

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

studies
naar
samenwerking

(i/a)
3

Nederlands Huisartsen Instituut
Postbus 2570 - 3500 GN Utrecht
Marlanoek 4 - tel. (030) 31 99 46

nl

Financiële problematiek van gezondheidscentra

Fase 1:

Een onderzoek naar de omvang en oorzaken
van financiële problemen van gezondheidcentra
met hulpverleners in dienstverband

L. Peters
juli 1982

<u>INHOUDSOPGAVE:</u>	<u>Blz.</u>
OVERZICHT TABELLEN	1
INLEIDING	3
SAMENVATTING	5
I. OVER HET DOEL EN DE OPZET VAN HET ONDERZOEK	11
1.1. De aanleiding	11
1.2. De doel- en vraagstellingen	12
1.3. De opzet van het onderzoek	13
1.3.1. De financiële analyse door het accountantsbureau	14
1.3.2. De vraaggesprekken met de centra	14
1.3.3. De afstemming van de financiële analyse en de gegevens uit de vraaggesprekken	16
1.4. De betrouwbaarheid van de gegevens	16
1.5. De in het onderzoek betrokken gezondheidscentra	18
1.5.1. De totstandkoming van de onderzoekspopulatie	18
1.5.2. Enkele kerngegevens van de centra	20
II. DE FINANCIERING VAN GEZONDHEIDSCENTRA MET HULPVERLENERS IN DIENSTVERBAND	24
2.1. Inleiding	24
2.2. Kort overzicht van de financieringsstructuur	24
2.3. De landelijke subsidieregelingen	26
2.3.1. De Stimuleringsregeling	26
2.3.1.1. Doel, voorwaarden en mogelijkheden van de regeling	26
2.3.1.2. Toegekende subsidies	28
2.3.2. De Voorlopige Richtlijnen van de ZFR	29
2.3.2.1. Doel, voorwaarden en mogelijkheden	29
2.3.2.2. Toegekende subsidies	36
2.4. De plaatselijke subsidieregelingen en incidentele subsidiebronnen	38

	<u>Blz.</u>
2.4.1. De rol van gemeenten bij de financiering van gezondheidscentra	38
2.4.2. De rol van de plaatselijke of regionale ziekenfondsen bij de financiering van gezondheidscentra	41
2.4.3. Overige subsidiebronnen	43
2.5. Samenvatting	44
III. DE FINANCIËLE TEKORTEN VAN DE CENTRA	46
3.1. Inleiding	46
3.2. Verschillende soorten tekorten, omschrijvingen en gehanteerde criteria	46
3.3. De tekorten over het jaar 1979	47
3.3.1. De exploitatietekorten voor aftrek van de toegekende subsidies	49
3.3.2. De in de exploitatieresultaten verwerkte subsidies	50
3.3.3. De resterende tekorten	51
3.4. Samenvatting en conclusies	54
IV. HET KARAKTER VAN DE TEKORTEN: AANLOOP- OF STRUCTURELE PROBLEMEN	57
4.1. Inleiding	57
4.2. Factoren die het aanloopkarakter van een tekort bepalen	58
4.3. Het analysemodel	59
4.4. De resultaten van de analyse	61
4.5. De analyse-uitkomsten getoetst aan de groei van de praktijkomvang sinds 1979	65
4.6. De relatie tussen aanlooptekorten en startjaar	68
4.7. Samenvatting en conclusie	70

	<u>Blz.</u>
V. DE AARD VAN DE TEKORTEN: EEN DIFFERENTIATIE NAAR DE DIVERSE KOSTENPOSTEN	72
5.1. Inleiding	72
5.2. De exploitatieresultaten over 1979 gedifferentieerd naar de diverse (kosten)posten	73
5.3. De opbouw van de lasten in 1979 vergeleken met de theoretische opbrengsten van de landelijke (solistische) normpraktijken	75
5.4. Samenvatting en conclusies	80
VI. DE OORZAKEN VAN DE RESTERENDE TEKORTEN	83
6.1. Inleiding	83
6.2. Subsidiëring vanuit diverse bronnen; de substituerende effecten	84
6.3. De exploitatietekorten waarin de Voorlopige Richtlijnen niet voorzien	85
6.3.1. De niet aanvaardbare tekorten	85
6.3.2. De vaststelling van de financiële tegemoetkomingen	89
6.4. Prognoses en uitkomsten	91
6.4.1. De groei van de centra	91
6.4.2. Het aantal patiënten per huisarts	92
6.4.3. De rol van de gemeenten	93
6.5. De relatie met detacherende instellingen	94
6.6. Samenvatting en conclusies	94
VII. DE DEKKING VAN DE RESTERENDE TEKORTEN	97
7.1. Inleiding	97
7.2. Acties naar de subsidiënten	97
7.3. Liquiditeitsproblematiek	98
7.4. Samenvatting	100

	<u>Blz.</u>
VIII. CONSESSIES IN DE PRAKTIJK- EN BELEIDSVOERING VAN DE CENTRA	101
8.1. Geen tekorten, geen financiële problemen?	101
8.2. Consessies in de praktijk- en beleidsvoering	102
8.3. Nevenactiviteiten	104
8.4. Wensen voor een andere financiering van gezondheidscentra	104
8.5. Samenvatting en conclusies	107
GERAADPLEEGDE LITERATUUR	108
GEBRUIKTE AFKORTINGEN	111
BIJLAGEN: 1. Onderzoeksvoorstel	112
2. Brief aan de centra om verzoek medewerking vraaggesprekken	119
3. Checklist t.b.v. de interviewronde	121
4. Overzicht van de personeels/samenwerkingsformatie en de praktijkomvang van de huisartsen van de in het onderzoek betrokken gezondheidscentra op de peildata januari 1978, 1979, 1980 en 1981	135
5. Het door het accountantsbureau gehanteerde baten- en lastenmodel	142
6. Analyse van de exploitatieresultaten over 1979 per centrum van 17 van de 18 in het onderzoek betrokken gezondheidscentra	145
7. Analyse van de exploitatieresultaten 1979, samenvattend overzicht door het accountantsbureau samengesteld	155

OVERZICHT TABELLEN	<u>Blz.</u>
<u>Tabel 1.1.:</u> De disciplinaire samenstelling van de onderzochte gezondheidscentra op 1 januari 1979 en 1 januari 1980 (exklusief de disciplines die slechts in één centrum vertegenwoordigd zijn).	21
<u>Tabel 1.2.:</u> De gemiddelde praktijkomvang, het gemiddeld aantal patiënten per (full-time) huisarts en het totaal aantal patiënten van de onderzochte 18 centra in 1979, 1980 en 1981.	22
<u>Tabel 2.1.:</u> Subsidietoekenningen in het kader van de Stimuleringsregeling over de jaren 1978 en 1979 (afgerond op honderd gulden).	29
<u>Tabel 2.2.:</u> Subsidietoekenningen in het kader van de Voorlopige Richtlijnen van de ZFR tot en met maart 1982 (afgerond op honderd gulden) betreffende de in het onderzoek betrokken centra.	37
<u>Tabel 2.3.:</u> De financiële (en materiële) ondersteuning van de onderzochte gezondheidscentra door gemeenten.	40
<u>Tabel 2.4.:</u> De financiële ondersteuning van de onderzochte gezondheidscentra door ziekenfondsen.	42
<u>Tabel 3.1.:</u> Overzicht van de exploitatietekorten over 1979 (x f 1.000,-), per regio gerangschikt naar afnemende exploitatietekorten.	48
<u>Tabel 4.1.:</u> De totale exploitatietekorten (exklusief subsidies) van de 18 centra in 1979, onderscheiden naar aanloop- en structurele elementen.	62
<u>Tabel 4.2.:</u> De exploitatietekorten per centrum onderscheiden naar aanloop- en structurele elementen.	64
<u>Tabel 4.3.:</u> De omvang van de huisartsenpraktijk en het gemiddeld aantal patiënten per (full-time) huisarts van de onderzochte centra in 1979, 1980 en 1981.	67

	<u>Blz.</u>
<u>Tabel 4.4.:</u> De relatie tussen startwijze en startjaar van de centra en het vóórkomen van aanlooptekorten.	69
<u>Tabel 5.1.:</u> Analyse van de exploitatietekorten (vóór aftrek subsidies) in 1979 van 17 centra naar diverse posten.	73
<u>Tabel 5.2.:</u> Analyse van de exploitatieresultaten naar diverse posten van de 9 centra waarvan de feitelijke kosten in 1979 hoger zijn dan de theoretische opbrengsten bij de landelijke normen (voor solisten).	76
<u>Tabel 5.3.:</u> Analyse van de exploitatieresultaten naar diverse posten van de 8 centra waarvan de feitelijke kosten in 1979 lager zijn dan de theoretische opbrengsten bij de landelijke normen (voor solisten).	77

INLEIDING

De konsensus met betrekking tot de versterking van de eerste lijn neemt snel af als het er om gaat dit uitgangspunt konkreet gestalte te geven. Terwijl samenwerking in de eerste lijn al niet meer door alle betrokkenen als logische konsequentie van een versterking daarvan wordt gezien, de gewenste samenwerkingsvorm geeft nog meer aanleiding tot diskussie. Zoals tegenwoordig gebruikelijk wordt het kosten-baten aspekt in toenemende mate in deze diskussie ingebracht. Het is dan ook niet toevallig dat juist de gezondheidscentra met hulpverleners in dienstverband onderwerp van deze studie vormen. Hoewel gering in aantal (circa 20 stuks) in vergelijking met andere multidisciplinaire samenwerkingsverbanden in de eerste lijn, doen ze in toenemende mate van zich spreken. Het feit dat vooral centra met hulpverleners in dienstverband, ondanks de bestaande subsidiemogelijkheden, financiële problemen signaleren is de aanleiding geweest om het onderhavige onderzoek uit te voeren. Mogelijk krijgt dit onderzoek een vervolg in een soortgelijke studie naar gezondheidscentra zonder hulpverleners in dienstverband aangezien ook deze samenwerkingsverbanden in toenemende mate een beroep doen op de Ziekenfondsraad voor een financiële tegemoetkoming.

