
- F(B74=0,0.04xB71,0)
- LOOKUP (B18,AC2:AC6)
- B 67x (B71-B68)
- 0
- 700
- 8.4xB16x0.516

A

- 82. Salaris per fysiotherapeut vlg.schaal inc.aowcomp
- 83. Vakantietoelag per fysiotherapeut
- 84. Totaal salaris per fysiotherapeut
- 85. Werkgever wao
- 86. Werkgever zw en ww
- 87. Werkgever zfw
- 88. Vergoeding ziektekostenverzekering per fysioth.
- 89. Pensioenpremie per fysiotherapeut
- 90. Inhouding pensioenpremie per fysiotherapeut
- 91. Autokostenvergoeding per fysiotherapeut
- 93. Salaris per verloskundige vlg. schaal inc.aowcomp
- 94. Vakantietoelag per verloskundige
- 95. Totaal salaris per verloskundige
- 96. Werkgever wao
- 97. Werkgever zw en ww
- 98. Werkgever zfw
- 99. Vergoeding ziektekostenverzekering per verlosk.
- 100. Pensioenpremie per verloskundige
- 101. Inhouding pensioenpremie per verloskundige
- 102. Werkgeversbijdrage waarneming per verloskundige
- 103. Werkgeversbijdrage telefoonkosten per verlosk.
- 104. Autokostenvergoeding per verloskundige
- 125. Salaris per f.t. praktijkassistente all-in
- 126. Vacantietoelag per f.t. praktijkassistente
- 127. Totaal salaris per f.t. praktijkassistente
- 128. Werkgever wao
- 129. Werkgever zw en ww
- 130. Werkgever zfw
- 131. Kostenvergoeding per f.t.praaktijkassistente
- 132. Pensioenpremie per f.t. praaktijkassistente
- 133. Inhouding pensioenpremie per f.t.praaktijkass.
- 134. Aantal praaktijkassistentes

B

- 0.08 x B 82
- B82 +B83
- IF((B84-B90-260xB46)<B56,B51x(B84-B90-260xB46),B51xB56)
- IF((B84-B90)<B57,(B52+B54)x(B84-B90),B52+B54)x(B57)
- IF(B84<B55,IF((B84-B90)<B58,B53x(B84-B90),B53xB58),0)
- IF(B87=0,0.04xB84,0)
- B66xB84
- B67x(B84-B68)
- 2910xB22
- 0.08xB93
- B 93+B94
- IF((B95-B101-260xB46).B56,B51x(B95-B101-260xB46),B51xB56)
- IF((B95-B101)<B57,(B52+B54)x(B95-B101),(B52+B54)x(B57)
- IF(B95<B55,IF((B95-B101)<B58,B53x(B95-B101),B53xB58),0)
- IF(B98=0,0.04xB95,0)
- B66xB95
- B 67x(B95-B68)
- 6291
- 369
- 6313xB27
- 0,08xB125
- B 125+B126
- IF((B127-B133-260xB46)<B56,B51x(B127-B133-260xB46)B51xB56)
- IF((B127-B133)<B57,(B52+B54)x(B127-B133),B52+B54)x(B57)
- IF(B127<B55,IF((127-B133)<B58,B53x(B127-B133),B53xB58),0)
- 0
- B 66xB127
- B 67x(B127-B68)
- B 7

A	B
136. Kosten coordinatie/management	LOOKUP (B43,AC10:AC16)
137. Accountantskosten	5000+B43x1000
158. Overige bijkomende personeelskosten in % sal.	0.02
159. Premie aanvullende arbeidsongeschiktheidsverz.in%	.09
160. Terugontvangen ziekengeld in % salaris	0
161. Uitkering aanv.arb.ong.verzekering in% sal.	0
162. <u>Oppevervlakte huisvesting</u>	
163. Norm m ² huisartsen	B7x (40+5)
164. Norm m ² fysiotherapeuten	B 21x (49.5+5)
165. Norm m ² Wijkverpleegkundigen	B41 x (23+5)
166. Norm m ² Maats.werkenden	B40x (20+5)
167. Norm m ² Verloskundigen	B26x (29+5)
170. Norm m ² wachtruimte basismaat	10
171. Norm m ² vergaderruimte basismaat	20
172. Totaal norm m ² netto	SUM (B163:B171)
173. Totaal norm m ² bruto	1.50xB172
174. Werkelijk m ² huisartsen	B 7x (40+5)
175. Werkelijk m ² fysiotherapeuten	B 21x (49.5+5)
176. Werkelijk m ² wijkverpleegkundigen	B 41x (23+5)
177. Werkelijk m ² Maats.werkenden	B 40x (20+5)
178. Werkelijk m ² Verloskundigen	B 26x (29+5)
181. Werkelijk m ² wachtruimte basismaat	10
182. Werkelijk m ² vergaderruimte basismaat	20
183. Totaal werkelijk m ² netto	SUM (B174:B182)
184. Totaal werkelijk m ² bruto	1.50xB183
185. <u>Investering gebouw</u>	B.184x2448.60
186. Investering grond	B184x200x (100/60)
187. Investering verbouwingen	B43x2000
188. Investering inventaris huisartsen	25970xB7
189. Investering inventaris fysiotherapeuten	46509xB21
190. Investering inventaris verloskundigen	16000xB26
191. Investering inventaris apothekers	

B

A

193. Investering inventaris algemeen	B43x1000
194. Investering inventaris totaal	SUM (B188:B193)
195. Afschr. perc. gebouw	0.02
196. Afschr. perc. verbouwingen	0.05
197. Afschr. perc. inventaris	0.10
198. Aantal m ² gehuurd	
199. huurprijs per m ²	
200% Wir-premie gebouw en verbouwingen	0.14+0.05
201% Wir-premie inventaris	0.12+0.05
203. Onderhoud pand per m ²	10.00
204. Schoonmaakkosten pand per m ²	33.74
205. Energie en water per m ²	26.00
206. Overige huisvestingskosten per m ²	3.00
208. <u>Gebruiks/verbruiksartikelen per huisarts</u>	1727 /2500xB16
209. Oriënteringskosten per huisarts	3580
210. Overige praktijkkosten per huisarts	4000
213. Gebruiks/verbruiksartikelen per fysiotherapeut	1800xB22
214. Oriënteringskosten per fysiotherapeut	500
215. Overige praktijkkosten per fysiotherapeut	2000
218. Gebruiks/verbruiksartikelen per verloskundige	5300xB27
219. Oriënteringskosten per verloskundige	1184.00
220. Overige praktijkkosten per verloskundige	3200
230. Buro en huishoudelijke kosten	B 43x1000
231. Samenwerkingskosten en voorlichting	5000+ (B43x500)
232. <u>Bestuurskosten</u>	1500
233. Totaal leningen lang in % vaste activa	0.80
234. Interestpercentage leningen lang	0.085
235. Totaal leningen lang	B233x (B185+B186+B187+B194)
236. Kortlopend financiering t.o.v. omzet	1/12
237. Interestpercentage financiering kort	0.095
238. Rente aanloopkosten	

A

- 239. Goodwill huisartsen
- 240. Goodwill fysiotherapeuten
- 241. Goodwill verloskundigen
- 242. Afschrijvingspercentage goodwill
- 243. Lening goodwill in % goodwill
- 244. Interestpercentage lening goodwill

B

- B7xB18x0.90 (i.v.t)
- B21xB22xB23x0.80 (i.v.t)
- B26xB27B28x0.60 (i.v.t)
- 0.10
- 0.80
- 0.085

D	E
1. <u>SPECIFICATIE LASTEN</u>	
4. <u>Personeelskosten</u>	
6. <u>HULPVERLEENERS</u>	
7. <u>Huisartsen</u>	
9. <u>Salarissen</u>	
10. Vergoeding ziektekostenverzekering	B7xB71
11. Pensioenpremie	B7xB75
12. Inhouding Pensioenpremie	B7xB76
13. Inhouding sociale lasten	B7xB77x-1
14. Wettelijke sociale lasten	B7x((B47/B51)xB72+(B48+B50)/(B52+B54))xB73+(B49/B53)xB74x-1
	B7xSUM(B72:B74)-E13+B7x(IF((B71-B77)<B65,SUM(B61:B64)xB77),
	SUM(B61:B64)xB65)
15. Vergoeding waarneming	B7xB78
16. Vergoeding telefoonkosten	B7xB79
17. Autokostenvergoeding	B7xB80
18. Aanvullende arb.ong.verz.	IF(B71>B57,B159x(B71-B57)xB7,0
19. Terugontvangen ziekengeld e.d.	B160xE9x-1
20. Overige personeelskosten	B158xE9
22.	-----
	SUM(E9:E20)
23. <u>Fysiotherapeuten</u>	=====
25. <u>Salarissen</u>	
26. Vergoeding ziektekostenverzekering	B21xB84
27. Pensioenpremie	B21xB88
28. Inhouding Pensioenpremie	B21xB89
29. Inhouding sociale lasten	B21xB90x-1
30. Wettelijke sociale lasten	B21x((B47/B51xB85+(B48+B50)/(B52+B54))xB86+(B49/B53)xB87x-1
	B21xSUM(B85:B87)-E29+B21xIF((B84-B90)<B65,SUM(B61:B64)xB84-B90),SUM(B61:B64)xB65)
33. Autokostenvergoeding	B21xB91
35. Aanvullende arb.ong.verz.	IF(B84>B57,B159x(B84-B57)xB21,0)
36. Terugontvangen ziekengeld e.d.	B160xE25x1
37. Overige personeelskosten	R158xE25
39.	-----
	SUM(E25:E37)
	=====

