

 **NIVEL**  
**bibliotheek**  
drieharingstraat 26  
postbus 1568  
3500 bn utrecht  
telefoon: 030 319946

## financiële problematiek van gezondheidscentra

fase 1:

een onderzoek naar de omvang en  
oorzaken van financiële proble-  
men van gezondheidscentra met  
hulpverleners in dienstverband

samenvatting  
augustus 1982

tekst G.J. Visser

onderzoek verricht door:  
L. Peters

© Nederlands Huisartsen Instituut, Utrecht, 1982

Het gebruiken van de inhoud van deze brochure in publicaties  
is toegestaan, mits de bron duidelijk en nauwkeurig wordt ver-  
meld.

omslag en lay-out: Mieke Cornelius  
druk: Anton Leerentveld

WO-Brochure 82-06

Nederlands Huisartsen Instituut  
Postbus 2570 - 3500 GN Utrecht  
Mariahoek 4 - Tel.: 030-319946

Het NEDERLANDS HUISARTSEN INSTITUUT is een Stichting die grotendeels gesubsidieerd wordt door het Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne. Daarnaast werkt het NHI veel met externe projectfinanciering.

Het NHI houdt zich bezig met de ontwikkeling en ondersteuning van de huisartsgeneeskunde, zowel in relatie tot de eerstelijns hulpverlening als tot andere sectoren van de gezondheidszorg. De laatste jaren is een tendens merkbaar tot uitgroei naar een instituut dat zich bezighoudt met de gehele eerstelijnsgezondheidszorg.

De werkzaamheden van het NHI omvatten nascholing, training, advisering, begeleiding, documentatie en informatie, alsmede wetenschappelijk onderzoek. Algemeen directeur is S.van der Kooij, arts.

## Inhoudsopgave

1. Inleiding
2. Opzet van het onderzoek
3. Financieringsbronnen
4. Financiële tekorten
5. Aard en samenstelling van de tekorten
6. Oorzaken van de resterende tekorten
7. Dekking van de resterende tekorten
8. Besluit

## 1 Inleiding

Het gezondheidscentrum, ooit een onomstreden symbool van de zozeer gewenste versterking van de eerstelijnsgezondheidszorg, staat in toenemende mate ter discussie. Terwijl voorstanders in de intensieve samenwerking van verschillende hulpverleners een voorwaarde zien voor een verbeterde hulpverlening, waarschuwen tegenstanders voor het gevaar van bureaucratisering en concentratie van professionele macht.

Daarnaast spelen ook argumenten van financiële aard een rol in de discussie. Gezondheidscentra kosten veel geld en de 'opbrengst' - in termen van minder verwijzingen naar de dure tweede lijn of een daling van het aantal voorgeschreven medicijnen - is niet eenvoudig vast te stellen. Vanuit de centra zelf klinken steeds meer geluiden over de verontrustende financiële situatie: het zou onmogelijk zijn om met de bestaande financieringsmogelijkheden tot een sluitende exploitatie te komen.

Argumenten in dergelijke discussies blijken onvoldoende gegrond op 'harde' gegevens. Om die reden heeft het S-1 project, waarin het Nederlands Huisartsen Instituut, de Nationale Kruisvereniging en de Landelijke Vereniging voor Maatschappelijke Dienstverlening 'Joint' met elkaar samenwerken, het NHI opdracht gegeven om een onderzoek uit te voeren naar de financiële problematiek van gezondheidscentra.

In eerste instantie is het onderzoek beperkt tot de gezondheidscentra met hulpverleners in dienstverband, die, hoewel klein in aantal, in de discussie het meest van zich doen spreken. Bovendien

doen deze centra bijna allemaal een beroep op financiële tegemoetkoming in het kader van de AWBZ en geven de jaarstukken een vrij goed beeld van hun financiële situatie. In een tweede fase zullen, als alles goed gaat, ook de andere centra in het onderzoek worden betrokken.

## 2 Opzet van het onderzoek

Het onderzoek heeft betrekking op de financiële situatie van achttien gezondheidscentra met hulpverleners in dienstverband. In alle centra werken ten minste een huisarts, een maatschappelijk werkende en een wijkverpleegkundige en alle zijn vóór of in 1979 van start gegaan: het meest recente jaar waarover van al deze centra financiële jaarstukken beschikbaar waren.