In dit rapport wordt verslag gedaan van een onderzoek naar de omvang en de oorzaken van de financiële problemen. Binnen de beperkte omvang van dit onderzoek moesten we vraagstellingen die gericht zijn op het vergelijken van de verschillende samenwerkingsvormen met solistisch werkzame hulpverleners wat betreft de kosten en de besparingen in de tweede lijn (laat staan kwaliteitsevaluatie en patiëntensatisfaktiemetingen) laten liggen*. Ons onderzoek gaat slechts in op één aspekt van de kosten-baten diskussie rond gezondheidscentra met hulpverleners in dienstverband: de financiële problemen en daaruit voortvloeiend de kosten van deze samenwerkingsverbanden. In hoeverre de keerzijde van de méérkosten van deze centra - kwaliteitsverbetering en besparingen elders in de gezondheidszorg - aanwezig is wordt in dit onderzoek niet behandeld.

* Deze vraagstelling is tot nu toe onvoldoende door onderzoek beantwoord. Wel is momenteel door het NHI een onderzoeksvoorstel rond samenwerken en verwijzen ter subsidie aangeboden aan de Ziekenfondsraad

De resultaten van het onderzoek zijn gebaseerd op nagenoeg alle (18 van de 20) centra die vóór of in 1979 van start zijn gegaan met hulpverleners in dienstverband. De opbouw van het rapport is als volgt:

Na de samenvatting wordt in het eerste hoofdstuk het doel en de opzet van het onderzoek behandeld. In hoofdstuk II staat de financiering van de centra centraal. Ingegaan wordt op de verschillende financieringsregelingen en hoe de 18 in het onderzoek betrokken centra daarvan gebruik hebben gemaakt. Hoofdstuk III heeft de financiële tekorten van de centra tot onderwerp. In hoofdstuk IV wordt de vraag behandeld in hoeverre de exploitatietekorten van de centra (vóór aftrek van subsidies) aanloop- of structurele problemen weerspiegelen, terwijl in het vijfde hoofdstuk deze tekorten geanalyseerd worden naar de diverse kostenposten zoals personeel, huisvesting etc.. De oorzaken van de resterende tekorten (de tekorten die niet door subsidies worden gedekt) worden in hoofdstuk VI behandeld en in hoofdstuk VII staat de wijze waarop de centra deze resterende tekorten trachten te dekken centraal. Tenslotte wordt in hoofdstuk VIII aandacht besteed aan de financiële problemen voorzover deze niet tot uitdrukking komen in tekorten: de konsessies in de praktijk en de beleidsvoering. Het hoofdstuk wordt afgesloten met een overzicht van de bij de centra levende wensen ten aanzien van een andere financiering. Tenbehoeve van het onderzoek is een projectgroep geformeerd bestaande uit medewerkers van het S-1 project en het NHI. Gedurende een aantal zittingen was tevens de heer A.L.Touw, registeraccountant van het bij het onderzoek ingeschakelde accountantsbureau Paardekooper & Hoffman aanwezig. De personele samenstelling van de projectgroep was als volgt:

J.M.Bensing, hoofd afdeling Wetenschappelijk Onderzoek NHI

W.G.M. Boerma, medewerker afdeling onderzoek NHI

J.H.Levelink, medewerker S-1 project (tot 1-2-1982)

S.Mostert, medewerker S-1 project (vanaf 1-2-1982)

L.Peters, medewerker NHI, projectleider van het onderzoek

L.Sweerts, projectleider S-1 project.

SAMENVATTING

Het voorliggende rapport is het resultaat van een gedurende de eerste helft van 1982 door het Nederlands Huisartsen Instituut in opdracht van het S-1 project uitgevoerd onderzoek naar de financiële problematiek van gezondheidscentra met hulpverleners in dienstverband.

In dit rapport worden gegevens aangedragen die tot doel hebben een bijdrage te leveren tot een standpuntbepaling over de huidige en - voorzover gewenst - over de voorgestane financiering van gezondheidscentra met hulpverleners in dienstverband.

De resultaten van dit onderzoek zijn gebaseerd op financiële jaarstukken betreffende 1979 en op vraaggesprekken met vertegenwoordigers van de centra. Bij het onderzoek zijn 18 van de 20 centra betrokken, die vóór of in 1979 van start zijn gegaan.

Naast een beschrijving van de financieringsstructuur van de centra wordt in dit rapport aandacht besteed aan de omvang van de tekorten, de aard, samenstelling en oorzaken daarvan, de niet uit de tekorten blijken overige financiële problemen en tenslotte de bij de centra levende wensen voor wijzigingen van het huidige financieringssysteem.

De hoofdstukken van dit rapport worden steeds afgesloten met een samenvatting en met conclusies. We beperken ons in deze samenvatting dan ook tot de belangrijkste resultaten.

a. De financiering van gezondheidscentra (zie hoofdstuk II)

Naast de reguliere honoreringsregelingen zoals die ook voor solistisch werkzame hulpverleners van toepassing zijn, worden alle centra gesubsidieerd vanuit meestal meer dan één bron.

Behalve de Stimuleringsregeling waarop alle 18 onderzochte centra een beroep hebben gedaan, is de Ziekenfondsraad door 16 centra benaderd voor een financiële tegemoetkoming in het kader van de Voorlopige Richtlijnen. Bovendien ontvangt nog één centrum jaarlijks een AWBZ-subsidie buiten toepassing van deze richtlijnen.

Deze beide landelijke regelingen lopen sterk uiteen wat betreft de subsidiesystematiek. Relatief eenvoudig is de Stimuleringsregeling die géént is op vaste bedragen per deelnemer. De voorlopige Richtlijnen zijn gebaseerd op het principe van een tekorten-subsidiëring.

Voorzover de inkomsten uit andere subsidies niet voldoende blijken om de exploitatietekorten te dekken voorziet deze regeling in principe in een integrale dekking hiervan, mits de centra aan een aantal normen voldoen. De toepassing van deze regeling blijkt zeer gekompliceerd door het soms afwezig zijn van normen en/of een eenduidige uitwerking daarvan. In de praktijk wordt de hoogte van de tegemoetkoming dan ook vaak bepaald door ad-hoc besluiten van de Ziekenfondsraad.

Behalve deze landelijke regelingen zijn voor de meeste centra tevens de gemeenten en de ziekenfondsen van belang. De gemeentelijke financiële steun loopt uiteen voor een garantstelling voor een lening tot een totale dekking van tekorten (in het geval de centra onder een gemeente ressorteren. Alle schakeringen hier tussen in, zoals een gedeeltelijke dekking van (aanloop tekorten, éénmalige subsidies, etcetera) worden eveneens aangetroffen. Ook het soort financiële ondersteuning door plaatselijke ziekenfondsen (voor 13 centra van belang) lopen sterk uiteen.

Het meest voorkomend is hier een garantiehonorarium, een bevoorschottingsregeling en/of het verstrekken van een lening of een garantstelling daartoe. In enkele gevallen subsidiëren de ziekenfondsen aanlooptekorten of worden éénmalige subsidies verstrekt. De financiële ondersteuning door deze plaatselijke instanties kan van grote invloed zijn op de financiële positie van de betrokken centra. Het kan het verschil betekenen tussen het al dan niet vóórkomen van ongedekte tekorten en/of liquiditeitsproblemen.

b. De tekorten van de centra (zie hoofdstuk III)

Op basis van de exploitatiegegevens over 1979 is vastgesteld dat alle 18 centra exploitatietekorten vertonen indien geen rekening wordt gehouden met subsidies. Deze tekorten omvatten voor alle centra tesamen een bedrag van ruim 5.5. miljoen, hetgeen overeenkomt met 39% van de totale lasten in 1979. Per centrum varieëren deze tekorten van f 44.800,- tot ruim één miljoen gulden.

De over 1979 toegekende subsidies*, althans voorzover in maart 1982 bekend, waren voor 8 centra voldoende om de exploitatietekorten over dat jaar te dekken.

*Inclusief voorschotten en de aanzuivering van tekorten door instellingen waaronder de centra, voor zover van toepassing, ressorteren.

De tekoreten van de 10 centra waarvan de subsidies ontoereikend zijn om tot een sluitende exploitatie te komen lopen uiteen van f 500,- tot f 223.800,- per centrum.

De Amsterdamse centra nemen in dit landelijk onderzoek een uitzonderingspositie in: 6 van de 7 sloot 1979 met een ongedekt tekort af tegen 4 van de 11 centra in de rest van het land. Bovendien bleek de hoogte van deze resterende tekorten bij de Amsterdamse centra ruim tweemaal zo hoog te zijn als bij de andere centra. Deze verschillen zijn het gevolg van de relatief (in verhouding tot de lasten) hoge exploitatietekorten en de in verhouding tot de hoogte van de exploitatietekorten lagere aan de Amsterdamse centra toegekende subsidies.

Uit de vraaggesprekken met de centra kwam over het algemeen een rooskleurig beeld naar voren: slecht 2 centra waren van mening dat de tekorten aanzienlijke problemen met zich meebrengen, de overige centra beoordeelden de tekorten als minder ernstig en/of van tijdelijke aard of kenschetsten de situatie na 1979 als 'hoopvol maar onzeker'. De respondenten baseerden zich hierbij op toegezegde subsidies of verwachtingen hieromtrent en op doorgevoerde wijzigingen in de praktijkvoering.

c. De aard en samenstelling van de exploitatietekorten (zie hoofdstuk IV en V)

Een groot deel van de gezondheidscentra is pas kort geleden van start gegaan in een situatie waarin de praktijk van de grond af aan opgebouwd moest worden. Uitgaande van de veronderstelling dat bij 2210 patiënten per huisarts er sprake is van een volle praktijk (waarbij de patiëntenaantallen volgens een financieel telkriterium samengesteld zijn) zouden de eerder berekende exploitatietekorten over 1979 (vóór aftrek van subsidies) van 4 centra uitsluitend als aanlooppoblemen betiteld kunnen worden terwijl de tekorten van de overige 14 centra zowel aanloop als structurele elementen bevatten. De totale exploitatietekorten zouden volgens dit analysemodel voor circa 57,5% als aanlooptekort beschouwd kunnen worden. Plaatsen we deze resultaten tegen de werkelijke groei van het aantal patiënten per huisarts vanaf 1979 dan blijken er sterke aanwijzingen te zijn dat de exploitatietekorten voor een veel groter deel van structurele aard zijn.