D	E
40. <u>Verloskundigen</u>	
42. Salarissen	B26xB95
43. Vergoeding ziektekostenverzekering	B26xB99
44. Pensioenpremie	B26xB100
45. Inhouding Pensioenpremie	B26xB101x-1
46. Inhouding sociale lasten	B26x((B47/B51)xB96+(B48+B50)/(B52+B54))xB97+(B49/B53)xB98x-1
47. Wettelijke sociale lasten	B26xSUM(B96:B98)-E46+B26x(IF((B95-B101)<B65,SUM(B61:B64)x
48. Vergoeding waarneming	(B95-B101),SUM(B61:B64)xB65)
49. Vergoeding telefoonkosten	B26xB102
50. Autokostenvergoeding	B26xB103
52. Aanvallende arb. ong.verz.	B26xB104
53. Terugontvangen ziekengeld e.d.	IF(B95>B57,B159x(B95-B57)xB26,0)
54. Overige personeelskosten	B160xE42x-1
56.	B158xE42

	SUM (E42:E54)
	=====
113. Totaal hulpverleners	E56+E39+E22
	=====
119. <u>Praktijkassistenten</u>	
121. Salarissen	B134xB127
122. Kostenvergoedingen	B134xB131
123. Pensioenpremie	B134xB132
124. Inhouding pensioenpremie	B134xB133-1
125. Inhouding sociale lasten	B134x((B47/B51)xB128+(B48+B50)/(B52+B54))xB129+(B49/B53)x
126. Wettelijke sociale lasten	B130x-1
127. Aanvallende verzekeringen	B134xSUM(B128:B130)-E125+B134x(IF(B127-B133), B65,SUM(B61:B64)x
128. Terugontvangen ziekengeld e.d.	(B127-B133),SUM(B61:B64)xB65)
129. Overige personeelskosten	IF(B127 B57,B159x(B127-B57)xB134,0)
	B160xE121x-1
	B 158xE121

	SUM(E121:E129)
	=====
131.	

E

D

146. Coördinatie en management
 147. -----
 184. TOTAAL OVERIG PERSONEEL
 185. -----
 188. TOTAAL PERSONEELSKOSTEN
 189. =====
 191. HUISVESTINGSKOSTEN
 192. -----
 193. Huur
 194. Afschrijving gebouwen en verb.
 195. Afschrijving inventaris algemeen
 196. Onderhoud pand
 197. Schoonmaakkosten
 198. Energie en water
 199. Overige huisvestingskosten
 200. Afschr. invent. hulpverleners
 201.
 202.
 203. PRAKTIJKKOSTEN excl. afschr. en rente
 204. -----
 205. Huisartsenpraktijk
 206. Fysiotherapeuten
 207. Verloskundigen
 210.
 211.
 212. BURO-EN ORGANISATIEKOSTEN
 213. -----
 214. Buro- en huish.kst. en accountant
 215. Samenwerkingskosten en voorlichting
 216. Bestuurskosten
 217.
 218.

B136
 =====
 E136+E146
 =====
 E184+E113
 =====
 B198xB199
 B195xB185+B187xB196
 B197xB193
 B184xB203
 B184xB204
 B184xB205
 B184xB206
 B197xSUM(B188:192)

 SUM (E193:E200)
 =====
 (B208+B209+B210) xB7
 (B213+B214+B215) xB21
 (B218+219+B220) xB26

 SUM(E205:E209)
 =====
 B230+B137
 B231
 B232

 SUM(E214:E216)
 =====

E

B236xZ28xB237
B235xB234
B238

SUM (E222.E224)
=====

E188+E202+E211+E218+E226
=====

D

FINANCIERINGSKOSTEN

220.
221.
222.
223.
224.
225.
226.
227.

Kort

Lang

Aanloopkosten

TOTALE KOSTEN

=====

G

1. BEREKENING SUBSIDIE VOORLOPIGE RICHTLIJNEN

- 3. AI OVERLEGTIJD HUISARTSEN
- 4. Aantal zf-patienten per arts
- 5. Equiv. part.patientenaantallen
- 6. Totaal aantal patienten en equiv.
- 7. Maximum aantal patienten
- 8. Kleinste aantal patienten
- 9. Berekeningsfactor
- 10. Netto hon. (incl.pens)per zf-patient
- 11. totaal hon.part. per arts
- 12. Overige inkomsten per arts
- 13. Herleid aantal contacten per pat.
- 14. Honorarium per part. consult
- 15. Vergoeding overlegtijd per arts
- 16. Aantal artsen
- 17. Totale subsidie ad A1
- 18.
- 19. A2 OVERLEGTIJD FYSIOTHERAPEUT
- 20. Netto honorarium vlg. landelijke hon. reg.
- 21. Pensioenbijdrage vlg. landelijke hon. reg.
- 22. Totaal netto hon.+pens.vlg. landelijke hon.
- 23. Kosten vlg. landelijke hon.reg.
- 24. Totale hon.vlg. landelijk hon. reg.
- 25. Feitelijk hon.per fysiotherapeut
- 26. Maximale produktie waarover subsidie
- 27. Kleinste van feitelijke en max. prod.
- 28. Factor voor tijdsbesteding
- 32. Vergoeding overlegtijd per fysiotherapeut
- 33. Aantal fysiotherapeuten
- 34. Totaal subsidie ad A2
- 35.
- 36. OVERLEGTIJD VERLOSKUNDIGEN
- 37. Netto honorarium vlg. landelijke hon. reg.
- 38. Pensioenbijdrage vlg. landelijke hon. reg.
- 39. Totaal netto hon.+pens.vlg. landelijke hon.

H

B13
 (H11+H12)/(H13xH14)
 H4+H5
 2210
 IF(H7) > H6,H6,H7)
 0,131
 50.50+10.96
 Y12/B7
 Y13/B7
 4.186
 23.75
 H9xH8xH10
 B7
 H16xH15
 =====
 63244
 3295
 H20+H21
 31683
 H22+H23
 Y16/B21
 90/100xH24
 IF (H26 > H25,H26)
 10/90
 H28x (H27/H24) xH22)
 B21
 H32xH33
 =====
 60690
 3160
 H37+H38

G

- 40. Kosten volgens landelijk hon. reg.
- 41. Totale hon. vlg. landelijk hon. reg.
- 42. Feitelijk hon. per verloskundige
- 43. Maximale produktie waarover subsidie
- 44. Kleinste van feitelijk en max. prod.
- 45. Factor voor tijdsbesteding
- 49. Vergoeding overlegtijd per verloskundige
- 50. Aantal verloskundigen
- 52. Totale subsidie Ad A3
- 53.
- 54. TOTALE SUBSIDIE AD A
- 55. =====

H

- 36122
- H39+H40
- Y18/B26
- 90/100xH41
- IF(H43 H42,H42,H43)
- 10/90
- H45x(H44/H41)xH39
- B26
- H49xH50
- =====
- H17+H34+H52
- =====

G	H	I	J	K
56. <u>Praktijkkosten</u>				
59. <u>Uitsplitsing expl. naar disc.</u>	TOTAAL	HUISARTSEN	FYSIOTH.	VERLOSK.
61. Hulpverleners	SUM(I62:P62)	E9	E25	E42
62. Salaris	SUM(I63:P63)	E10	E26	E43
63. Vergoeding ziektekostenverz.	SUM(I64:P64)	E11+E12	E27+E28	E44+E45
64. Werkgever pensioenpremie	SUM(I65:P65)	E14+E13	E30+E29	E47+E46
65. Werkgever sociale lasten	SUM(I66:P66)	E15		E48
66. Vergoeding waarneming	SUM(I67:P67)	E16		E49
67. Vergoeding telefoon	SUM(I68:P68)	E17	E33	E50
68. Vergoeding auto	SUM(I69:P69)	E18	E35	E52
69. Aanv. arb. ong. verzekering	SUM(I70:P70)	E19	E36	E53
70. Terugontvangen ziekengeld e.d.	SUM(I71:P71)	E20	E37	E54
71. Overige personeelskosten	SUM(I72:P72)			
72. Overige kostenvergoedingen				
76.	SUM(H62:H74)	SUM(I62:I74)	SUM(J62:J74)	SUM(K62:K74)
79. PRAKTIJKASS. EN OVERIG PERS.				
81. Salaris	SUM(I81:P81)	E121		
82. Kostenvergoedingen	SUM(I82:P82)	E122		
83. Werkgever pensioenpremie	SUM(I83:P83)	E123+E124		
84. Werkgever sociale lasten	SUM(I84:P84)	E125+E126		
85. Aanv. arb. ong. verzekering	SUM(I85:P85)	E127		
86. Terugontvangen ziekengeld e.d.	SUM(I86:P86)	E128		
87. Overige personeelskosten	SUM(I87:P87)	E129		
92.	SUM(H81:H87)	SUM(I81:I87)	SUM(J81:J87)	SUM(K81:K87)
94. COORDINATIE EN MANAGEMENT				
96. Totale kosten	SUM(I96:P96)			
105. HUISVESTING				
107. Volgens exploitatie-rek.	E202			
108. Af: afschr. praktijkinventaris	- E200			