In opdracht van het NHI heeft een accountantsbureau een analyse gemaakt van de financiële situatie van elk van deze achttien centra. Daarbij kon het gebruik maken van de jaar- en/of exploitatierekeningen en de verzamelloonstaten over 1979, van gegevens uit het NHI-registratiesysteem van samenwerkingsverbanden over de jaren 1978 tot 1980 en van stukken van de Ziekenfondsraad voorzover deze tot maart 1982 in de Subcommissie Gezondheidscentra aan de orde zijn geweest.

Oorspronkelijk lag het in de bedoeling dat de uitkomsten van deze analyse mede de basis zouden vormen voor gesprekken met vertegenwoordigers van de centra. Dat is niet gelukt: het bureau bleek veel méér tijd nodig te hebben dan was voorzien en de gesprekken zijn dan ook gevoerd zonder dat op dat moment de uitkomsten van de financiële analyse

bekend waren. Tijdens deze gesprekken werden thema's behandeld als de omvang en samenstelling van de personeelsformatie, de aangevraagde en toegekende subsidies, de resterende tekorten, de oorzaken daarvan, de problemen die voortvloeien uit de financiële situatie van het centrum en ideeën met betrekking tot een toekomstige financiering.

## 3 Financieringsbronnen

Behalve uit de reguliere vergoedingsregelingen voor huisartsen en (eventueel) fysiotherapeuten, verloskundigen, apothekers en tandartsen krijgen de gezondheidscentra gelden uit een vrij groot aantal landelijke en plaatselijke subsidieregelingen. Landelijke regelingen zijn de Stimuleringsregeling van de ministeries van VOMIL en CMR en de subsidiëring vanuit de AWBZ die sinds 1978 is gereguleerd in de Voorlopige Richtlijnen van de Ziekenfondsraad. Plaatselijk blijken met name gemeenten en ziekenfondsen zorg te dragen voor aanvullende financiële ondersteuning.

De Stimuleringsregeling, voluit de Voorlopige Stimuleringsregeling Samenwerkingsverbanden in de Eerstelijnsgezondheidszorg, is een herziene versie van de 'Voorlopige Stimuleringsregeling Wijkgezondheidscentra' die in 1974 door de ministeries van VOMIL en CRM is ingesteld. De nieuwe regeling ging in 1979 in en regelt niet alleen de subsidiëring van wijkgezondheidscentra, maar ook van andere samenwerkingsverbanden in de eerstelijnsgezondheidszorg. De hoogte van het jaarlijks toe te kennen subsidiebedrag is afhankelijk van het aantal deelnemers aan

het samenwerkingsverband en van de mate waarin de samenwerking is gestructureerd en geformaliseerd; het bedrag kan worden verhoogd als het samenwerkingsverband de plaatselijke bevolking actief bij de samenwerking betreft.

In 1979 ontvingen de achttien onderzochte gezondheidscentra een bedrag van f 810.000,- op grond van de Stimuleringsregeling, gemiddeld f 45.000,- per centrum.

Ingewikkelder is de financiering vanuit de AWBZ op grond van de 'Voorlopige Richtlijnen financiële tegemoetkoming multidisciplinaire samenwerkingsverbanden in de eerstelijnsgezondheidszorg', die de Ziekenfondsraad in 1978 heeft vastgesteld. Op grond van deze richtlijnen kunnen gezondheidscentra, mits zij óók een beroep hebben gedaan op de Stimuleringsregeling, een financiële tegemoetkoming aanvragen voor de extra tijdsinvestering die het werken in een centrum met zich meebrengt en voor kosten als van huisvesting en ondersteunend personeel. Daarbij gaat het om een tekortensubsidie: subsidie kan alleen worden aangevraagd als tekorten in de exploitatie aantoonbaar zijn.

Bij het vaststellen van de hoogte van het subsidiebedrag speelt, anders dan bij de Stimuleringsregeling, een belangrijke rol in hoeverre de subsidiegever het exploitatietekort 'aanvaardbaar' acht. Normen daarvoor zijn in een aantal gevallen wél, maar vaak ook niet of althans niet gedetailleerd in de Richtlijnen vermeld.