Bij 10 centra is namelijk in het geheel geen groei in de praktijkomvang per huisarts te onderkennen. In cijfers vertaald betekent dit dat bijna driekwart van de tekorten over 1979 structureel zijn.

Een differentiatie van de lasten en opbrengsten (exclusief subsidies) over 1979 van 17 centra toont aan dat met uitzondering van de post praktijkkosten* alle overige kosten bij het merendeel van de centra verantwoordelijk zijn voor de tekorten. Om de structurele elementen van deze kosten-verschillen vast te stellen, zijn de feitelijke kosten over 1979 vergeleken met de theoretische opbrengsten indien de centra een volgens de landelijke honoreringsregelingen (voor solisten) 'volle praktijk' zouden hebben. Uit deze analyse komt naar voren dat het totale kostenniveau bij 9 centra in 1979 hoger is en bij 8 centra lager dan de korresponderende opbrengsten. De uitkomsten per kostenpunt geven het volgende beeld te zien:

De personeelskosten van het 'niet hulpverlenende' personeel (praktijkassistenten, coördinatoren, administratief medewerkers, etcetera) zouden bij 16 centra hoger zijn (gezien de sinds 1979 plaatsgevonden dan wel voorgenomen veranderingen in de huisvesting zullen deze kosten eerder hoger dan lager zijn).

De bureau- en organisatiekosten zouden eveneens (bij alle 17 centra) de opbrengsten overschrijden.

Deze hogere kosten worden ten dele gecompenseerd door lagere kosten betreffende de personeelskosten van de hulpverleners bij 14 centra (vooral als gevolg van de relatief lage salariëring van de huisartsen) en lagere praktijkkosten bij 15 centra.

d. De oorzaken van de resterende tekorten (zie hoofdstuk VI)

Het al dan niet resteren van ongedekte tekorten is afhankelijk van de exploitatieresultaten en de hoogte van de toegekende subsidies. Onze indruk is dat niet zozeer de exploitatieresultaten als wel de per centrum wisselende subsidiemogelijkheden bepalen of, en zo ja tot welke bedragen een centrum met ongedekte tekorten blijft zitten.

*Scholing, opleiding, waarneming, medische inventaria, etcetera.

Voor die centra waarvoor de Voorlopige Richtlijnen als 'laatste' subsidiebron fungeert kan gekonstateerd worden dat ondanks een soms soepele toepassing van de richtlijnen na subsidietoekenning nog tekorten resteren. Dit wordt veroorzaakt doordat de Ziekenfondsraad een aantal met tekorten samenhangende posten niet aanvaardbaar acht in het kader van deze richtlijnen (onder anderen ten aanzien van een te ruime huisvesting, te hoge inschalingen, te ruime dienstverbanden) en bovendien de financiële tegemoetkoming koppelt aan het aantal patiënten per huisarts en bepaalde produktienormen wat betreft andere hulpverleners.

De, in vergelijking met door de Ziekenfondsraad gehanteerde normen, lage patiëntenaantallen per huisarts beïnvloeden niet alleen de regulière opbrengsten negatief maar hebben tevens vaak tot gevolg dat de AWBZ-subsidie de tekorten niet volledig dekt.

Deze lage patiëntenaantallen worden enerzijds veroorzaakt doordat de groeiprognose's niet of vertraagd gehaald worden, anderzijds zijn ze het gevolg van door de centra gehanteerde lagere streefaantallen in vergelijking met de Ziekenfondsraadnorm van 2210 per huisarts. Bovendien kan dit verschil verklaard worden vanuit het gegeven dat de (financiële) telmethode die de Ziekenfondsraad hanteert doorgaans niet overeenkomt met en meestal lager uitvalt dan de werkelijk bij de centra ingeschreven aantallen patiënten. Zeer waarschijnlijk is dit het gevolg van een gemiddeld lager aantal kontakten per partikuliere patiënt per jaar dan de rekenmethode van de Ziekenfondsraad veronderstelt.

e. Overige financiële problemen (zie hoofdstuk VII en VIII)

De financiering van de ongedekte tekorten alsmede van het werkkapitaal brengt de centra soms in aanzienlijke problemen. Zowel de traagheid waarmee sommige subsidieuitkeringen gepaard gaan als de afhankelijkheid van derden als het erom gaat (tijdelijke) tekorten te financieren hebben bij 7 centra één of meerdere malen tot ernstige liquiditeitsproblemen geleid. Het zal dan ook geen verwondering wekken dat deze centra voor een (beter) voorschotregeling met de Ziekenfondsen pleiten.

De dekking van de resterende exploitatietekorten heeft bijna alle betrokken centra aangespoord om subsidies (bijgesteld) te krijgen.

In een aantal gevallen met succes, zij het dat de subsidiegever daar vaak (sanerings)maatregelen tegenover stelde. Echter ook zonder directe druk van subsidiegevers hebben de meeste centra (15 van de 18) maatregelen getroffen om tekorten te beperken dan wel te voorkomen.

Naast het aantrekken van nevenactiviteiten die alleen vanuit financiële overwegingen verricht worden, meldden de centra een groot aantal konsessies. De door de centra naar voren gebrachte knelpunten betroffen vooral het vele overwerk en konsessies op het vlak van de organisatorische en beheerstaken.

Mede in het licht van de konsessies werd een bijstelling van de huidige financiering voorgestaan ten aanzien van de volgende punten:

- een integraal financieringssysteem en vooral een minder complexe en procedureel minder tijdrovende financieringsprocedure,
- uniformering van de arbeidsrechtelijke positie van de centrum medewerkers,
- een geformaliseerde voorschotregeling,
- verruiming van de financiële mogelijkheden voor coördinatie/beheer, fysiotherapie en praktijkassistenten.

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

I. OVER HET DOEL EN DE OPZET VAN HET ONDERZOEK.

1.1. De aanleiding.

De aanzet tot het onderzoek is gegeven op het in februari 1981 gehouden "Halfjaarlijks Overleg" rond het S-1 projekt*. Gedurende deze bespreking is van gedachten gewisseld over de door S-1 gesignaleerde financiële problemen van gezondheidscentra. Uit deze discussie kwam een verschil van mening naar voren ten aanzien van de vraag of de bestaande financieringsmogelijkheden de centra in staat stellen om tot een sluitende exploitatie te komen. Omdat de hierbij gebruikte argumenten onvoldoende gegrond bleken te zijn op 'harde' gegevens, konkludeerde de voorzitter van het overleg dat eerst deze gegevens verzameld moesten worden alvorens vastgesteld kon worden of en zo ja in welke richting oplossingen voor de financiële problematiek van gezondheidscentra gezocht moeten worden. S-1 werd verzocht op korte termijn in deze leemte te voorzien.

Aangezien al spoedig bleek dat de gevraagde informatie niet geheel uit het bestaande materiaal af te leiden viel, heeft S-1 het NHI benaderd met de vraag om een onderzoek naar de financiële problemen van de centra te verrichten. In overleg met vertegenwoordigers van de Ziekenfondsraad en de Landelijke Vereniging van Gezondheidscentra, het Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, hebben S-1 en de afdeling Onderzoek van het N.H.I. een onderzoeksvoorstel geformuleerd dat als basis dient van het onderzoek waarvan hier verslag wordt gedaan.

/. In dit voorstel (zie Bijlage I) wordt het onderzoek gesplitst in twee delen, enerzijds gericht op gezondheidscentra met hulpverleners in dienstverband, anderzijds gericht op de overige centra. Aan deze tweedeling lag de overweging ten grondslag dat eerstgenoemde centra in tegenstelling tot de andere centra nagenoeg allemaal een beroep doen op een financiële tegemoetkoming in het kader van de AWBZ en dat van deze centra bovendien de jaarstukken een relatief compleet beeld geven van de financiële situatie van de samenwerkingsverbanden.

Eén en ander heeft geresulteerd in een opdracht van S-1 aan het NHI om het eerste deel van het onderzoek (gericht op gezondheidscentra met

* S-1 staat voor Samenwerkingsprojekt 1e lijn, waarin het NHI, de NK en de Joint participeren.

hulpverleners in dienstverband) ter hand te nemen, terwijl de uitvoering en invulling van het tweede deel van het onderzoek (gericht op de overige centra) in afwachting van de resultaten van het eerste deelonderzoek en overleg daarover met de subsidiënten van S-1 tot een later tijdstip is opgeschort. Op 1 januari 1982 is, nadat reeds enige voorbereidingen waren getroffen, het onderzoek van start gegaan.

1.2. De doel- en vraagstellingen

Het onderzoek beoogt meer inzicht te geven in de financiële problemen van gezondheidscentra met hulpverleners in dienstverband, teneinde tot oplossingen daarvoor te komen. Met andere woorden, in het onderzoek worden gegevens verzameld en vervolgens op een zodanige wijze geanalyseerd dat er handvatten worden geboden om de huidige financiering van gezondheidscentra, zonodig, bij te stellen.

S-1, als opdrachtgever, en het NHI, als uitvoerder van het onderzoek, zijn hierbij overeengekomen dat het verslag van het onderzoek en de daarop gebaseerde aanbevelingen voor een andere financieringsstructuur van gezondheidscentra onder verschillende verantwoordelijkheid naar buiten gebracht moeten worden. Hierbij is vastgesteld dat het formuleren van eventuele aanbevelingen in eerste instantie tot taak van S-1 gerekend kan worden. In dit onderzoeksverslag hebben we ons dan ook beperkt tot het geven van konklusies en het plaatsen van enige kanttekeningen bij de gevonden resultaten.

In het onderzoeksvoorstel zijn de volgende vraagstellingen opgesteld:

- hebben gezondheidscentra tekorten; welke zijn dat en hoe groot zijn zij;
- is er vooral sprake van aanlooptekorten of moet met structurele tekorten rekening worden gehouden;
- waardoor worden deze tekorten veroorzaakt;
- op welke wijze worden de tekorten door de gezondheidscentra gedekt?

Bij de uitwerking van deze vragen kwam naar voren dat het gebruikte begrip 'tekorten' minder eenduidig is dan op het eerste gezicht lijkt.