G	H	I	J	K
109. Bij: rente lang	E223	B174/B183xH114	B175/B183xH114	B178/B183xH114
114. Te verdelen	SUM(H107:H112) =====	B174/SUM(B174:B180) xP116	B175/SUM(B174:B180) x P116	B178/SUM(B174:B180) xP116
116. Verdeling op basis werk.m ²	SUM(I119:P119)	SUM(I116: I117) =====	SUM(J116:J117) =====	SUM(K116:K117) =====
117. Aandeel basismaat wacht/ verq.ruimte	(PM)	E205	E206	E207
126. PRAKTIJKKOSTEN	SUM(I128:P128)	B188xB197	B189xB197	B190xB197
128. Exp.rek.excl.rente en afsch.	SUM(I129:P129)	Y15/(Z28-Y26)*E222	Y16/(Z28-Y26)*E222	Y18/(Z28-Y26)*E222
129. Bij Afschr.praktijkinv.	SUM(I130:P130)	SUM(I128:I132) =====	SUM(J128:J132) =====	SUM(K128:K132) =====
130. Aand.rente kort(basis = omzet)	SUM(H128:H132) =====	176+192+196+J119+ J134+11	J76+J92+J96+J119+ J134+J1	K76+K92+K96+K119+ K134+K1
134.	SUM(I136:P136) =====	I114+I145 =====	J144+J145 =====	K144+K145 =====
136. BURO-EN ORGANISATIEKOSTEN	H76+H92+H96+H119+H134 H1	Y15 =====	Y16 =====	Y18 =====
144. TOTALE KOSTEN	SUM(I145:P145)	I154-I147 =====	J154-J147 =====	K154-K147 =====
145.AF:Bater maats.werk en wijkv.	H144+H145 =====	SUM(I154:P154) =====	SUM(I158:P158) =====	
147.	SUM(I154:P154) =====	SUM(I158:P158) =====		
154. TOTALE BATEN PER DISCIPLINE	SUM(I158:P158) =====			
158. TEKORT/OVERSCHOT PER DISC.				

G	L	M	P
94. COORDINATIE EN MANAGEMENT			
96. Totale kosten	SUM (I96:P96) =====		E146 =====
105. HUISVESTING			
107. Volgens exploitatierkening	E202		
108. Af: afschr.praktijkinventaris	E200		
109. Bij: rente lang	E223		
114. Te verdelen	SUM(H107:H112) =====		
116. Verdeling op basis werkelijkm	B176/B183xH114	B177/B183xH114	(8181+B182)/B183xH114
117. Aandeel basismaat wacht verg. ruimte	/B176/SUM(B174:B180) xP116	B177/SUM(B174:B180) xP116	SUM(I117:O117)
119.	SUM(L116:L117) =====	SUM(M116:M117) =====	SUM(P116:P117) =====
126. PRAKTIJKKOSTEN			
128. Exp.rek.excl.rente en afschr.	E207		
129. Bij afschr.praktijkinv.	B190xB197		
130. Aandeel rente kort(basis=omz.)	Y18/(Z228-Y26) xE222		
134.	SUM(L128:L132) =====	SUM(M128:M132) =====	SUM(P128:P132) =====
136. BURO-EN ORGANISATIEKOSTEN	SUM(I136:P136) =====		E218 =====
144. TOALE KOSTEN	L76+L92+L96+L119+L134+L136	M76+M92+M96+M119+M134+M136	P76+P92++P96+P119+P134+P136
145. AF:Baten maats.werk en wijkv.	-1xB38	- 1xB39	
147.	L144+L145 =====	M144+M145 =====	P144+P145 =====

<p>G</p> <p>154. TOTALE BATE PER DISCIPLINE</p> <p>158. TEKORT/OVERSCHOT PER DISC.</p>	<p>I</p> <p>Y18</p> <p>=====</p> <p>I.154-I.147</p>	<p>M</p> <p>=====</p> <p>M154-M147</p>	<p>P</p> <p>=====</p> <p>P154-P147</p>
--	---	--	--

Q	R	S
1. <u>AANVAARBAAR EXPLOITATIEKORT VOOR AWBZ SUBSIDIE</u>		
3. Totaal aanvaardbare kosten		W252
4. Totale baten		Z28
6.		S4-S3
7. Subsidies excl. voorl. richtlijnen awbz		<u>Y53+Y55+Y56</u>
9. Aanvaardbaar exploitatiekort		S6+S7
16. <u>BIJDRAGE PRAKTIJKKOSTEN</u>		=====
18. Totale aanvaardbare exploitatiekosten	B38	W252
24. Bijdrage kruisvereniging	B39	
25. Bijdrage maatschappelijk werk	W 6+W14	
26. Salaris huisartsen minus zg.	W9+W7+W13	
27. Sociale lasten huisartsen incl. zkv en aov	W8	
28. Pensioenpremie huisartsen	W89+W97	
29. Salaris fysiotherapeuten minus zg	W90+W92+W96	
30. Sociale lasten fysiotherapeuten incl. zkv e	W91	
31. Pensioenpremie fysiotherapeuten	W156+W164	
32. Salaris verloskundige minus zg.	W157+W159+W163	
33. Sociale lasten verloskundigen incl. zkv en	W158	
34. Pensioenpremie verloskundigen		SUM (R24:R41)
43.		S18-S43
45.		
47. Via honoraria ontvangen vergoeding praktijkkosten		
48. - huisartsen	B7x (B11x40.45+B12x2.87+H45.x45)	
49. - fysiotherapeuten	0.32xY16	
50. - verloskundigen	0.36xY18	
54.		SUM (R48:R52)

Q

- 57. Bijdrage praktijkkosten bij volle bezetting
- 58. = Correctie onderbezetting huisartsen
- 59. -Correctie onderbezetting fysiotherapeuten
- 60. -Correctie onderbezetting verloskundigen
- 64.
- 71. SUBSIDIE VOORLOPIGE RICHTLIJNEN
- 73. A. Aanvaardbaar exploitatietekort
- 75. B. Bijdrage netto honorering huisartsen
- 76. Bijdrage netto honorering fysiotherapeuten
- 77. Bijdrage verloskundigen
- 79. Bijdrage praktijkkosten
- 81.
- 83. Totale subsidie awbz (laagste)
van A en B)

R

S

S45-S54
 IF (H46<2000,-1*(W244-R26-R27
 R28-R48) xH6/2000,0)
 IF (Y16/B21<0,90xB23,-1xW25-
 R29-R30-R31-R49) xY16/B21/
 (0,90xB23),0)
 IF (Y18/B26<0.90xB28,-1x(W246-
 R32-R33-R34-R50) xY18/B26/(0.90
 xB28).0)
 =====
 SUM(S57:S62)
 =====
 -S9
 =====
 H17
 H34
 H52
 IF (S64<0,S64)
 =====
 SUM(S75:S79)
 =====
 IF (S73<0,0,IF (S73<S81,S73,S81))
 =====

T	U	V	W
1. <u>BEREKENING AANVAARBARE EXP.K.</u>			
3. Huisartsen	MAXIMAAL	WERKELIJK	LAAGSTE
6. Salaris en vt	B7x12x8650.00x1.08	162	IF (V6<U6,V6,U6)
7. Vergoeding ziektekostenverz.	E10	163	IF (V7<U7,V7,U7)
8. Werkgever pensioenpremie	(LOOKUP (B18,AC2,:AC6)) x xB7-B67x (V6-B7xB68)	164	IF (V8<U8,V8,U8)
9. Werkgever sociale lasten	165/162xU6	165	IF (V9<U9,V9,U9)
10. Vergoeding waarneming	B7x9331	166	IF (V10<U10,V10,U10)
11. Vergoeding telefoon	B7x1386	167	IF (V11<U11,V11,U11)
12. Vergoeding auto	B7x8.4xB16x0.516	168	IF (V12<U12,V12,U12)
13. Aanv.arb.ong. verzekering	E18	169	IF (V13<U13,V13,U13)
14. Terugontvangen ziekengeld e.d.	E19	170	IF (V14<U14,V14,U14)
15. Overige personeelskosten	E20	171	IF (V15<U15,V15,U15)
16. Overige kostenvergoedingen		172	IF (V16<U16,V16,U16)
21.	SUM (U16:U19) =====	SUM (V6:V19) =====	SUM (W6:W19) =====
24. Praktijkassistenten huisarts.			
26. Salaris en vt	B7x3109x1.08x12	181	IF (V26<U26,V26,U26)
27. Kostenvergoedingen	E122	182	IF (V27<U27,V27,U27)
28. Werkgever pensioenpremie	B66xU26-B67x (U26-B7xB68)	183	IF (V28<U28,V28,U28)
29. Werkgever sociale lasten	I84/I81xU26	184	IF (V29<U29,V29,U29)
30. Aanv.arb.ong.verzekering	E127/B134xB7	185	IF (V30<U30,V30,U30)
31. Terugontvangen ziekengeld e.d.	E128/B134xB7	186	IF (V31<U31,V31,U31)
32. Overige personeelskosten	E129/B134xB7	187	IF (V32<U32,V32,U32)
37.	SUM (U26 :U35) =====	SUM (V26:V35) =====	SUM (W26:W35) =====