Zo is de vaststelling van het maximaal toe te kennen bedrag als tegemoetkoming voor de extra tijds-

investering alleen voor de huisartsen uitgewerkt. Ervan uitgaande dat zij 15% extra tijd besteden aan onderling overleg, wordt de maximale subsidie toegekend bij een gemiddelde praktijkgrootte van 2210 patiënten per huisarts, 15% minder dan de landelijke norm van 2600.

Overlegtijd van andere hulpverleners is niet gedetailleerd in de Richtlijnen vastgelegd; voor fysiotherapeuten wordt in de praktijk echter een norm gehanteerd van 10% extra tijdsinvestering.

Een bijkomend probleem ligt in de manier waarop de Ziekenfondsraad de praktijkgrootte vaststelt. Immers, staat het aantal ziekenfondsverzekerden in een huisartspraktijk vast, voor het aantal particulier verzekerden moet òf worden afgegaan op gegevens die de huisarts levert òf er moet met behulp van een formule een schatting worden gemaakt. De Ziekenfondsraad doet dat laatste, waarbij een schatting van het aantal contacten tussen huisarts en particuliere patiënten een belangrijke rol speelt. Omdat de Raad dat aantal hoger schat dan in werkelijkheid het geval is, zijn de aldus vastgestelde praktijkgrootten in veel gevallen echter kleiner dan de - volgens de centra - werkelijke aantallen ingeschreven patiënten.

Dergelijke verschillen wegen zwaar, omdat niet alleen de financiële tegemoetkoming voor de extra tijdsinvestering, maar ook die voor huisvesting en ondersteunend personeel gekoppeld is aan de praktijkgrootte: in het laatste geval is integrale vergoeding alleen mogelijk bij een minimale praktijkgrootte van 2000 patiënten per huisarts.

De Voorlopige Richtlijnen zijn in maart 1982 aangepast, waardoor met name tijdens de aanloopfase van een samenwerkingsverband de verschillende normen voor de vaststelling van het subsidiebedrag 'soepel' kunnen worden toegepast. In die gevallen waarin dat nu reeds is gebeurd, hebben de betrokken centra overigens zelf door het aandragen van argumenten en feitelijke gegevens op de nodige soepelheid aangedrongen.

Zestien van de achttien centra hebben in de afgelopen jaren een beroep gedaan op een financiële tegemoetkoming op grond van de Voorlopige Richtlijnen. In 1979 werd aan tien centra in totaal f 1.178.800,- uitgekeerd, gemiddeld f 117.900,- per centrum.

Behalve deze landelijke regelingen geven de gemeenten en de ziekenfondsen veel centra aanvullende financiële ondersteuning.

Zestien centra krijgen steun van de gemeente waarin zij gevestigd zijn: subsidie voor onbepaalde duur (voor vijf centra), subsidie ter (gedeeltelijke) dekking van de aanloopkosten (voor zeven centra), een eenmalige subsidie (voor vijf centra), een garantstelling voor of een verstrekking van een lening (voor zeven centra) of gratis projectondersteuning via een door de gemeente gesubsidieerd instituut (voor vijf Amsterdamse centra).

De ziekenfondsen zijn voor dertien centra in financieel opzicht van belang. In negen gevallen ontvangen de centra een garantiehonorarium of worden zij bevoorschot op basis van goedgekeurde begrotingen,

bij twee centra subsidiëren de ziekenfondsen een deel van de aanlooptekorten, drie keer is een eenmalige subsidie verstrekt en vijf centra hebben een lening bij een ziekenfonds afgesloten of althans een garantstelling voor een lening gekregen.

Tenslotte hebben enkele centra met succes via andere subsidiebronnen hun financiële positie weten te verbeteren. Gelden kwamen van de Dienst Aanvullende Civieltechnische Werken, van het Bijzonder Regionaal Welzijnswerk, van particuliere fondsen, Kruisverenigingen en van universitaire onderwijsinstellingen als honorering van activiteiten op het gebied van onderwijs en onderzoek.

#### 4 Financiële tekorten

Indien geen rekening wordt gehouden met ontvangen subsidies hebben alle achttien onderzochte centra over 1979 exploitatietekorten, uiteenlopend van f 44.800,- tot f 1.046.300,-; het totale tekort van alle centra tesamen bedraagt f 5.652.000,-, 39% van de totale lasten.