Gegeven de bijzondere financieringsstructuur van gezondheidscentra, globaal opgebouwd uit reguliere opbrengsten uit verrichtingen en abonnementen, min of meer reguliere subsidies zoals die in het kader van de Stimuleringsregeling en de Voorlopige Richtlijnen verstrekt worden en incidentele subsidies, kunnen verschillende soorten tekorten onderscheiden worden.

In het onderzoek is, voorzover de gegevens dit toelieten, getracht dit multi-interpretabele karakter van het begrip 'tekorten' zoveel mogelijk tot uitdrukking te brengen. In hoofdstuk III wordt hier nader op ingegaan.

Bij de opzet van het onderzoek is tevens vastgesteld dat het begrip 'tekorten' een te smalle basis vormt om de financiële problematiek van gezondheidscentra boven tafel te krijgen. Zo de gedachtengang, dat een centrum met ongedekte tekorten in financiële problemen verkeert vrijwel altijd opgaat, het omgekeerde hoeft niet altijd het geval te zijn; een centrum dat zijn exploitatie sluitend krijgt, maar hiervoor ingrijpende concessies heeft moeten doen wat betreft de ingezette menskracht en/of taken zal zijn financiële positie naar alle waarschijnlijkheid niet bepaald als onproblematisch ervaren. Het onderzoek is dan ook in zoverre aangepast dat naast de tekorten en de oorzaken daarvan ook de vanuit financiële overwegingen gedane concessies de aandacht hebben gekregen.

1.3. De opzet van het onderzoek.

Gezien de diversiteit van de te verzamelen gegevens, enerzijds 'objectieve' financiële cijfers, anderzijds subjectieve opvattingen en meningen van de gezondheidscentra, is het onderzoek in twee delen opgebouwd. Het lag in de bedoeling dat een accountantsbureau op basis van financiële (jaar)stukken van de centra een analyse zou uitvoeren waarin de eventuele tekorten van de centra zouden worden vastgesteld en de achtergronden van deze tekorten nader zouden worden geanalyseerd. In het tweede deel van het onderzoek zouden de centra vervolgens geïnterviewd worden om mede op basis van de door het accountantsbureau aangedragen gegevens de oorzaken van de eventuele tekorten in te kleuren met de door de centra aangedragen informatie.

De onvoltooid verleden tijd waarin het bovenstaande is gesteld geeft al aan dat het onderzoek hier niet geheel volgens plan is uitgevoerd. Door een veelheid aan factoren bleek het accountantsbureau niet in staat om zijn analyse per centrum tijdig af te ronden. Met als gevolg dat gedurende de vraaggesprekken met de centra nagenoeg geen resultaten van het eerste onderzoeksdeel benut konden worden.

1.3.1. De financiële analyse door het accountantsbureau.

In opdracht van het NHI zijn de jaar- en exploitatierekeningen van de centra geanalyseerd door Paardekooper & Hoffman, accountants. De analyses hebben betrekking op het jaar 1979, zijnde het meest recente jaar waarover van alle centra financiële jaarstukken beschikbaar waren. Aangezien de exploitatierekeningen van de centra zeer verschillend van opzet zijn heeft het accountantsbureau de exploitatieresultaten allereerst getransformeerd in één exploitatiemodel teneinde onderlinge vergelijking van de centra mogelijk te maken.

Vervolgens zijn in overleg met de projectgroep een aantal analyses uitgevoerd die vooral ten doel hadden indicaties te verkrijgen ten aanzien van de vraag in hoeverre de tekorten een aanloop dan wel een structureel karakter hebben. In de betreffende hoofdstukken zullen de uitgangspunten van deze analyses nader aan bod komen.

Deze nadere analyses zijn verwerkt in een door de accountants op 11 juni j.l. aan het NHI uitgebracht rapport. Gegevens hieruit zijn door het NHI in het onderhavige rapport verwerkt. Deze eindrapportage geschiedt onder verantwoordelijkheid van het NHI.

De financiële analyses zijn gebaseerd op het volgende sekundaire onderzoeksmateriaal:

- jaar en/of exploitatierekeningen over 1979
- verzamelloonstaten over 1979
- gegevens uit het NHI-registratiesysteem betreffende aantallen patiënten van huisartsen in 1978, 1979 en 1980
- ZFR-stukken voorzover deze tot en met maart 1982 in de Subcommissie Gezondheidscentra aan de orde zijn geweest.

1.3.2. De vraaggesprekken met de centra.

- In het begin van februari 1982 zijn de centra verzocht medewerking te verlenen aan een vraaggesprek over hun financiële problemen (zie bijlage 2).
- Voorafgaand aan de in maart en april gehouden gesprekken is een checklist opgesteld (zie bijlage 3), die de centra vooraf ter oriëntatie en voorbereiding is toegezonden. Deze lijst is gedurende de gesprekken gebruikt

als een soort basisagenda. Op grond van de reeds beschikbare gegevens en de bijzondere positie die een centrum inneemt is per centrum meer of minder aandacht aan bepaalde in de lijst genoemde gespreksthema's besteed.

Een concept van deze lijst is aan vertegenwoordigers van de LVG, de LHV/SACO, de ZFR, VOMIL en de FAG-werkgroep voor kommentaar toegezonden.

Voorzover deze ronde suggesties opleverde, zijn deze zoveel mogelijk in de definitieve checklist verwerkt.

In de gesprekken zijn de volgende thema's behandeld:

- De omvang en samenstelling van de personeels-/samenwerkingsformatie en de praktijkomvang van de huisartsen van januari 1977 t/m januari 1981.
- De door het centrum aangevraagde, resp. toegekende, financiële tegemoetkomingen/subsidies en de afhandeling daarvan (t/m 1981).
- De (resterende) tekorten; de wijze waarop deze gedekt zijn/worden; de gevolgen van eventuele tekorten voor de beleidsvoering.
- De achtergronden en oorzaken van de eventueel resterende tekorten en/of financiële knelpunten waarbij onderscheid is gemaakt tussen
 - . de voorbereidingsfase (periode tot ingebruikneming van het centrum)
 - . de aanloopfase
 - . structurele factoren zoals bijv. huisvesting , consumptiebehoefte, financieel personeelsbeleid, personeelsomvang en samenstelling etc.
- De uit de financiële situatie van het centrum voortvloeiende problemen.
- En tenslotte de ideeën en wensen die binnen het centrum leven wat betreft een (toekomstige) financiering van gezondheidscentra.

Het was niet geheel onverwacht dat deze gesprekken, aangekondigd voor circa anderhalf uur, in de praktijk meer tijd vergden.

In het verzoek om medewerking aan de centra is de wens te kennen gegeven dat van de zijde van de centra aan het gesprek een bestuurslid en/of hulpverlener zouden deelnemen, die ingevoerd zijn in de financiële aangelegenheden en in het algemeen functioneren van het centrum vanaf de start. In de praktijk hebben meestal een hulpverlener (doorgaans een huisarts) en een bestuurslid (vaak de penningmeester) aan de gesprekken deelgenomen. In enkele gevallen hadden de centra meerdere personen afgevaardigd. Van elk gesprek is door de onderzoeker een verslag gemaakt dat de respondenten voor kommentaar (korrekties, aanvullingen) is toegezonden. In deze deelverslagen zijn tevens gegevens verwerkt van (financiële) jaarstukken, ZFR-stukken en door de centra meegegeven brieven, (interne) nota's etc.

Het voorliggende rapport is, behalve op de resultaten van de door het accountantsbureau uitgevoerde analyse gebaseerd op deze gekorrigeerde deelverslagen.

1.3.3. De afstemming van de financiële analyse en gegevens uit de
vraaggesprekken.

Al eerder is opgemerkt dat de aanvankelijk geplande fasering van het onderzoek, eerst de financiële analyse door het accountantsbureau, vervolgens de vraaggesprekken, niet haalbaar bleek. Desondanks is in de verslaglegging getracht beide deelonderzoeken te integreren. Dit is vooral van belang ten aanzien van die thema's waarover beide deelonderzoeken, zij het via een andere onderzoeksmethode, gegevens hebben opgeleverd. Een voorbeeld hiervan is de vraag in hoeverre eventuele tekorten een aanloop dan wel een structureel karakter hebben. Terwijl in de financiële analyse door het accountantsbureau hier noodzakelijkerwijs uniforme criteria voor alle centra gehanteerd worden- bijv. de praktijkomvang en dus de daarop gebaseerde inkomsten zijn gerelateerd aan de door de ZFR gehanteerde norm van 2210 patiënten per huisarts -kwam uit de vraaggesprekken onder meer naar voren dat de centra in deze verschillende streefgetallen hanteren. Vanuit dergelijke overwegingen is gedurende het onderzoek regelmatig overleg tussen het accountantsbureau en de onderzoeker/projectgroep geweest om de keuze van de analyse-kriteria bij de financiële analyse zoveel mogelijk af te stemmen op de financieringspraktijk van de centra. In de rapportage is steeds aangegeven op welke bron de resultaten stoelen.

1.4. De betrouwbaarheid van de gegevens.

Om een indruk te geven van de mate waarin de in dit onderzoek gebruikte gegevens, en daarmee de daarop gebaseerde resultaten van de analyses, recht doen aan de werkelijkheid, is het nodig aandacht te besteden aan:

- de informatiebronnen dieten behoefte van de materiaalverzameling benut zijn,

- de methoden waarmee het onderzoeksmateriaal vergaard is,

Zoals al eerder is uiteengezet valt het onderzoek globaal uiteen in een door een accountantsbureau verrichte financiële analyse op basis van

sekundair materiaal en een door het NHI uitgevoerde, meer kwalitatief gerichte, analyse op basis van vraaggesprekken.