T	U	V	W
40. Huisvesting			
42. Huur			
43. Afschrijving gebouwen en verb.			
44. Afschrijving inventaris alg.			
45. Onderhoud pand			
46. Schoonmaakkosten			
47. Energie en water			
48. Overige huisvestingskosten			
49. Rente lang			
59. Totaal huisvesting huisarts.	B163/B174xV59	I119	IF (V59<U59, V59, U59)
65. Praktijkkosten			
67. Gebruiks- en verbruiksart.	B7x1727/2500xB16	B7xB208	IF (V67<U67, V67, U67)
68. Oriënteringskosten	B7x3580	B7xB209	IF (V68<U68, V68, U68)
69. Overige praktijkkosten	B7x4594	B7xB210	IF (V69<U69, V69, U69)
70. Afschrijving praktijkinvent.	B188x0.10	I129	IF (V70<U70, V70, U70)
71. Rente kort	B7x8192	I130	IF (V71 U71, V71, U71)
73. Totale praktijkkosten	<u>SUM (U67:U71)</u>	<u>SUM (V67:V71)</u>	<u>SUM (W67:W71)</u>
77. Totale kosten huisartsen		V21+V37+V73+V59	W73+W59+W37+W21
87. Fysiotherapeuten	MAXIMAAL	WERKELIJK	LAAGSTE
89. Salaris en vt	B21x12x4155.48x1.08	J62	IF (V89<U89, V89, U89)
90. Vergoeding ziektekostenverz.	E26	J63	IF (V90<U90, V90, U90)
91. Werkgever pensioenpremie	B66xU89-B67x (U89-B21xB68)	J64	IF (V91<U91, V91, U91)
92. Werkgever sociale lasten	J65/J62xU89	J65	IF (V92<U92, V92, U92)
93. Vergoeding waarneming	0	J66	IF (V93<U93, V93, U93)
94. Vergoeding telefoon	0	J67	IF (V94<U94, V94, U94)
95. Vergoeding auto	B21x2910xB22	J68	IF (V95<U95, V95, U95)
96. Aanv. arb.ong.verzekering	E35	J69	IF (V96<U96, V96, U96)
97. Terug ontvangen ziekengeld e.d	E36	J70	IF (V97<U97, V97, U97)
98. Overige personeelskosten	E37	J71	IF (V98<U98, V98, U98)

T	U	V	W
99. Overige kostenvergoeding	O	J72	IF (V99<U99, V99, U99)
103.	SUM(189:U101)	SUM (V89 :V101)	SUM (W89 :W101)
106. Huisvesting			
108. Huur			
109. Afschrijving-gebouwen en verb.			
110. Afschrijving invent.alg.			
111. Onderhoud pand			
112. Schoonmaakkosten			
113. Energie en en water			
114. Overige huisvestingskosten			
115. Rente lang			
125. Totaal huisv.fys.th.	B164/B175xV125	J119	IF (V125<U125, V125, U125)
127. Praktijkkosten			
129. Gebruiks- en verbruiksart.	B21xB1800xB22	B21xB213	IF (V129<U129, V129, U129)
130. Oriënteringskosten	B21x500	B21xB214	IF (V130<U130, V130, U130)
131. Overige praktijkkosten	B21x2000	B21xB215	IF (V131<U131, V131, U131)
132. Afschrijving praktijkinvent.	O.10xB189	J129	IF (V132<U132, V132, U132)
133. Rente kort	B21x4082	J130	IF (V133<U133, V133, U133)
137. Totaal prakt.fysioth.	SUM(U129:U135)	SUM (V129 :V135)	SUM (W129 :W135)
145. Totale kosten fysioth.	U130+U152+U137	V103+V125+V137	W103+W125+W137

T	U	V	W
153. VERLOSKUNDIGEN	MAXIMAAL	WERKELIJK	LAAGSTE
156. Salaris en vt	B26x12x4155x48x1.08	K62	IF (V156<U156, V156, U156)
157. Vergoeding ziektekostenverz.	E43	K63	IF (V157<U157, V157, U157)
158. Werkgever pensioenpremie	B66xU156-B67x (U156-B26xB68)	K64	IF (V158<U158, V158, U158)
159. Werkgever sociale lasten	K65/K62xU156	K65	IF (V159<U159, V159, U159)
160. Vergoeding waarneming	B26x6291	K66	IF (V160<U160, V160, V160)
161. Vergoeding telefoon	B26x369	K67	IF (V161<U161, V161, U161)
162. Vergoeding auto	B26x6313xB27	K68	IF (V162<U162, V162, U162)
163. Aanv. arb. ong. verzekering	E52	K69	IF (V163<U163, V163, U163)
164. Terugontvangen ziekengeld e.d.	E53	K70	IF (V164<U164, V164, V164)
165. Overige personeelskosten	E54	K71	IF (V165<U165, V165, V165)
166. Overige kostenvergoedingen	0	K72	IF (V166<U166, V166, V166)
170.	SUM (U156:U168)	SUM (V156:V168)	SUM (W156:W168)
173. Huisvesting			
175. Huur			
176. Afschrijving gebouwen en verb.			
177. Afschrijving inventaris alg.			
178. Onderhoud pand			
179. Schoonmaakkosten			
180. Energie en water			
181. Overige huisvestingskosten			
182. Rente lang			
192. <u>Totaal huishv.verloesk.</u>	B167/B178xV192	K119	IF (V192<U192, V192, U192)
194. Praktijkkosten			
196. Gebruiks- en verbruiksart.	B26x5300xB27	B26+B218	IF (V196<U196, V196, U196)
197. Oriënteringskosten	B26x1184	B26+B219	IF (V197<U197, V197, U197)
198. Overige praktijkkosten	B26x3200	B26+B220	IF (V198<U198, V198, U198)

T	U	V	W
199. Afschrijving praktijkinvent.	0.10xB190	K129	IF (V199<U199,V199,U199)
200. Rente kort	B26x2728	K130	IF (V200<U200,V200,U200)
204. Totaal praktijkk.verlosk.	SUM (U196:U202)	SUM (V196:V202)	SUM (W196:W202)
212. Totale kosten verloskundigen	U170+U192+U204	V170+V192+V204	W170+W192+W204
215 KRUISVERENIGING EN MAATSCH.W			
216. Aandeel kosten kruisver.	L119	L119	IF (V216<U216,V261,U216)
217. Aandeel kosten maatsch.werk	M119	M119	IF (V217<U217,V217,U217)
219. Totaal aandeel kruisv.+m.w.	SUM (U216:U217)	SUM (V216:V217)	SUM (W216:W217)
233. ALGEMEEN CENTRUM			
235. Coördinatie en management	LOOKUP (B43,AC10:AC16)	E146	IF (V235<U235,V235,U235)
236. Accountantskosten	B137	B137	IF (V236<U236,V236,U236)
237. Buro- en huishoudelijke kst.	E214-B137	E214-B137	IF (V237<U237,V237,U237)
238. Samenwerkingskosten en voorl.	E215	E215	IF (V238<U238,V238,U238)
239. Bestuurskosten	E216	E216	IF (V239<U239,V239,U239)
241. Totaal alg. centrum	SUM (U235:U239)	SUM (V235:V239)	SUM (W235:W239)
243. TOTALE EXPLOITATIE-KOSTEN			
244. Huisartsen		V77	W77
245. Fysiotherapeuten		V145	W145
246. Verloskundigen		V212	W212
247. Maatsch. werk en wijkverpl.		V219	W219
248. Algemeen centrum		V241	W241
252.		SUM (V244:V250)	SUM (W244:W250)

X
2. BASISMODEL GEZONDHEIDSCENTRUM TYPE A (hulpverl.
in dienstverband

5. EXPLOITATIETREKENING GEZONDHEIDSCENTRUM

7. BATEN (I)

9. Huisartsen

10. Ziekenfondsen

12. Particulieren

13. Overige

15. Totaal huisartsen

16. Fysiotherapeuten

18. Verloskundigen

26. Overige baten

28. Totaal

30. LASTEN (II)

32. Personeelskosten

34. Hulpverleners

35. Overig personeel

37. Huisvestingskosten

39. Praktijkkosten

41. Bureau- en organisatie-kosten

43. Financieringskosten

44.

47. EXPLOITATIEKORT/OVERSCHOT

49. Afschrijving en rente goodwill

51. SUBSIDIES (IV)

53. Stimuleringsregeling WVC

54. Voorlopige richtlijnen AWBZ

55. Gemeente

56. Overige subsidies

Y

B7x (B11xB8+B12xB9)
B14xB15xB10xB7
B7xB17

SUM (Y11:Y13)

B21xB22xB23

B26xB27xB28

B38+B39

SUM (Y15:Y26)

E113

E184

E202

E211

E218

E266

SUM (Y34:Y43)

Z28-Z44

B242x (B239+B240+B241) +B243x
(B239+B240+B241) xB244

Z47-Z49

B43x7500

IF (Y53=0,0,S84)

0

0

Z

X

- 58. Totaal subsidies
- 60. EXPLOITATIE-TEKORT/OVERSCHOT
- 61. SUBSIDIES (V)
- 62. -----

Y

Z

SUM (Y53:Y56)

Z51+Z58

=====

AA

1. BEREKENING "VERGELIJKINGSINKOMEN" bij loondienst
3. HUISARTS
4. Bruto salaris all in
5. Bij werkgeversbijdragen inzake
6. WAO
7. WW en ZW
9. zfw
10. Akw, aaw, awbz, (en kwI)
11. Pensioenpremie
12. Ziektelastenverzekering
13. Aanvullende ziektegeldverz. e.d.
19. Totaal "Vergelijkingsinkomen"
23. BEREKENING "VERGELIJKINGSINKOMEN" FYSIOTH.
26. Bruto salaris all in
27. Bij werkgeversbijdragen inzake
28. WAO
29. WW en ZW
31. ZFW
32. AKW, AAW, AWBZ (en kwI)
33. Pensioenpremie
34. Ziektelastenverzekering
35. Aanvullende ziektegeldverz. e.d.
41. Totaal "Vergelijkingsinkomen"
47. BEREKENING "VERGELIJKINGSINKOMEN" VERLOSK.
50. Bruto salaris all in
51. Bij: werkgeversbijdrage inzake
52. WAO
53. WW en ZW
55. ZFW
56. AKW, AAW, AWBZ (en kwI)
57. Pensioenpremie
58. Ziektelastenverzekering