Het beeld verandert als ook de ontvangen subsidies bij de inkomsten worden meegerekend. Toch zijn de totale tekorten daarmee zeker niet in alle gevallen verdwenen: in 1979 dekten de subsidies - bij elkaar bijna f 5.000.000,- - niet meer dan 87% van de exploitatietekorten en hadden tien centra te maken met resterende tekorten, variërend van f 500,- tot f 223.800,-.

Die tekorten zijn niet alarmerend. Slechts twee van de tien centra die - ondanks de subsidies - in 1979

hun begroting niet sluitend wisten te krijgen, zijn van mening dat hun financiële problemen aanzienlijk zijn en dat een oplossing niet direct in het verschiet ligt. De andere acht noemen de tekorten van tijdelijke aard, minder ernstig of zelfs - in één geval - door al toegekende subsidiegaranties irreëel.

Omgekeerd noemen twee centra van de acht bij welke geen resterende tekorten werden vastgesteld, het onzeker of zij ook over de jaren na 1979 de exploitatie sluitend zullen kunnen krijgen.

De zeven Amsterdamse centra, inclusief dat van Diemen, nemen in het geheel een bijzondere plaats in. Zes van deze zeven centra sloten 1979 af met een resterend tekort, tegen vier van de elf in de rest van het land. Bovendien bleek dit tekort bij de Amsterdamse centra gemiddeld ruim tweemaal zo groot als bij de andere centra. Deze verschillen lijken vooral samen te hangen met de relatief hoge exploitatietekorten in Amsterdam en met het feit dat de in 1979 toegekende subsidies daarmee geen gelijke tred hebben gehouden.

### 5 Aard en samenstelling van de tekorten

Het merendeel van de onderzochte centra is pas enkele jaren geleden van start gegaan, in tweederde van de gevallen zonder direct bij de aanvang te kunnen 'beschikken' over een patiëntenbestand. Vóór de opening van het centrum en ook tijdens de eerste jaren van praktijkvoering werden dan ook kosten gemaakt, die niet door voldoende inkomsten werden gedekt.

In het onderzoek is daarom een poging ondernomen om na te gaan in hoeverre de gesignaleerde exploitatietekorten van de achttien centra structureel zijn dan wel te wijten aan problemen van tijdelijke aard tijdens de aanloophase van het centrum.

Daarbij worden die tekorten als aanlooptekorten beschouwd, die ontstaan in het geval een centrum de norm van de Ziekenfondsraad van gemiddeld 2210 patiënten per huisarts (nog) niet heeft gehaald maar wel nastreeft en in principe ook kan halen.

Zelfs als die norm wordt gehaald, blijven echter tekorten bestaan doordat de landelijke honoreringsovereenkomsten gebaseerd zijn op een praktijkgrootte van 2600 patiënten, 390 patiënten méér. Dergelijke tekorten, die overigens op grond van de Voorlopige Richtlijnen wel door subsidie worden gedekt, worden in dit onderzoek structurele tekorten genoemd. Ook de situatie waarin de feitelijke kosten van een centrum hoger zijn dan de (theoretische) opbrengsten bij een gemiddelde praktijkgrootte van 2600 geeft aanleiding tot structurele tekorten. Indien in dat geval de kosten lager zijn dan de (theoretische) opbrengsten is sprake van structurele overschotten.

Wanneer de exploitatietekorten van ruim f 5.600.000,- (vóór aftrek van de subsidies) op deze manier worden geanalyseerd, dan blijkt bijna 60% van het bedrag als een aanlooptekort en ruim 40% als een structureel tekort aangemerkt te kunnen worden.

Alle centra blijken aanlooptekorten te vertonen, zij het dat deze bij het ene centrum een groter aandeel vormen van de totale exploitatietekorten dan bij

het andere.

Bij 14 centra hebben de exploitatietekorten ook structurele elementen; bij drie andere centra worden de berekende aanlooptekorten juist gedeeltelijk gecompenseerd door structurele 'overschotten', omdat de feitelijke kosten daar lager zijn dan de opbrengsten die gehaald zouden worden bij een gemiddelde praktijkgrootte van 2600 patiënten.