Wat betreft de door het accountantsbureau verrichte werkzaamheden kan, in het kader van de betrouwbaarheid, het volgende opgemerkt worden. De door dit bureau uitgevoerde analyse richt zich op het jaar 1979. Hierbij is uitsluitend gebruik gemaakt van secundair materiaal (zie par. 1.3.1.) De jaar- of exploitatierekeningen van 13 centra bevatten een verklaring van een (andere) accountant. In vijf gevallen ontbreekt een accountantsverklaring. Gezien de gekompliceerdheid van de financiering van de centra en, vooral, de traagheid waarmee de vaststelling van definitieve subsidietoekenningen gepaard gaan heeft het in het onderzoek betrokken accountantsbureau zich bij de vaststelling van de exploitatieresultaten van de centra over 1979 tevens gebaseerd op (nagekomen) subsidies in het kader van de AWBZ, voorzover deze in de ZFR-stukken* betreffende het jaar 1979 tot uitdrukking komen. Desondanks zijn van verschillende centra nog diverse subsidies, zowel vanuit de AWBZ als andere bronnen over 1979 nog steeds niet definitief vastgesteld. Met als gevolg dat in de financiële analyse soms P.M.-posten zijn verwerkt die de uitkomsten uiteraard enigszins scheef-trekken. Wat betreft de vaststelling van ongedekte tekorten wordt dit manko enigszins ondervangen doordat in de vraaggesprekken de uiteindelijk verwachte ongedekte tekorten ter sprake zijn geweest. Deze informatie is echter, gezien het soms voorlopige karakter, niet in de cijfermatige financiële analyse verwerkt.

Bij de organisatie van de vraaggesprekken is het nuttig het doel van het onderzoek in de herinnering terug te roepen. Het verkrijgen van inzicht in financiële problemen vooronderstelt dat deze problemen inderdaad bestaan. Bij het samenstellen van de eerder genoemde checklist en de op basis daarvan gevoerde gesprekken speelde het probleem in hoeverre tijdens de vraaggesprekken van deze vooronderstelling uitgegaan moest worden. Alhoewel voorafgaand aan de gesprekken van de meeste centra een indruk bestond over hun financiële positie (en daarmee over de gewenste aanpak), was, terwille van de onderlinge vergelijkbaarheid een enigszins uniforme

* De financiële tegemoetkomingen in het kader van de AWBZ zijn, over 1979, verwerkt tot en met de besluiten van de raad zoals die 25 maart 1982 zijn vastgesteld.

benadering van alle centra onontbeerlijk. Teneinde het doen van een keuze tussen mogelijke benaderingen, globaal variërend van "zijn er soms financiële problemen?", "hebt u óók financiële problemen" tot "wilt U uw problemen toelichten?" te vermijden, is besloten om de checklist (zie bijlage 3) en daarmee de structuur van de gesprekken trapsgewijs in te richten: "zijn er (resterende)tekorten of financiële problemen", zo ja, "wat zijn de achtergronden en oorzaken", zo nee (dit bleek namelijk ook voor te komen) "hoe verhoudt het centrum zich ten opzichte van de in de checklist genoemde punten".

Overigens dient bij deze uiteenzetting bedacht te worden dat met de vraaggesprekken primair beoogd werd de factoren die samenhangen met tekorten en financiële problemen vast te stellen zoals die door de centra zelf aangegeven worden. Hierbij is een bepaalde mate van individualisering in de benadering van de centra niet alleen onontkoombaar maar ook wenselijk.

1.5. De in het onderzoek betrokken gezondheidscentra.

1.5.1. De totstandkoming van de onderzoekspopulatie.

Het onderzoek richt zich op alle gezondheidscentra met hulpverleners in dienstverband. Voor de omschrijving van gezondheidscentra is aangesloten bij de criteria die het NHI-registratiesysteem van gezondheidscentra hanteert: een samenwerkingsverband met gemeenschappelijke huisvesting van tenminste één huisarts, één wijkverpleegkundige en één maatschappelijk werkende. Uiteraard sluit dit niet uit dat ook andere disciplines al dan niet in dienstverband, aan deze centra verbonden (kunnen)zijn.

Uit een korte oriëntatie kwam naar voren dat 1979 het meest recente jaar was waarover van al deze centra de financiële jaarstukken beschikbaar waren. Dit overwegende is besloten alleen die centra in het onderzoek te betrekken die vóór of in 1979 met hulpverleners in dienst van start zijn gegaan. Aldus kwamen 21 centra in aanmerking op basis van de gegevens uit de NHI-registratie. Naar later bleek ten onrechte wat betreft het Wijkwelzijnscentrum "d'n Iemhoff".

Gedurende het vraaggesprek met dit centrum bleek namelijk dat één van de drie kerndisciplines (nog) niet in het centrum zelf spreekuur hield.

Ook twee andere centra, Philips Groep 4 en de Mathenesserlaan in Rotterdam

zijn niet in de definitieve onderzoekspopulatie opgenomen. Deze centra maken beide deel uit van een groter organisatorisch geheel. Het opstellen van een fiktieve exploitatierekening zou in deze gevallen niet alleen disproportioneel veel werk vereisen, maar zou tevens een weinig betrouwbaar beeld van het werkelijk lastenpatroon geven.

De definitieve onderzoekspopulatie omvat dan ook 18 centra. In het hiernavolgende overzicht is één en ander schematisch weergegeven.

Overzicht van de (selectie van de) onderzoekspopulatie.

Naam Gezondheidscentrum	Vestigingsplaats	Startjaar (met hulpverl. in dienstverband)	Financ. analyse akkountant	vraaggesprek	Definitieve onderzoekspopulatie
1. Osdorp	Amsterdam	1977	ja	ja	X
2. Dirk v. Nijmegen	Amsterdam	1976	ja	ja	X
3. Helmerstraat	Amsterdam	1972	ja	ja	X
4. Nellestein	Amsterdam	1979	ja	ja	X
5. Holendrecht	Amsterdam	1976	ja	ja	X
6. Banne Buksloot	Amsterdam	1977	ja	ja	X
7. Nieuw Waldeck	's-Gravenhage	1979	ja	ja	X
8. Diemen-Zuid	Diemen	1977	ja	ja	X
9. Philips, groep 4	Eindhoven	voor 1970	nee	nee	-
10. Hasseler Es	Hengelo	1976	ja	ja	X
11. Huizermaat	Huizen	1975	ja	ja	X
12. Westzijdeveld	Koog aan de Zaan	1976	ja	ja	X
13. Maarssebroek	Maarsse	1974	ja	ja	X
14. Lindenholt	Nijmegen	1977	ja	ja	X
15. D'n Iemhof	Oss	1980	nee	ja	-
16. Afrikanderwijk	Rotterdam	1974	ja	ja	X
17. Mathenesserlaan	Rotterdam	1974	nee	nee	-
18. Ommoord	Rotterdam	1975	ja	ja	X
19. Randweg	Rotterdam	1976	ja	ja	X
20. Lunetten	Utrecht	1978	ja	ja	X
21. Withuis	Venlo	1973	ja	ja	X
Totalen			18	19	18

1.5.2. Enkele kerngegevens van de centra.

Over de in het onderzoek betrokken centra zijn uit het NHI-registratiesysteem gegevens geput betreffende de omvang en samenstelling van de samenwerkingsformatie, de arbeidsrechtelijke relatie tussen medewerkers en centrum (dienstverband, gedetacheerd, vrijgevestigd) en de praktijkomvang van de huisartsen, dit alles op de peildata januari 1978, 1979, 1980 en 1981. Deze gegevens, die de centra gedurende de vraaggesprekken zijn voorgelegd, werden naar aanleiding van het commentaar van de respondenten in een enkel geval aangepast. De aldus gekorrigeerde kerngegevens zijn in sommige analyses gebruikt als maat om de centra wat betreft kosten, baten en tekorten onderling te vergelijken. Ter oriëntatie volgt hier een korte typering van de 18 onderzochte gezondheidscentra wat betreft enkele kerngegevens*:

Exploiterend rechtspersoon:

In het merendeel van de centra (14x) is er sprake van een Stichtingsvorm. In twee van deze gevallen (Lindholt en Nieuw-Waldeck) exploiteert de stichting ook nog een ander gezondheidscentrum, terwijl één keer (Dirk van Nimwegen) de exploiterende stichting faciliteiten verleent aan andere welzijnsinstellingen. Van de overige 4 centra ressorteren twee Rotterdamse centra onder de GG en GD (Ommoord en Randweg), één centrum wordt geëxploiteerd door een Kruisvereniging (Westzijderveld) en één centrum maakt onderdeel uit van het Wilhelmina Gasthuis (Helmerstraat). Ten aanzien van drie van deze centra, Ommoord, Randweg en Helmerstraat, kan opgemerkt worden dat, ten tijde van het onderzoek, besprekingen werden gevoerd over een verzelfstandiging van deze centra. Hieraan lagen vaak ook financiële overwegingen ten grondslag.

In de centra werkzame disciplines.

In de onderstaande tabel is aangegeven welke categorieën hulpverleners in de onderzochte centra werkzaam waren op de peildata januari 1979 en januari 1980. Gezien de (financiële) analyse-eenheden waarmee in dit onderzoek wordt gewerkt is hierbij onderscheid gemaakt tussen:

./.* In bijlage 4 wordt per centrum een compleet beeld gegeven van deze gegevens.

- a: de hulpverleners die een dienstverband hebben met de exploiterende instantie en (van belang voor de centra die deel uitmaken van een groter organisatorisch geheel) waarvan de personeelskosten op de (interne)exploitatie rekening van het centrum zijn opgevoerd;
- b: de hulpverleners die op detacheringbasis aan de centra verbonden zijn;
- c: de overige aan de centra verbonden hulpverleners (doorgaans in vrij beroep werkzaam).

Tabel 1.1.: De disciplinaire samenstelling van de onderzochte gezondheidscentra op 1 januari 1979 en 1 januari 1980 (exklusief de disciplines die slechts in één centrum vertegenwoordigd zijn).