AB

B71

B72

B73

B74

IF (AB4-B77) < B65, SUM (61:B64) x (AB4-B77), SUM (B61-B64) x B65)

B76-B77

B75

E18/B7

=====
SUM (AB4:AB17)
 =====

B84

B85

B86

B87

IF ((AB26-B90) < B65, SUM (B61:B64) x (AB26-B90), SUM (B61:B64) x B65)

B89-B90

B88

E35/B21

SUM (AB26:AB39)

=====
 B95

B96

B97

B98

F ((AB50-B101) < B65, SUM (B61:B64) x (AB50-B101), SUM (B61:B64) x B65)

B100-B101

B99

AA

- 59. Aanvullende ziekengeldverz..e.d.
- 65. Totaal "VERGELIJKINGSINKOMEN"

AB

E52/B126

SUM (AB50:AB63)
=====

AC

1. Tabel pensioenpremie

- 2. 0
- 3. 46500
- 4. 93000
- 5. 139500
- 6. 18600

9. Tabel kst. coord. management

- 10. 0
- 11. 5
- 12. 7.5
- 13. 10.0
- 14. 12.5
- 15. 15.0
- 16. 17.5

AD

- 7310
- 14620
- 21930
- 29240
- 36550

- 30500
- 46000
- 61500
- 76500
- 92000
- 107.000
- 122.500

AE	AF	AG	AH	AI
1. BASISMODEL GEZONDHEIDSCENTR. 1983 NIET DIENSTVERBAND PAND EIGENDOM PARTICIPANTEN m ² SLEUTEL	TOTAAL	HUISARTSEN	FYSIOTHERAPEUT	VERLOSKUNIGEN
4. RESULTATEN PER DISCIPLINE				
6. LASTEN				
9. PRAKTIJKASS.OVERIG PERSONEEL 11. Salaris 12. Kostenvergoedingen 13. Werkgever pensioenpremie 14. Werkgever sociale lasten 15. Aanv. arb. onq. verzekering 16. Terugontvangen ziekengeld e.d 17. Overige personeelskosten	SUM (AG11:AN11) SUM (AG12:AN12) SUM (AG13:AN13) SUM (AG14:AN14) SUM (AG15:AN15) SUM (AG16:AN16) SUM (AG17:AN17)	I81 I82 I83 I84 I85 I86 I87	J81 J82 J83 J84 J85 J86 J87	K81 K82 K83 K84 K85 K86 K87
22.	SUM (AF11:AF20)	SUM (AG11:AG20)	SUM (AH11:AH20)	(SUM (AI11:A120))
26. COORDINATIE EN MANAGEMENT	H96	B7x2194	B21x1196	B26x800
28. Totale kosten	SUM (AG29:AN29)	AG28+AG29	AH28+AH29	A128+A129
29. Administratie-kosten	AF28+AF29	B174/(B183-B181-B182) B174/(B183-B181-B182) xAF40	B174/(B183-B181-B182) xAF40	B178/(B183-B181-B182) xAF40
31.	E193 E194	E174/(B183-B181-B182) xAF40	B174/(B183-B181-B182) xAF40	B178/(B183-B181-B182) xAF40
37. HUISVESTINGSKOSTEN	E193 E194	E174/(B183-B181-B182) xAF40	B174/(B183-B181-B182) xAF40	B178/(B183-B181-B182) xAF40
39. HUUR	E193 E194	E174/(B183-B181-B182) xAF40	B174/(B183-B181-B182) xAF40	B178/(B183-B181-B182) xAF40
40. Afschrijving gebouwen en verb.	E193 E194	E174/(B183-B181-B182) xAF40	B174/(B183-B181-B182) xAF40	B178/(B183-B181-B182) xAF40

AE	AF	AG	AH	AI
41. Afschrijving inventaris alg.	E195	I129	J129	K129
42. Onderhoud pand	E196	SUM (AG39:AG46)	SUM (AH39:AH46)	SUM (A139:A146)
43. Schoonmaakkosten	E197	=====	=====	=====
44. Energie en water	E198	I128	J128	K128
45. Overige huisvestingskosten	E199	B7 / (B43-B40-B41) x (AF71-3000)	B21 / (B43-B40-B41) x (AF71-3000)	B26 / (B43-B40-B41) x (AF71-3000)
46. Afschr.invent.hulpverl.	E200	SUM (AG70-AG74)	SUM (AH70-AH74)	SUM (A170:A174)
48.	SUM (AG48:AN48)	=====	=====	=====
54. PRAKTIJKKOSTEN	SUM (AG63:AN63)	I130	J130	K130
56. Gebruiks- en verbruiksart.	E214-B137	G40 / SUM (AG40:AN40) x	AH40 / SUM (AG40:AN40)	A140 / SUM (AG40:AN40) x
57. Oriënteringskosten	B137	AF83	XAF83	AF83
58. Overige praktijkkosten	E215	SUM (AG70-AG74)	SUM (AH70-AH74)	SUM (A170:A174)
59.	E216	=====	=====	=====
60.	SUM (AF70-AF74)	=====	=====	=====
61.	H130	I130	J130	K130
62.	E223	G40 / SUM (AG40:AN40) x	AH40 / SUM (AG40:AN40)	A140 / SUM (AG40:AN40) x
63. Totaal	SUM (AF70-AF74)	AF83	XAF83	AF83
68. BURO-EN ORGANISATIEKOSTEN	E215	SUM (AG70-AG74)	SUM (AH70-AH74)	SUM (A170:A174)
70. Buro- en huishoudelijke kst.	E216	=====	=====	=====
71. Accountantskosten	SUM (AF70-AF74)	=====	=====	=====
72. Samenwerkingskosten en voorl.	H130	I130	J130	K130
73. Bestuurskosten	E223	G40 / SUM (AG40:AN40) x	AH40 / SUM (AG40:AN40)	A140 / SUM (AG40:AN40) x
76.	SUM (AF70-AF74)	AF83	XAF83	AF83
80. FINANCIERINGSKOSTEN	H130	I130	J130	K130
82. Kort	E223	G40 / SUM (AG40:AN40) x	AH40 / SUM (AG40:AN40)	A140 / SUM (AG40:AN40) x
83. Lang (verdeling m²)	SUM (AF70-AF74)	AF83	XAF83	AF83
84. Aanloopkosten	=====	=====	=====	=====

87.		SUM (AF82:AF85) =====	SUM (AG82:AG85) =====	SUM (AH82:AH85) =====	SUM (AI82:AI85) =====
96.	SUBTOTAAL	AF22+AF31+AF48+AF63+ AF76+A87	AG22+AG31+AG48+AG63+ AG76+AG87	AH22+AH31+AH48+AH63 AH67+AH76+AH87	A122+A131+A148+A163+ A176+A187
98.	Aanvulling kosten hulpverl.:				
99.	Pensioenpremie	SUM (AG99:AM99)	E11	E27	E44
100.	Waarneming	SUM (AG100:AM100)	E15		E48
101.	Telefoon	SUM (AG101:AM101)	E16		E49
102.	Autokosten	SUM (AG102:AM102)	E17		E50
103.	Overige personeelskosten	SUM (AG103:AM103)	E20		E54
115.	TOTAAL KOSTEN	SUM (AF99:AF113)+AF96 =====	SUM (AG99:AG113)+AG96 =====	SUM (AH99:AH113)+AH96 =====	SUM (AI99:AI113)+AI96 =====
117.	KOSTENDOORBELASTING DOOR PARTICIPANTEN				
119.	Huur vergaderruimte				
130.	KOSTENDOORBELASTING DOOR CENTRUM				
149.	OPBRENGSTEN HONORARIA				
151.	Netto-honorarium +pensioend.-	SUM (AG151:AM151)	AG153-AG152	AH153-AH152	AI153-AI152
152.	Kostendeel	SUM (AG152:AM152)	R48	R49	R50
153.	Totaal	AF151+AF152 =====	Y15 =====	Y16 =====	Y18 =====
159.	SUBSIDIES				
161.	Stimuleringsregeling WVC				
162.	Voorlopige richtlijnenAWBZ				

AE	AF	AG	AH	AI
166. VRIJVAJ, WIRPREMIE	SUM(AG166:AM166) =====	B200xAG40+B201xAG46 =====	B200xAH40xB201xAH46 =====	B200xAI40B201xAI46 =====
168. LAGERE RENTE I.V.M.WIR-PREMIE	SUM(AG168:AM168) =====	B200:AG83 =====	B200xAH83 =====	B200xAI83 =====

AE	AK	AN
1. BASISMODEL GEZONDHEIDSCENTRA 1983 NIET DIENSTVERBAND PAND EIGENDOM PARTICIPANTEN (m ² -SLEUTEL)		
4. RESULTATEN PER DISCIPLINE		
6. LASTEN		
9. PRAKTIJKASSISTENTEN EN OVERIG PERSONEEL		
11. Salaris	M81	P81
12. Kostenvergoedingen	M82	P82
13. Werkgever pensioenpremie	M83	P83
14. Werkgever sociale lasten	M84	P84
15. Aanv. arb. ong. verzekering	M85	P85
16. Terugontvangen ziekengeld e.d.	M86	P86
17. Overige personeelskosten	M87	P87
22.	SUM (AK11 :AK20)	SUM (AN11 :AN20)
26. COORDINATIE EN MANAGEMENT		
28. Totale kosten		P96
29. Administratie-kosten		SUM (AG29 :AM29)
31.	AK28+AK29	AN28+AN29
37. HUISVESTINGSKOSTEN		
39. Huur		
40. Afschrijving gebouwen en verb.		
41. Afschrijving inventaris algemeen	76+B177) / (B183-B181-B182) xAF40	AF41
42. Onderhoud pand		AF42
43. Schoonmaakkosten		AF43
44. Energie en water		AF44
45. Overige huisvestingskosten		AF45