In feite zijn de structurele tekorten van de achttien centra echter groter dan de genoemde 40% van de totale exploitatietekorten.

Dat komt doordat het aantal patiënten per huisarts in de meeste centra niet meer groeit en het aantal van 2210 patiënten in veel gevallen waarschijnlijk niet zal worden gehaald. In cijfers uitgedrukt betekent dat, dat niet 40%, maar bijna 75% van de exploitatietekorten over 1979 structureel van aard is. Ook de verschillen tussen patiëntenaantallen die de Ziekenfondsraad hanteert en de werkelijke aantallen ingeschreven patiënten hebben in dit opzicht enige invloed.

Wat precies de oorzaken zijn van de exploitatietekorten, kan worden nagegaan door de lasten te differentiëren naar de verschillende posten en vervolgens te vergelijken met de op gelijke wijze gedifferentieerde opbrengsten.

Een tekort van ruim f 6.000.000,- in 1979 (een post 'overige baten' blijft even buiten beschouwing) blijkt dan veroorzaakt te worden doordat de kosten van de verschillende posten in totaal ruim f 6.300.000,- hoger zijn dan de volgens de tarief-

opbouw van de landelijke regeling daarvoor bestemde opbrengsten, waar tegenover slechts f 300.000,- lagere kosten staan.

De hogere kosten zijn terug te voeren op hogere personeelskosten van de hulpverleners (bijna f 2.000.000,-, veroorzaakt door de relatief geringe patiëntenaantallen), hogere personeelskosten van de overige medewerkers (bijna f 1.700.000,-), hogere huisvestingskosten (ruim f 1.300.000,-), hogere bureau- en organisatiekosten (f 870.000,-) en hogere financieringskosten (f 377.000,-). Alleen de post praktijkkosten blijkt geen hogere kosten met zich mee te brengen, waarschijnlijk doordat deze kosten méér dan de overige gekoppeld zijn aan de aantallen patiënten.

Ook als de centra een opbrengstenniveau zouden halen dat past bij de landelijke normen, zouden de lasten in 1979 bij negen centra hoger uitvallen dan de baten en bij acht centra lager.

De personeelskosten van de niet-hulpverlenende medewerkers, de huisvestingskosten en ook de bureau- en organisatiekosten zouden bij vrijwel alle centra hoger zijn dan de corresponderende theoretische opbrengsten.

Deze hogere kosten zouden voor een deel worden gecompenseerd door lagere praktijkkosten en lagere personeelskosten van de hulpverleners; met name de huisartsen in deze gezondheidscentra zijn vaak lager ingeschaald dan op grond van de landelijke normen mogelijk zou zijn.



## 6 Oorzaken van de resterende tekorten

Tot nu toe is in de financiële analyses geen rekening gehouden met de subsidies die de centra in 1979 hebben ontvangen. Wel is al even aangegeven, dat ook met inbegrip van die gelden de meeste centra met resterende tekorten bleven kampen.

Het al dan niet sluitend krijgen van de exploitatie is afhankelijk van de grootte van de tekorten en de hoogte van de toegekende subsidies. Tussen beide grootheden blijkt weinig verband te bestaan: er zijn centra met een relatief klein exploitatie-tekort dat desondanks niet volledig door subsidies wordt gedekt en centra met grote tekorten die wel door subsidies gecompenseerd worden.

Belangrijkste oorzaak van het bestaan van resterende tekorten is het feit dat de Ziekenfondsraad een aantal daarmee samenhangende posten niet aanvaardbaar acht en dus niet wil subsidiëren op grond van de Voorlopige Richtlijnen. Zo worden tekorten die voortvloeien uit het werk van tandartsen, psychologen en apothekers niet door subsidies gedekt, zijn fysiotherapeuten in een aantal gevallen naar de mening van de Raad te hoog ingeschaald en worden kosten op het gebied van huisvesting en van coördinatie en beheer in het kader van de Voorlopige Richtlijnen vrij vaak onaanvaardbaar geacht.