Arbeidsrechtelijke relatie tussen hulpverleners en het centrum	Aantal gezondheidscentra	
	1 januari 1979	1 januari 1980
<u>a: Hulpverleners in dienst</u>		
huisartsen	16	18
fysiotherapeuten*	10	11
verloskundigen	2	3
apothekers	2	2
tandartsen	1	2
<u>b: Gedetacheerde hulpverleners</u>		
wijkverpleegkundigen**	16	18
maatschappelijk werkenden***	16	18
ziekenverzorgenden	3	4
<u>c: Overige hulpverleners</u>		
verloskundigen	4	3
fysiotherapeuten	2	2
apothekers	2	2
Totaal aantal centra	16	18

* inclusief een oefentherapeute

** inclusief een wijkverpleegkundige die in dienst is van de overkoepelende rechtspersoon van het centrum

*** inclusief een vakatureplaats en een maatschappelijk werker die in dienst is van de overkoepelende rechtspersoon van het centrum

In alle onderzochte centra zijn, logisch voortvloeiende uit de gehanteerde omschrijving van een gezondheidscentrum, de 3 kerndisciplines vertegenwoordigd, en zijn de huisartsen alle in dienst van de centra, terwijl de maatschappelijk werkenden en de wijkverpleegkundigen op (interne) detacheringsbasis aan de centra verbonden zijn. Beperken we ons commentaar tot de categorie 'hulpverleners in dienst' dan valt verder op dat meer dan de helft van de onderzochte centra fysiotherapeuten in dienst hebben, terwijl daarnaast verloskundigen, apothekers en tandartsen in enkele centra op de loonlijst voorkomen.

De praktijkomvang van de huisartsen.

In afwijking van de vorige tabel is de praktijkomvang van de huisartsen geaktualiseerd tot de laatste in het kader van het NHI-registratiesysteem gehouden peiling. Dit is gedaan omdat in de komende financiële analyses bij de bepaling van het aanloopkarakter van financiële tekorten van belang is hoe de praktijkomvang van de huisartsen, en met name het aantal patiënten per full-time huisarts, zich na 1979 ontwikkeld heeft. Omdat in het onderzoek het centrum als analyse-eenheid wordt gebruikt (en niet zozeer de verschillende disciplines), zijn de in tabel 1.2. vermelde aantallen gebaseerd op de totalen en berekende gemiddelden per centrum.

Tabel 1.2: De gemiddelde praktijkomvang, het gemiddeld aantal patiënten per (full-time) huisarts en het totaal aantal patiënten van de onderzochte 18 centra in 1979, 1980 en 1981*.

	1979	1980	1981
Gemiddelde praktijkomvang per centrum	4565	4845	5145
Gemiddeld aantal patiënten per huisarts (op full-time basis omgerekend)	1625	1815	1885
Totaal aantal patiënten	82190	87215	92810

* De vermelde aantallen zijn gebaseerd op de opgaven van de centra. Ze vormen het rekenkundig gemiddelde van de op 1 januari 1979, 1980, 1981 en 1982 gehouden peilingen.

In 1979 funktioneerden alle 18 centra voor kortere of langere tijd met hulpverleners in dienstverband. Sinds die datum is zowel de gemiddelde praktijkomvang per centrum als het gemiddeld aantal patiënten per huisarts gestegen; respectievelijk met 6% en 12% het eerste jaar, en 6% en 4% het tweede jaar.

Tot zover deze algemene schets van de 18 in het onderzoek betrokken centra. In de komende financiële analyses zal, voorzover basisgegevens omtrent aantallen hulpverleners en patiënten gekoppeld worden aan financiële cijfers, een nadere detaillering worden aangebracht.

De lezer die behoefte heeft aan meer cijfermatige informatie over de onderzochte centra wordt verwezen naar Bijlage 4, degenen die de onderzochte centra wat dit soort gegevens betreft wil vergelijken met andere gezondheidscentra kan terecht bij de publikaties uit het NHI-registratiesysteem van huisartsgroepspraktijken en gezondheidscentra (Boerma, 1980 en 1981, Van der Zee, 1978).

II. DE FINANCIERING VAN GEZONDHEIDSCENTRA MET HULPVERLENERS IN DIENST- VERBAND.

2.1. Inleiding.

Gezondheidscentra zijn betrekkelijk jonge voorzieningen. Dit komt tevens tot uitdrukking in de wijze waarop de centra gefinancierd worden. De ook voor de enigszins ingewijden op dit gebied verwarrende hoeveelheid financieringsbronnen, de verscheidenheid aan normen en regels die aan de benutting van deze bronnen verbonden is en niet in het minst de meerduidelijke uitleg die aan enkele elementen van sommige financieringsregelingen gegeven kan worden, maakt het verkrijgen van een helder inzicht, ook voor de direct betrokkenen, tot een moeizame aangelegenheid. Het valt buiten het kader van dit onderzoek om diep in te gaan op de wording van deze financieringsstructuur. Hier kan volstaan worden met de constatering dat gezondheidscentra met hulpverleners in dienstverband als één van de (vele) vormen van samenwerking in de eerste lijn tot nu toe niet tot een op deze voorziening afgestemd uniform financieringsbeleid of stelsel geleid hebben.

In dit hoofdstuk behandelen we in het kort de voor de in het onderzoek betrokken centra relevante financieringsregelingen en de mate waarin deze centra daar gebruik van maken.

2.2. Kort overzicht van de financieringsstructuur.

Gezondheidscentra met hulpverleners in dienstverband worden gefinancierd vanuit diverse bronnen en volgens verschillende regelingen. Evenals vrijgevestigde beroepsbeoefenaren ontvangen de centra gelden via de reguliere vergoedingsregelingen voor huisartsen en indien van toepassing fysiotherapeuten, verloskundigen, apothekers en tandartsen, uiteraard met dit verschil dat de aldus verkregen inkomsten afgedragen worden aan de instantie die het centrum exploiteert en niet aan de individuele hulpverlener.

De overige in de centra werkzame disciplines zijn òf in dienst van een instelling die een samenwerkings-/detacheringsovereenkomst met het cen-

trum heeft afgesloten (maatschappelijk werkenden en wijkverpleegkundigen) òf zijn als vrij-gevestigde beroepsbeoefenaren werkzaam (fysiotherapeuten, verloskundigen, apothekers). Aan de samenwerking met deze niet in dienst van het centrum zijnde hulpverleners zijn huisvestings- en bureau/organisatie-kosten verbonden die, zoals later zal blijken, variërend van geheel tot geheel niet door de detacherende instellingen of hulpverleners vergoed worden.

De resterende geldstromen zijn in eerste instantie gericht op de (gedeeltelijke) vergoeding van de zogenaamde méérkosten van samenwerkingsverbanden in de eerste lijn. De organisatie van het samenwerkingsverband, het samenwerken op zich en de extra activiteiten die samenwerkingsverbanden naar wordt verondersteld in vergelijking tot (de meeste) solistisch werkzame hulpverleners ontplooiën (voorlichting, preventie, e.d.), brengen extra uitgaven en/of een inkomstenderving met zich mee waarin de reguliere vergoedingsregelingen niet voorzien. Blijkens diverse landelijke en plaatselijke (subsidie)regelingen wordt, in principe althans, een aanvullende vergoeding ter dekking van deze méérkosten algemeen onderschreven. Gezondheidscentra met hulpverleners in dienstverband nemen in vergelijking met andere soorten samenwerkingsverbanden in zoverre een uitzonderingspositie in dat ze voor alle op samenwerking afgestemde subsidieregelingen in aanmerking kunnen komen en voorzover deze regelingen een differentiatie in de hoogte van het subsidiebedrag of grondslag kennen, bijna altijd aanspraak kunnen maken op het maximaal toe te kennen bedrag. Wellicht ten overvloede moet opgemerkt worden dat de subsidiegevers niet automatisch de tegemoetkomingen verstrekken, de centra moeten jaarlijks en/of per project een aanvraag indienen.

Globaal kunnen de subsidieregelingen onderscheiden worden in vier categorieën

- landelijke regelingen waarop in principe elk gezondheidscentrum een beroep kan doen; de Stimuleringsregeling van VOMIL/CRM en de subsidiëring vanuit de AWBZ die sinds 1978 gereguleerd is in de Voorlopige Richtlijnen van de ZFR.
- plaatselijke (gemeentelijke) regelingen waarop alleen de in de betreffende gemeente gevestigde centra aanspraak kunnen maken: tot nu toe beperkt tot de gemeente Amsterdam.

- ad hoc regelingen getroffen met afzonderlijke centra door gemeenten en plaatselijke/regionale ziekenfondsen.
- éénmalige subsidieverstrekingen door particuliere fondsen, de DACW, BRW e.a.

Overigens dienen de hierboven opgesomde subsidieregelingen ruim opgevat te worden wat betreft het begrip 'subsidies'; in sommige gevallen is er geen sprake van echte subsidies maar van financiële faciliteiten in de zin van garantieverstrekingen op leningen, het lenen van geld tegen een relatief gunstig rentepercentage, bevoorschotting, het dekken van tekorten door de overkoepelende rechtspersoon etc.

Tenslotte dient als laatste geldstroom de uit de nevenactiviteiten van de bij de centra in dienst zijnde medewerkers voortvloeiende inkomsten genoemd te worden, zoals keuringen, nevenfuncties van medewerkers (bijv. bij universitaire instituten), consultatiebureauwerkzaamheden, onderwijs etc. . Voor een deel van de onderzochte centra zijn deze inkomsten structureel van karakter, bijv. als een bepaalde nevenactiviteit in het kader van de doelstelling van een centrum past, in andere centra worden gehonoreerde activiteiten uitsluitend verricht om de financiële positie van het centrum tijdelijk, bijv. in een aanloopfase, te verbeteren.

Tot zover de globale schets van de financieringsstructuur. In de volgende paragrafen zullen we nader ingaan op de condities en de systematiek van de belangrijkste subsidieregelingen. Hierin zal tevens vermeld worden in welke mate de centra van de diverse regelingen en subsidies gebruik maken.

2.3. De landelijke subsidieregelingen.

2.3.1. De Stimuleringsregeling.

2.3.1.1. Doel, voorwaarden en mogelijkheden van de regeling.

Deze regeling, voluit de 'Voorlopige Stimuleringsregeling Samenwerkingsverbanden in de Eerstelijnsgezondheidszorg' geheten, is een herziene

versie van de 'Voorlopige Stimuleringsregeling Wijkgezondheidscentra' zoals die in 1974 door VOMIL en CRM is vastgesteld. De nieuwe regeling is januari 1979 ingegaan en heeft - de naamswijziging zegt het al - een ruimer bereik gekregen; niet alleen de wijkgezondheidscentra maar ook andere vaste samenwerkingsverbanden tussen huisarts, wijkverpleegkundige, maatschappelijk werkende komen, al dan niet gemeenschappelijk gehuisvest, in aanmerking voor deze regeling.