AE	AK	AN
46. Afschr. invent. hulpverleners	M129	P129
48.	SUM (AK39:AK46) =====	SUM (AN39:AN46) =====
54. PRAKTIJKKOSTEN	M128	P128
56. Gebruiks- en verbruiksartikelen	M128	P128
57. Oriënteringskosten	M128	P128
58. Overige praktijkkosten	M128	P128
63. Totaal	M128	P128
68. BURO-EN ORGANISATIE-KOSTEN	SUM (AK70:AK74) =====	SUM (AN70:AN74) =====
70. Buro- en huishoudelijke kosten	SUM (AK70:AK74)	SUM (AN70:AN74)
71. Accountantskosten	SUM (AK70:AK74)	SUM (AN70:AN74)
72. Samenwerkingskosten en voorlichting	SUM (AK70:AK74)	SUM (AN70:AN74)
73. Bestuurskosten	SUM (AK70:AK74)	SUM (AN70:AN74)
76.	SUM (AK70:AK74)	SUM (AN70:AN74)
80. FINANCIERINGSKOSTEN	M30	P130
82. Kort	M30	P130
83. Lang (verdeling m ²)	AK40/SUM (AG40:AN40) xAf83	AN40 .SUN (AG40:AN40) xAF83
84. Aanloopkosten	AK40/SUM (AG40:AN40) xAf83	AN40 .SUN (AG40:AN40) xAF83
85.	AK40/SUM (AG40:AN40) xAf83	AN40 .SUN (AG40:AN40) xAF83
86.	AK40/SUM (AG40:AN40) xAf83	AN40 .SUN (AG40:AN40) xAF83
96. SUBTOTAAL	SUM (AK82:AK85) =====	SUM (AN82:AN85) =====
98. Aanvulling kosten hulpverleners:	AK22+AK31+AK48+AK63+AK76+AK87	AN22+AN31+AN48+AN63+AN76+AN87
99. Pensioenpremie	AK22+AK31+AK48+AK63+AK76+AK87	AN22+AN31+AN48+AN63+AN76+AN87
100. Waarneming	AK22+AK31+AK48+AK63+AK76+AK87	AN22+AN31+AN48+AN63+AN76+AN87
101. Telefoon	AK22+AK31+AK48+AK63+AK76+AK87	AN22+AN31+AN48+AN63+AN76+AN87
102. Autokosten	AK22+AK31+AK48+AK63+AK76+AK87	AN22+AN31+AN48+AN63+AN76+AN87

AE	AK	AN
103. Overige personeelskosten		
115. TOTAAL KOSTEN	<u>SUM (AK99 : AK113) + AK96</u> =====	<u>SUM (AN99 : AN113+AN96)</u> =====
117. KOSTENDOORBELASTING DOOR PARTICIPANTEN		
119. Huur vergaderruimte		
130. KOSTENDOORBELASTING DOOR CENTRUM		
149. OPBRENGSTEN HONORARIA		
151. Netto-honorarium+Pensioendeel		
152. Kostendeel		
153. Totaal		
159. SUBSIDIES		
161. Stimuleringsregeling WVC		
162. Voorlopige richtlijnen AWBZ		
166. VRIJVAL WIRPREMIE		
168. <u>LAGERE RENTE I.V.M. WIR-PREMIE</u>		

AA	AP	AQ
<p>1. <u>BEREKENING VERGELIJKINGSINKOMEN</u> <u>NIET IN LOONDIENTST</u></p>		
<p>4. HUISARTS 5. Totale omzet 6. Kosten 7. Praktijkassistenten en overig personeel 8. Administratie 9. Huisvesting en afschrijving 10. Praktijkkosten 11. Bureaukosten 12. Financieringskosten</p>	<p>AG22/B7 AG31/B7 AG48/B7 AG63/B7 AG76/B7 AG87/B7</p>	<p>Y15/B7</p>
<p>14. 15. Waarneming 16. Telefoon 17. Autokosten 18. Overige personeelskosten</p>	<p>SUM (AP7:AP12) AG100/B7 AG101/B7 AG102/B7 AG103/B7</p>	
<p>22. 23. Kostendoorbelasting aan centrum 24. Kostendoorbelasting door centrum</p>	<p>SUM (AP14:AP20) AG132/B7</p>	<p>SUM (AP22:AP24)</p>
<p>26 28. 29. Vrijval wir-premie 30. Lagere rente i.v.m. wir-premie</p>		<p>AQ5-AQ26 AG166/B7 AG168/B7</p>
<p>32. 33. Afschrijving goodwill 34. Rente lening goodwill</p>	<p>B242xB239/B7 B243xB239/B7xB244</p>	<p>SUM (AQ28:AQ30)</p>
<p>36. 42. VERGELIJKINGSINKOMEN HUISARTS</p>		<p>SUM (AP33:AP34)</p>
		<p>AQ32-AQ36 =====</p>

AA	AP	AQ
45. FYSIOTHERAPEUT		
46. Totale omzet		Y16/B21
47. Kosten		
48. Praktijkassistenten en overig personeel	AH22/B21	
49. Administratie	AH31/B21	
50. Huisvesting en afschrijving	AH48/B21	
51. Praktijkkosten	AH63/B21	
52. Bureaunkosten	AH76/B21	
53. Fiancieringskosten	AH87/B21	
55.	SUM(AP48:AP53)	
56. Waarneming	AH100/B21	
57. Telefoon	AH101/B21	
58. Autokosten	AH102/B21	
59. Overige personeelskosten	AH103/B21	
64. Kostendoorbelasting aan centrum	SUM(AP55:AP61)	
65. Kostendoorbelasting door centrum	AH132/B21	
67		SUM (AP63 : AP65)
70. Vrijval wir-premie		AQ46-AQ67
71. Lagere rente i.v.m. wir-premie		AH166/B21
		AH168/B21
		SUM (AQ69 : AQ71)
73. Afschrijving goodwill	B242xB240/B21	
75. Rente lening goodwill	B243xB240/B21xB244	
77.		SUM (AP74 : AP75)
83. VERGELIJKSINKOMEN FYSIOTHERAPEUT		AQ73-AQ77
86. VERLOSKUNDIGE		
87. Totale omzet		Y18/B26
88. Kosten		
89. Praktijkassistenten en overig personeel	AI22/B26	

AO

- 90. Administratie
- 91. Huisvesting en afschrijving
- 92. Praktijkkosten
- 93. Bureaunkosten
- 94. Financieringskosten
- 96.
- 97. Waarneming
- 98. Telefoon
- 99. Autokosten
- 100. Overige personeelskosten
- 104.
- 105. Kostendoorbelasting aan centrum
- 106. Kostendoorbelasting door centrum
- 108.
- 110.
- 111. Vrijval wir-premie
- 112. Lagere rente i.v.m. wir-premie
- 114.
- 115. Afschrijving goodwill
- 116. Rente lening goodwill
- 118.
- 124. VERGELIJKINGSINKOMEN VERLOSKUNDIGE

AP

AI31/B26
 AI48/B26
 AI63/B26
 AI76/B26
 AI87/B26
 SUM (AP89 : AP94)
 AI100/B26
 AI101/B26
 AI102/B26
 AI103/B26
 SUM (AP96 : AP100)
 AI132/B26
 B242xB241/B26
 B243xB241/B244

AQ

SUM (AP104 : AP106)
 AQ87-AQ108
 AI166/B26
 AI168/B26
 SUM (AQ110 : AQ112)
 SUM (AP : 115 : 116)
 AQ114-AQ118
 =====

AR	AS
1. <u>OUTPUTMODEL (CENTR. TYPE A)</u>	
2. OMZET	
3. Huisartsen	
4. Fysiotherapeuten	
5. Verloskundigen	
6. Overige disciplines	
8. Overige baten	
10.	
11. KOSTEN	
12.	
13.	
14. SUBSIDIE	
15. WVC	
16. AWBZ	
18. <u>RESULTAAT CENTRUM</u>	
21. <u>VERGELIJKINGSINKOMEN</u>	
22. HUISARTS	
23. FYSIOTHERAPEUT	
24. VERLOSKUNDIGE	
	Y15
	Y16
	Y18
	Y22
	Y26
	SUM (AS3:AS8)
	Z44
	AS10-AS11
	Y53
	Y54
	SUM (AS13:AS16)
	=====
	AB19
	AB41
	AB65