Bovendien is de financiële tegemoetkoming op grond van de Voorlopige Richtlijnen gekoppeld aan het aantal patiënten per huisarts, dat in de centra vaak lager ligt dan de door de Ziekenfondsraad gehanteerde norm van 2210. Niet alleen groeien de centra minder hard dan was voorzien, vaak ook streven zij niet naar praktijken die groter zijn dan 1800 à

2200 patiënten, omdat de kwaliteit van de hulpverlening daardoor in gevaar zou komen. Daarnaast blijkt - zo zagen we al - het aantal patiënten dat de Ziekenfondsraad hanteert door de gebruikte telmethode in veel gevallen lager uit te komen dan het werkelijk bij een centrum ingeschreven aantal patiënten.

Tenslotte klaagt een aantal centra erover dat de gemeenten, zeker sinds het totstandkomen van de Voorlopige Richtlijnen, minder bereid zijn om de centra financieel te ondersteunen of te 'beschermen' tegen vrije vestigingen van hulpverleners in de buurt.

## 7 Dekking van de resterende tekorten

Doordat een aantal subsidies met grote vertraging wordt uitgekeerd, zijn veel gezondheidscentra - zeker in de aanloopfase - genoodzaakt om geld te lenen om gemaakte kosten te kunnen dekken. Vormen de daaraan verbonden rentekosten geen probleem - de Voorlopige Richtlijnen geven de mogelijkheid deze in hun geheel te vergoeden - de traagheid waarmee één en ander gepaard gaat heeft zeven van de onderzochte centra één of meerdere keren in vrijernstige liquiditeitsproblemen gebracht; salarissen en huur konden in die gevallen slechts vertraagd, en soms helemaal niet, worden betaald. Het is dan ook niet verwonderlijk dat door de centra wordt gepleit voor een (betere) voorschotregeling met de ziekenfondsen.

De dekking van de resterende exploitatietekorten heeft bijna alle betrokken centra aangespoord om de subsidies verhoogd te krijgen. In een aantal geval-

ten met succes, zij het dat de subsidiegever daar vaak eisen tegenover stelde.

Maar ook zonder directe druk van subsidiegevers hebben veel centra al maatregelen genomen om tekorten te beperken of te voorkomen: vijftien van de achttien centra hebben concessies gedaan op grond van financiële overwegingen. In dit verband wordt vooral de grote hoeveelheid onbetaald (over)werk, met name van huisartsen, door veel centra een pure noodzaak genoemd. Mede hierdoor kunnen concessies op het gebied van praktijkvoering en taakstelling veelal worden voorkomen, zij het dat in een aantal gevallen in de non-curatieve sfeer (preventie, consultatie) veel minder gedaan kan worden dan men eigenlijk zou willen. Ook verrichten veel medewerkers van gezondheidscentra nevenactiviteiten, zoals keuringen, waarvan de opbrengsten ten goede komen aan het centrum.

De wensen van de gezondheidscentra voor een toekomstige financieringsstructuur hebben gedeeltelijk te maken met de moeite die zij moeten doen om in de huidige situatie de exploitatie sluitend te maken. De meest genoemde wensen zijn:

- een integraal financieringssysteem en een minder complexe en minder tijdrovende financieringswijze;
- een uniformering van de arbeidsrechtelijke positie van de medewerkers in een gezondheidscentrum;
- een geformaliseerde voorschotregeling;
- verruiming van de financiële middelen voor coördinatie en beheer;
- een hogere financiële tegemoetkoming voor fysiotherapeuten en

- een financiële opwaardering van praktijkassistenten.

## 8 Besluit

Financiële problematiek van gezondheidscentra blijkt niet zozeer uit het uiteindelijk niet sluitend krijgen van de exploitatie als wel uit de vaak langdurige (onderhandelings)processen waarmee één en ander gepaard gaat. Behalve in de liquiditeits- en continuïteitsproblemen die dit tot gevolg kan hebben, wordt de financiële problematiek vooral zichtbaar in de door de centra ervaren concessies in de praktijk- en beleidsvoering. De centra variëren sterk wat betreft oorzaken en omvang van de ongedekte exploitatietekorten. Dit gegeven en het feit dat de subsidiemogelijkheden per centrum zeer uiteenlopen, maken dat de oorzaken van financiële problemen nauwelijks onder één noemer zijn te brengen.