De stimuleringsregeling, bedoeld om geïntegreerde hulpverlening in de eerstelijnsgezondheidszorg te bevorderen, was aanvankelijk gekoppeld aan een maximale subsidietermijn van 5 jaar. Inmiddels is deze termijn verlengd tot een niet nader bepaald aantal jaren.

De hoogte van het jaarlijks toe te kennen subsidiebedrag wordt bepaald door de volgende factoren:

- Het aantal deelnemers aan het samenwerkingsverband. Als mogelijke deelnemers worden in dit verband genoemd de drie kerndisciplines, bovendien fysiotherapeuten, apothekers en verloskundigen terwijl eventueel andere disciplines van geval tot geval bekeken worden. Bij part-time deelname aan het samenwerkingsverband wordt het subsidiebedrag naar evenredigheid vastgesteld. Het maximum te subsidiëren aantal medewerkers is op tien (full-time) gesteld.
- Behalve het aantal deelnemers is de mate waarin het samenwerkingsverband gestructureerd en geformaliseerd is van invloed op de hoogte van het toe te kennen bedrag per deelnemer. De in het onderzoek betrokken gezondheidscentra vallen allen onder de categorie waarvoor het hoogste subsidiebedrag per deelnemer (f 7.000,- sinds 1 januari 1979) gereserveerd is: wijkgezondheidscentra die over een gemeenschappelijke huisvesting beschikken.
- Een toeslag van f 500,- per deelnemer kan verkregen worden als het samenwerkingsverband de bevolking waarop het zich richt actief bij de samenwerking betreft.

De Stimuleringsregeling kent een aantal subsidiebestemmingen die onderhevig zijn aan de algemene voorwaarde dat besteding van de subsidie alleen mogelijk is als de betreffende kostenposten niet door reguliere vergoedingsregelingen vergoed (kunnen) worden.

Als bestedingsmogelijkheden worden onder meer genoemd begeleidings- en adviseringskosten, administratie- en beheerskosten, kosten van bijzondere experimenten, huisvestingskosten en, van belang voor de onderzochte centra, salarissen en kosten van samenwerkingsverbanden met hulpverleners in dienstverband gedurende bijv. de aanloopfase.

Nadrukkelijk als bestedingsdoel uitgesloten is de tijd die de hulpverleners aan samenwerking en extra activiteiten besteden.

De Stimuleringsregeling kan beschouwd worden als een subsidieregeling die gezien de bestedingsmogelijkheden en de hoogte van de subsidiebedragen een beperkte pretentie heeft: stimulering van samenwerkingsverbanden binnen de eerste lijn, niet meer maar ook niet minder.

2.3.1.2. Toegekende subsidies.

In de vraaggesprekken is, zonder voor elk jaar de exacte hoogte van de uitgekeerde subsidies vast te stellen, nagegaan sinds wanneer de Stimuleringsregeling door een centrum benut wordt en welke bijzonderheden daarbij - naar de mening van de respondenten - vermeld kunnen worden. De toelichtende informatie die we in dit kader hebben ingewonnen is beperkt tot die kanttekeningen die van belang zijn als 'oorzaak' van financiële problemen. In hoofdstuk VI en VII wordt hiervan verslag gedaan. Hier volstaan we met het geven van enkele cijfers over de omvang van de verstrekte subsidies:

- Alle 18 in het onderzoek betrokken centra ontvangen subsidie in het kader van deze regeling.
- Met uitzondering van twee centra wordt de Stimuleringsregeling steeds vanaf de start door de centra benut, althans voorzover een centrum niet voor 1974 is gaan draaien.
- Om een indruk te geven van de bedragen die met de subsidietoekenningen gemoeid zijn wordt in het onderstaande tabelletje een totaal overzicht gegeven betreffende de jaren 1978 en 1979 (gegevens over de daarop volgende jaren zijn zo onvolledig, respectievelijk hebben zo'n voorlopig karakter, dat vermelding niet zinvol is). Van de 18 onderzochte centra zijn er twee in 1979 van start gegaan, dientengevolge zijn de in tabel 2.1. vermelde bedragen over 1978 gebaseerd op 16 centra.

Tabel 2.1.: Subsidietoekenningen in het kader van de Stimuleringsregeling over de jaren 1978 en 1979 (afgerond op honderd gulden).

	1978	1979
Totaal bedrag uitgekeerde subsidies	f 674.000,- (n=16)	f 810.000,- (n=18)
w.v. voorlopig vastgesteld	f 47.000,- (n= 2)	f 304.000,- (n= 7)
Gemiddeld subsidiebedrag per centrum	f 42.100,-	f 45.000,-

2.3.2. De Voorlopige Richtlijnen van de ZFR.

2.3.2.1. Doel, voorwaarden en mogelijkheden.

Algemeen:

Na een lange voorbereidingsperiode heeft de ziekenfondsraad (ZFR) op 25 mei 1978 de "Voorlopige Richtlijnen financiële tegemoetkoming multidisciplinaire samenwerkingsverbanden in de eerstelijnsgezondheidszorg" vastgesteld. Als enkele belangrijke momenten die aan de totstandkoming van deze subsidieregeling vooraf zijn gegaan kunnen genoemd worden het door de raad in 1972 uitgebrachte "Advies inzake ontwikkeling van groepspraktijken en gezondheidscentra", het "Advies inzake samenwerkingsverbanden in de eerstelijnsgezondheidszorg" (1976) en de verstrekking van een financiële tegemoetkoming aan het gezondheidscentrum Withuis vanaf 1973, welk centrum in het kader van een experiment mede model heeft gestaan voor de opzet van de Voorlopige Richtlijnen. In dit verband dient tevens de door de ZFR in 1975 geïnstalleerde Subcommissie Gezondheidscentra genoemd te worden die bij het aanvraag- en toekenningsbeleid met betrekking tot de Voorlopige Richtlijnen een belangrijke pré-adviserende rol speelt.

Recentelijk, 25 maart 1982, zijn de Voorlopige Richtlijnen gewijzigd door middel van een aanvullend artikel betreffende de subsidietoekenning gedurende de aanlooperperiode van een samenwerkingsverband. Op deze wijziging zullen we in de loop van deze subparagraaf nog terugkomen.

De Voorlopige Richtlijnen omvatten een aantal condities en berekeningsgrondslagen die de aanwending van gelden uit het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten ten behoeve van samenwerkingsverbanden in de eerstelijnsgezondheidszorg reglementeren. De regeling heeft een voorlopig karakter (zij is ondergebracht in artikel 52 1e lid onder e van de AWBZ) in die zin dat de duur van het voortbestaan afhankelijk is gesteld van de totstandkoming van een definitieve landelijke financieringsregeling. Het feit dat tot dat tijdstip de regeling voor 'onbepaalde tijd' is aangekondigd maakt de Voorlopige Richtlijnen niet alleen tot een reguliere subsidierегeling maar, blijkens het feit dat nagenoeg alle centra met hulpverleners in dienst er inmiddels een beroep op doen, ook tot een reguliere subsidiebron.

De Voorlopige Richtlijnen kennen een viertal algemene voorwaarden waaraan een samenwerkingsverband moet voldoen wil zij in aanmerking komen voor een financiële tegemoetkoming:

- multidisciplinaire samenwerking
- gezamenlijke huisvesting
- in aanmerking komen voor de Stimuleringsregeling (zie par. 2.3.1.)
- naar het oordeel van de Ziekenfonds aanvaardbare exploitatietekorten.

De eerste drie condities spreken voor zich. De laatste voorwaarde is minder éénduidig geformuleerd. Uit het onderzoek komt naar voren dat de ZFR bij de bepaling van de aanvaardbaarheid van de exploitatietekorten de gemaakte kosten toetst aan een aantal, soms per centrum ad hoc opgestelde, normen. Deze normen worden slechts in beperkte mate in de Voorlopige Richtlijnen genoemd, c.q. uitgewerkt. We komen hierop nog terug.

De richtlijnen maken melding van twee soorten kostenfactoren waarover extra financiële tegemoetkoming kan worden verleend: de extra tijdsinvestering als gevolg van interdisciplinair overleg, de intensivering en differentiëring van de werkzaamheden en als tweede kostenfactor de praktijkkosten (huisvesting, overige personele kosten en overige algemene praktijkkosten). Aan een tegemoetkoming in de eerste kostenfactor is de specifieke voorwaarde verbonden dat er sprake moet zijn van een dienstverband met de hulpverlener.

De tegemoetkoming voor extra tijdsinvestering.

De vaststelling van het (maximaal) toe te kennen bedrag betreffende de extra tijdsinvestering van hulpverleners in dienstverband is in de richtlijnen alleen wat betreft de huisartsendiscipline uitgewerkt: de hoogte van het bedrag is gesteld op 17,65% van het product van het aantal ingeschreven patiënten maal het netto honorariumbedrag (inclusief pensioenbijdrage) per patiënt (dit percentage komt overeen met 15% extra tijdsinvestering). Bij de bepaling van de praktijkomvang wordt, naast het aantal ziekenfondsverzekerden, gebruik gemaakt van de volgende formule: Het (equivalente) patiëntenaantal, voorzover geen betrekking hebbend op de abonnementshonoraria uit de ziekenfondspraktijk is

$$\frac{p + n}{4,186 \times t}$$

p= honoraria van particuliere patiënten

n= overige uit op gezondheidszorg gerichte werkzaamheden (bijv. keuringen) verkregen neveninkomsten, waaronder mede begrepen de niet in het abonnementshonorarium voor ziekenfondsverzekerden begrepen vergoedingen van ziekenfondsen (bijv. verloskundige hulp)

t= het honorarium per particulier consult

Uit deze berekeningssystematiek blijkt dat de werkelijke praktijkomvang af kan wijken van het door de ZFR berekende patiëntenaantal. De mate van verschil is voor een groot deel afhankelijk van de omvang van de neveninkomsten (hoe hoger deze inkomsten, hoe hoger de berekende praktijkomvang zal uitvallen in vergelijking met de werkelijke praktijkomvang) en het gemiddeld aantal consulten per particuliere patiënt*.

* De in de formule gehanteerde factor 4,186 is ontleend aan de Commissie Donner (1971) en verwijst naar de herleiding van het aantal contacten per patiënt per jaar (2,45 consulten en 1,05 visites) naar het aantal consulten.