AT	AU	AV	AW	AX	AY	AZ
	TOTAAL	HUISARTSEN	FYSIOTHERAP.	VERLOSKUNDIGEN	MAATS.WERK EN WIJKVERPL.	ALGEMEEN CENTRUM
51. <u>OUTPUTMODEL. CENTR. TYPE B1</u>						
55. Honoraria totaal	SUM(AV55: AX55)	Y15	Y16	Y18		
56. Waarvan voor praktijkkosten	SUM(AV56:	-R48	-R49	-R50		
58.	SUM(AU55: AU56)	SUM(AV55: AV56)	SUM(AW55: AW56)	SUM(AX55: AX56)		
	=====	=====	=====	=====		
60. KOSTEN						
61. Praktijkass. en overig pers.	SUM(AV61: AZ61)					H92
62. Coördinatie en management	SUM(AV62: AZ62)					H96
63. Huisvesting	SUM(AV63:AZ63)					H114-E223
64. Praktijkkosten	SUM(AV64: AZ64)	I134-J130	J134-K130	K134-K130	L134+M134- L130-M130	P134-P130
66. Buro- en organisatie-kosten	SUM(AV66: AZ66)					H136
67. Financieringskosten	SUM(AV67: AZ67)	I130	J130	K130	L130+M130	E223+P130
68. Waarneming	SUM(AV68: AZ68)	I66	J66	K66	L66+M66	P66
69. Telefoon	SUM(AV69: AZ69)	I67	J67	K67	L67+M67	P67
70. Autokosten	SUM(AV70: AZ70)	I68	J68	K68	L68+M68	P68
71. Overige	SUM(AV71: AZ71)	I71	J71	K71	L71+M71	P71
78.	SUM(AU61: AU76)	SUM(AV61: AV76)	SUM(AW61:AW76)	SUM(AX61:AX76)	SUM(AY61:AY76)	SUM(AZ61: AZ76)

AT	AU	AV	AW	AX	AY	AZ
79. Ontvangen vergoeding	SUM(AV79:AZ79)	-R48	-R49	-R50		
81.	SUM(AU78:AU79)	SUM(AV78:AV79)	SUM(AW78:AW79)	SUM(AX78:AX79)		
82. Afdracht verschil	SUM(AV82:AZ82)	-AV81	-AW81	-AX81		-(AV82+AW82+AX82)
84.	SUM(AU81:AU82)	SUM(AV81:AV82)	SUM(AW81:AW82)	SUM(AX81:AX82)	SUM(AY81:AY82)	SUM(AZ78:AZ82)
85. Overige baten	SUM(AV85:AZ85)				B38+B39	-(B38+B39)
86. Stimuleringssubsidie WVC	SUM(AV86:AZ86)					-(B43x7500)
87. Pensioenpremie	SUM(AV87:AZ87)	B7xB76	B21xB89	B26xB100		
91. Lagere rente/afschrijving	SUM(AV91:AZ91)	-(B188xB197xB201+B188xB201xB233xB234)	-(B189xB197xB201+B189xB201xB233xB234)	-(B190xB197xB201+B190xB233xB201xB234)		
92. Inventaris i.v.m. wir	SUM(AU84:AU91)	SUM(AV84:AV91)	SUM(AW84:AW91)	SUM(AX84:AX91)	SUM(AY84:AY91)	SUM(AZ84:AZ91)
93.						
95. Saldo	SUM(AV95:AZ95)	AV58-AV93	AW58-AW93	AX58-AX93	AY58-AY93	AZ58-AZ93
96. Evt. verr. overschot kosten	SUM(AV96:AZ96)	IF(AZ95>0, Y15/(Y15+Y16+Y18)xAZ95, 0)	IF(AZ95>0, Y16/(Y15+Y16+Y18)xAZ95, 0)	IF(AZ95, 0, Y18(Y15+Y16+Y18)xAZ95, 0)		IF(AZ95>0, -(AZ95, 0)
98.	SUM(AU95:AU96)	SUM(AV95:AV96)	SUM(AW95:AW96)	SUM(AX95:AX96)	SUM(AY95:AY96)	SUM(AZ95:AZ96)

AT	AU	AV	AW	AX	AY	AZ
99. Subsidie AWBZ	SUM (AY95:AZ95)					IF (AZ98 > 0,0,IF (-AZ98 < H17+H34 H52+S79), - AZ98, (H17+H34 +H52+S79)))
100. Waarvan netto honorarium	SUM (AV100: AZ100)	JF ((H17+H34+ H52) < AZ99 H17, H17/(H17 +H34+H52) x AZ99)	JF ((H17+H34+ H52) < AZ99, H34,H34/(H17 +H34 + H52) x AZ99)	JF ((H17+H34+ H52) < AZ 99, H52, H52/(H17 +H34 + H52) x AZ 99)		JF (H17+H34+ H52) < AZ99, -(H17+H34 + H52), - AZ99)
101. RESULTAAT	SUM (AU98:AU100)	SUM (AV98:AV100)	SUM (AW98:AW100)	SUM (AX98:AX100)	SUM (AY98:AY100)	SUM (AZ98:AZ100)
103. Per hulpverlener		AV101/B7	AW101/B21	AX101/B26		
105. Vergelijkingsinkomen		AV103+B76 =====	AW103+B89 =====	AX103+B100 =====		

AT	AU	AV	AW	AX	AY	AZ
111. OUTPUTMODEL CENTR. TYPE B2	TOTAAL	HUISARTSEN	FYSIOTHERAP.	VERLOSKUND.	MAATS. WERK	ALGEMEEN CENT.
115. Honoraria totaal	SUM(AV115: AX115)	Y15	Y16	Y18		
116. Waarvan voor praktijkkosten	SUM(AV116: AX116)	-R48	-R49	-R50		
118.	SUM(AU115: AU116) =====	SUM(AV115: AV116) =====	SUM(AW115: AW116) =====	SUM(AX115: AX116) =====		
120. KOSTEN	SUM(AV121: AZ121)					H92
121. Praktijkass. en overig pers.	SUM(AV122: AZ122)					H96
122. Coördinatie en management	SUM(AV123: AZ123)					H114-E223
123. Huisvesting	SUM(AV124: AZ124)	I134-J130	K134-K130		L134-M134- L130-M130	P134-P130
126. Buro- en organisatiekosten	SUM(AV126: AZ126)					H136
127. Financieringskosten	SUM(AV127: AZ127)	I130	J130	K130	L130-M130	E223+P130
128. Waarneming	SUM(AV128: AZ128)		J66	K66	L66+M66	P66
129. Telefoon	SUM(AV129: AZ129)	I67	J67	K67	L67+M67	P67
130. Autokosten	SUM(AV130: AZ130)	I68	J68	K68	L68+M68	P68
131. Overige	SUM(AV131: AZ131)	I71	J71	K71	L71+M71	P71
138.	SUM(AU121: AU 136)	SUM(AV121: AV136)	SUM(AW121: AW136)	SUM(AX121: AX136)	SUM(AY121: AY136)	SUM(AZ121: AZ136)

AT	AU	AV	AW	AX	AY	AZ
139. Ontvangen vergoeding	SUM(AV139: AZ139)	-R48	-R49	-R50		
141.	SUM(AU138: AU139)	SUM(AV138: AV139)	SUM(AW138: AW139)	SUM(AX138: AX139)		
142. Afdracht verschil	SUM(AV142: AZ142)	-AV141	-AW141	-AX141		-(AV142+AW142 +AX142)
144.	SUM(AU141: AU142)	SUM(AV141: AV142)	SUM(AW141: AW142)	SUM(AX141: AX142)	SUM(A141: AY142)	SUM(AZ138: AZ142)
145. Overige baten	SUM(AV145: AZ145)				B38+B39	-(B38+B39)
146 Stimuleringssubsidie WVC	SUM(AV146: AZ146)					-(B42x7500)
147. Pensioenpremie	SUM(AV147: AZ147)	B7xB76	B21xB89	B26xB100		
148.						
149.						
150.						
151. Lagere rente/afschrijving	SUM(AV151: AZ151)	-(B188xB197x B201+B188x B201xB233x B234	-(B189xB197x B201+B189x B201xB233x B234)	-(B190xB197x B201xB190x xB201xB233x B234		
152. Inventaris i.v.m. wir						
153.	SUM(AU144: AU151)	SUM(AV144: AV151)	SUM(AW144: AW151)	SUM(AX144: AX151)	SUM(AY144: AY151)	SUM(AZ144: AZ151)
155. Saldo	SUM(AV155: AZ155)	AV118-AV153	AW118-AW153	AX118-AX153	AY118-AY153)	AZ118-AZ153
156. Evt. verr. overschot kosten	SUM(AV156: AZ156)	IF(AZ155 0, Y15/(Y15+Y16+ Y18)xAZ155>0)	IF(AZ155 0, Y16/(Y15+Y16+ Y18)xAZ155>0)	IF(AZ155 0, Y18/(Y15+Y16+ Y18)xAZ155>0)		IF(AZ155>0,- AZ155,0)
158.	SUM(AU155: AU156)	SUM(AV155: AV156)	SUM(AW155: AW156)	SUM(AX155: AX156)	SUM(AY155: AY156)	SUM(AZ158: AZ159)

AT	AU	AV	AW	AX	AY	AZ
159. Subsidie AWBZ	SUM(AU158: AU159) =====	SUM(AV158: AV159) =====	SUM(AW158: AW159) =====	SUM(AX158: AX159) =====	SUM(AY158: AY159) =====	SUM(AZ158: AZ159) =====
161. RESULTAAT						
163. Per hulpverlener		AV161/B7 =====	AW161/B21 =====	AX161/B26 =====		
165. Vergelijkings inkomen		AV163+B76 =====	AW163+B89 =====	AX163+B100 =====		

IF(AZ158 0,0
IF(-AZ158 S79,
-AZ158,S79)

AT	AU	AV	AW	AX	AY	AZ
1. OUTPUTMODEL CENTR. TYPE C	TOTAAL	HUISARTSEN	FYSIOTHERAP.	VERLOSKUNDIGEN	MAATS. WERK EN WIJKVERPL.	ALGEMEEN CENTRUM
5. HONORARIA	SUM (AV5:AZ5)	AG153	AH153	AI153		
7. KOSTEN						
8. Praktijkass. en overig pers.	SUM (AV8:AZ8)	AG22	AH22	AI22	AK22	AN22
9. Coördinatie en management	SUM (AV9:AZ9)	AG31	AH31	AI31	AK31	AN31
10. Huisvesting	SUM (AV10:AZ10)	AG48	AH48	AI48	AK48	AN48
11. Praktijkkosten	SUM (AV11:AZ11)	AG63	AH63	AI63	AK63	AN63
12. Buro-en organisatiekosten	SUM (AV12:AZ12)	AG76	AH76	AI76	AK76	AN76
13. Financieringskosten	SUM (AV13:AZ13)	AG87	AH87	AI87	AK87	AN87
14. Waarneming	SUM (AV14:AZ14)	AG100	AH100	AI100	AK100	AN100
15. Telefoon	SUM (AV15:AZ15)	AG101	AH101	AI101	AK101	AN101
16. Autokosten	SUM (AV16:AZ16)	AG102	AH102	AI102	AK102	AN102
17. Overige personeelskosten	SUM (AV17:AZ17)	AG103	AH103	AI103	AK103	AN103
19.	SUM (AV19:AZ19)	SUM (AV8:AV17)	SUM (AW8:AW17)	SUM (AX8:AX17)	SUM (AY8:AY17)	SUM (AZ8:AZ17)
20. Kostendoorbelasting:	SUM (AV21:AZ21)				B39	-B39
21. Maatschappelijk werk	SUM (AV22:AZ22)	AG132	AH132	AI132	AK132	AN132
22. Bijkomende huisvestingskst.	SUM (AV25:AZ25)	SUM (AV19:AV23)	SUM (AW19:AW23)	SUM (AX19:AX23)	SUM (AY19:AY23)	SUM (AZ19:AZ23)
25.	SUM (AV26:AZ26)	AG99	AH99	AI99		
26. Pensioenpremie	SUM (AV27:AX27)	AG166	AH166	AI166		
27. Lagere afschr.i.v.m. wir	SUM (AV28:AX28)	AG168	AH168	AI168		
28. Lagere rente i.v.m. wir						
31.	SUM (AV31:AZ31)	SUM (AV25:AV29)	SUM (AW25:AX29)	SUM (AX25:AX29)	SUM (AY25:AY29)	SUM (AZ25:AX29)
33. Resultaat voor subsidie	SUM (AV33:AZ33)	AV5-AW31	AX5-AX31	AY5-AY31		AZ5-AZ31
34. Stimuleringssubs. WVC	SUM (AV34:AZ34)					B43x7500
37. RESULTAAT NA SUBSIDIE	SUM (AV37:AZ37)	SUM (AV33:AZ35)	SUM (AW33:AW35)	SUM (AX33:AX35)	SUM (AY33:AY35)	SUM (AZ33:AZ35)

<p>AT</p> <p>39. Per Hulpverleners</p> <p>43. VERGELIJKINGSINKOMEN</p>	<p>AU</p>	<p>AV</p> <p>AV37/B7</p> <p>===== AQ42 =====</p>	<p>AW</p> <p>AW37/B21</p> <p>===== AQ83 =====</p>	<p>AX</p> <p>AX37/B26</p> <p>===== AQ124 =====</p>	<p>AY</p>	<p>AZ</p>
--	-----------	--	---	--	-----------	-----------

BIJLAGE I V

Berekening 'Vergelijkingsinkomen' huisartsen en fysiotherapeuten bij
zelfstandige vestiging buiten centrum

A. *Toelichting huisartsen:*

1) Opbrengsten conform basismodel (bijlage 3), te weten:

- abonnementshonorarium per ziekenfondspatient tot 1.600 zielen
f 101,91, alle volgende zielen f 53,37
- Consulttarief particulieren f 23,75
- Aantal consulten per particulier = 2,2
- Omzet per particulier $2,2 \times f 23,75 = f 52,25$
- Overige baten per jaar f 6.000,-.

2) Kosten huisartsen

De kosten werden ontleend aan de landelijke honorerings-
regeling 1983, gecorrigeerd voor rente goodwill en aan
nevenfuncties toegerekende bedragen.

Onderstaand geven wij hiervan een recapitulatie.

Vaste kosten per jaar	f 86.863
Af: Rente goodwill	" 4.879
	f 81.984
	=====
Variabele kosten per patient	f 2,87
	=====

Kosten nevenfuncties (verwerkt als vaste kosten)

Vervoer	f 1.298
Huisvesting	" 810
Instrumentarium	" 63
Verbruiksartikelen	" 72
Algemene kosten	" 268
Assistentie	" 1.347
Intrest	" 137
	f 3.995
	=====

3) WIR-premie huisartsen

Conform het model werd het voordeel uit WIR-premie gesteld op 17% lagere afschrijving en intrest. De in de landelijke regeling opgenomen afschrijvingen (exclusief auto, waarvoor geen WIR-premie wordt ontvangen) bedragen:

Huisvesting	f	1.656
Telefoon	"	75
Inrichting	"	308
Instrumenten	"	1.237
Nevenfuncties	"%	63
	f	3.213
		=====
Lagere afschrijving 17 %	f	546
		=====
Totale rentelast (exclusief goodwill) volgens landelijke regeling	f	3.313
Af: Rente over vorderingen en geldmiddelen	"	1.832
	f	1.481
		=====
Lagere rentelast 17 %	f	251
		=====

4) Goodwill huisartsen

Conform basismodel, t.w.: 90% jaaromzet; afschrijving 10%, lening in procenten van het goodwill bedrag 80%; intrestpercentage lening 8,5%.

B. *Toelichting fysiotherapeuten*

1) Opbrengst fysiotherapeuten

Conform gegevens in het model t.w.:
factor x norminkomen (t.w. f 98.222 per jaar).

2) Kosten fysiotherapeuten

Totale kosten volgens landelijke honoreringsregeling f 31.683.
Verondersteld werd dat hiervan 10% (f 3.168) variabel is en 90 % (f 28.515,=) vast.

3) WIR-premie fysiotherapeuten

Volgens landelijke regeling bedragen de kosten voor afschrijving:

- inrichting	f	658
inventaris	"	<u>5.418</u>
	f	<u>6.076</u>
		=====
Lagere afschrijving 17%	f	<u>1.033</u>
		=====
Totale intrestlast	f	4.082
Af: Rente over vorderingen	"	<u>785</u>
	f	<u>3.297</u>
		=====
Lagere rentelast 16%	f	<u>561</u>
		=====

4) Goodwill fysiotherapeuten

Conform basismodel, t.w.: 80% jaaromzet. Verder zie onder huisartsen.

BEREKENING "VERGELIJKINGSINKOMENS" ZELFSTANDIGE HUISARTSEN

BIJ VERSCHILLEN NIVEAUS VAN PRODUCTIE

ZIEKENFONDSPATIËNTEN				OMZET				KOSTEN				Vergel. inkomsten na goodwill	Rente afschr. goedgev.	Vergel. inkomsten na goodwill
Aantal tot 1600	Aantal > 1600	Partic. patiënt	Totaal aantal pat.	Ziekenfonds	Particul.	Overig	Tot.	Vast	Variab.	Voord. WIR	Vergel. inkomsten excl. goodwill			
1130	0	470	1600	115158	24558	6000	145716	85979	4592	797	55942	22032	33910	
1275	0	525	1800	129935	27431	6000	163366	85979	5166	797	73018	24701	48317	
1415	0	585	2000	144203	30566	6000	180769	85979	5740	797	89847	27332	62515	
1555	0	645	2200	158470	33701	6000	198171	85979	6314	797	107379	29963	76712	
1600	95	705	2400	168126	36836	6000	210962	85979	6888	797	118892	31897	86995	
1600	235	765	2600	175598	39971	6000	221569	85979	7462	797	128925	33501	95424	
1600	380	820	2800	183337	42845	6000	232182	85979	8036	797	138964	35106	103858	
1600	520	880	3000	190808	45980	6000	242788	85979	8610	797	148996	36710	112286	

BEREKENING "VERGELIJKINGSINKOMEN" ZELFSTANDIGE
FYSIOTHERAPEUTEN BIJ VERSCHILLENDE NIVEAUS VAN PRODUKTIE

Factor t.o.v. norminkomen	Omzet	KOSTEN		Voordeel WIR-premie	Vergelijks- inkomen exclu- sief good-will	Rente/afschrijving good-will	Vergelijks- inkomen na good-will
		Vast	Variabel				
0,50	f 49.111	f 28.515	f 1.584	f 1.594	f 20.606	f 6.601	f 14.005
0,70	f 68.755	f 28.515	f 2.218	"	f 39.616	f 9.240	f 30.376
0,75	f 73.667	f 28.515	f 2.376	"	f 44.370	f 9.901	f 34.469
0,80	f 78.578	f 28.515	f 2.534	"	f 49.123	f 10.561	f 38.562
0,85	f 83.489	f 28.515	f 2.693	"	f 53.875	f 11.221	f 42.654
0,90	f 88.399	f 28.515	f 2.851	"	f 58.527	f 11.881	f 46.746
0,95	f 93.311	f 28.515	f 3.010	"	f 63.380	f 12.541	f 50.839
1,0	f 98.222	f 28.515	f 3.168	"	f 68.133	f 13.201	f 54.932
1,2	f 117.866	f 28.515	f 3.802	"	f 87.143	f 15.841	f 71.302
1,4	f 137.511	f 28.515	f 4.435	"	f 106.155	f 18.481	f 87.674