Het aldus verkregen bedrag wordt berekend over maximaal 2210 patiënten per huisarts. Eén en ander betekent dat als een huisarts in een gezondheidscentrum dit aantal patiënten heeft, de netto honorering plus de financiële tegemoetkoming vanuit de AWBZ overeenkomen met de netto-honorering van de solistisch werkzame huisarts met een normpraktijk van 2600 patiënten.

Over de bepaling van het subsidiebedrag wat betreft de extra tijdsinvestering van andere disciplines is de regeling summier. Fysiotherapeuten worden met name genoemd (zij het dat hierbij opgemerkt wordt dat van een lagere norm wordt uitgegaan), ten aanzien van overige ziekenfondsmedewerkers (voorzover in dienst van het centrum) wordt de mogelijkheid van een ad hoc regeling genoemd. Bestudering van de ZFR-stukken voorzover betrekking hebbend op de onderzochte centra over enig jaar leverde het volgende beeld op:

- Wat betreft fysiotherapeuten hanteert de ZFR een norm van 10% extra tijdsinvestering (komt overeen met een factor 0,111) t.a.v. alle daarvoor in aanmerking komende centra.
- Wat betreft verloskundigen is slechts aan één van de drie betrokken centra een financiële tegemoetkoming verleend (basis 10% extra tijdsinvestering).
- Ten aanzien van apothekers en tandartsen is in geen enkel geval een tegemoetkoming voor extra tijdsinvestering gehonoreerd.

De financiële tegemoetkoming in de praktijkkosten.

Indien de praktijkkosten (huisvesting, overige personele kosten zoals bijv. praktijkassistenten en andere algemene kosten) redelijk zijn naar de mening van de ZFR is het in principe mogelijk dat deze kosten, onder aftrek van de opbrengsten die op deze kostenposten betrekking hebben, integraal vergoed worden. Voor de aan de huisartsenpraktijk toe te rekenen kosten geldt dat integrale vergoeding alleen mogelijk is bij een minimale praktijkomvang van 2000 patiënten per huisarts. Bij een kleinere praktijkomvang wordt de kostenvergoeding evenredig verminderd. De Voorlopige Richtlijnen vermelden een aantal normen die gebruikt worden bij de beoordeling of de kosten al dan niet redelijk zijn:

- Wat betreft de huisvesting wordt aangesloten bij de adviezen van de subcommissie accommodatiebeleid van de begeleidingscommissie Stimuleringsregeling.*
- Ten aanzien van inventaris en overige kostenposten wordt verwezen naar de landelijke onkostenvergoeding van vrije beroepsbeoefenaren.
- Wat betreft het 'hulppersoneel' wordt uitgegaan van een aantal gelijk aan het aantal huisartsen, terwijl de salariëring conform de landelijke richtlijnen voor doktersassistenten dient te geschieden.

De aanvaardbaarheid van de tekorten en de systematiek van de subsidietoekenning.

Uit de bovenstaande verkenning van de Voorlopige Richtlijnen blijkt dat de mate van aanvaardbaarheid van tekorten een centrale rol speelt bij de vaststelling van de hoogte van het subsidiebedrag. Een aantal normen en richtlijnen die hierbij een rol spelen hebben we reeds behandeld. Daarnaast hanteert de ZFR bij de toepassing van de richtlijnen nog een aantal vuistregels die niet of althans niet zo gedetailleerd in de richtlijnen zijn vermeld. Een paar daarvan dienen hier nog genoemd te worden:

- de salariëring van de huisartsen mag de LAD II normen niet te boven gaan;
- fysiotherapeuten en verloskundigen mogen tot het maximum van sch. 89 BBRA gehonoreerd worden;
- een centrum van middelmatige grootte mag maximaal een half-time kracht van 'middelbaar niveau' (sch. 89 BBRA) aantrekken (of equivalente kosten besteden) ten behoeve van de coördinatie-, administratie- en managementtaken.

Het zou hier te ver voeren om alle in de praktijk van de subsidietoekenning toegepaste normen te vermelden. Voorzover ze dissoneren met het feitelijke uitgavenpatroon van centra, en derhalve aanleiding tot resterende tekorten kunnen geven, worden deze normen in hoofdstuk 6 aan de orde gesteld.

* Deze adviezen worden in het kader van de Voorlopige Richtlijnen als maximum-norm gehanteerd.

Over de systematiek van de subsidiebepaling in het kader van de Voorlopige Richtlijnen nog het volgende. Uit de ZFR-stukken over de subsidieafhandeling van de onderzochte centra komt globaal de volgende opbouw naar voren.

- a: De accountantsdienst van de ZFR gaat na in hoeverre de exploitatie-tekorten volgens de ingediende jaar/exploitatiereningen en/of begrotingen aanvaardbaar zijn in het kader van de richtlijnen. Hierbij wordt rekening gehouden met de al voor een deel genoemde normen, een eventueel (ad hoc) besluit van de subcommissie gezondheidscentra, een aantal boekhoudkundige gedragsregels en doorgaans met reeds ontvangen of te verwachten subsidies uit andere bronnen.
- b: Indien aldus een aanvaardbaar tekort is vastgesteld wordt de maximale financiële tegemoetkoming becijferd door de vaststelling van de "Bijdrage netto-honorering" (i.v.m. extra tijdsinvestering) en de "Bijdrage praktijkkosten".
- c: De feitelijk toegekende tegemoetkoming wordt wat betreft de hoogte van het bedrag gelijk gesteld aan de maximale tegemoetkoming als dit bedrag lager is dan het aanvaardbare exploitatietekort of wordt, indien dit bedrag hoger is dan het aanvaardbare tekort, met de hoogte van dit tekort gelijkgesteld.

Ontwikkelingen in de toepassing van de richtlijnen; ad hoc besluiten en wijziging van de richtlijnen.

De Voorlopige Richtlijnen omvatten slechts een globaal richtlijnen/normenstelsel om een financiële tegemoetkoming vast te stellen. Als gevolg hiervan heeft de ZFR bij de afhandeling van de aanvragen regelmatig ad hoc besluiten moeten nemen over de aanvaardbaarheid van kosten (posten) die niet of globaal in de richtlijnen zijn verwerkt.

Hierbij wordt per centrum de redelijkheid van bepaalde kosten (naar het oordeel van de ZFR) in ogenschouw genomen. Reeds bij de start van de richtlijnen is door de ZFR de wenselijkheid van een evaluatie van de toepassing van deze richtlijnen naar voren gebracht. Dit is geconcretiseerd in augustus 1981 met het verschijnen van "Evaluatienota, voorlopige richtlijnen en gezondheidscentra".

Hoewel in deze nota geconcludeerd wordt "dat er geen termen aanwezig zijn om de voorlopige richtlijnen aan te passen" is recent, 25 maart 1982, een wijziging van de richtlijnen door de ZFR vastgesteld*, mede naar aanleiding van deze "Evaluatienota". De wijziging betreft overigens alleen een aanvulling wat betreft een soepele toepassing gedurende de aanloopfase van een samenwerkingsverband. De mogelijkheid tot soepele toepassing, ook al genoemd in de oorspronkelijke richtlijnen, wordt hier nader omschreven door een termijn van 3 à 4 jaar te noemen, één en ander onder het voorbehoud dat binnen deze periode een "financieel evenwichtige situatie" moet zijn bereikt.

Uit de bestudeerde ZFR-stukken en de vraaggesprekken komt naar voren dat de ZFR sinds het bestaan van de richtlijnen een soepele toepassing met betrekking tot "groeicentra" in toenemende mate in haar besluitvorming heeft betrokken, hiermee vooruitlopend op de wijziging van de richtlijnen.

Om een indruk te geven van de omvang en aard van de ad hoc besluiten volgt hier een kleine selectie. Op grond van de beschikbare besluiten van de ZFR inzake een subsidie in het kader van de richtlijnen ** kan geconstateerd worden dat van de 14 centra waaromtrent een beslissing is gevallen in 11 gevallen over enig jaar een naar de mening van de raad soepele houding is ingenomen.

- Bij 7 centra betrof het aanlooptekorten.
- Bij 2 centra is voor de naar het oordeel van de raad te hoge salariëring van resp. een assistente en een fysiotherapeut en verloskundige een tijdelijke 'uitsterfregeling' geaccepteerd omdat de betreffende arbeidscontracten afgesloten waren vóór de invoering van de richtlijnen.
- In één centrum is een hoger aantal praktijkassistenten (in verhouding tot artsen) geaccepteerd.
- Bij twee centra is een tegemoetkoming verleend t.b.v. de apotheek. Dit

* Gewijzigde voorlopige richtlijnen financiële tegemoetkoming multidisciplinaire samenwerkingsverbanden.

** Voorzover t/m maart 1982 over enig jaar door de raad vastgesteld.

Als compensatie voor de inkomstenderving als gevolg van een zuinig voorschrijfbeleid.

- In één centrum heeft de ZFR bij de berekening van de tegemoetkoming rekening gehouden met het relatief groot aantal bejaarden in de praktijk (door bij de bepaling van de praktijkomvang één bejaarde als twee patiënten te tellen).
- Bij twee centra is een extra tegemoetkoming verleend in het kader van een sanerings-, resp. financieel meerjarenplan.
- Tenslotte heeft de raad in een aantal gevallen de subsidies uit andere bronnen (veelal gemeenten) niet in de bepaling van de exploitatietekorten verdisconteerd.

Tot zover deze bloemlezing. Vermeldenswaard is nog dat tot een soepele toepassing van de richtlijnen in een aantal gevallen is besloten nadat de centra door het aandragen van argumenten (en feitelijke gegevens) op de wenselijkheid hiervan geattendeerd hadden.

2.3.1.2. Toegekende subsidies.

Met uitzondering van twee centra hebben alle onderzochte centra de afgelopen jaren een beroep gedaan op een financiële tegemoetkoming in het kader van de Voorlopige Richtlijnen. Om met de uitzonderingen te beginnen, één centrum (Withuis te Venlo) ontvangt weliswaar al vanaf 1973 gelden uit het AWBZ doch dit geschiedt, zoals al eerder is aangehaald, in het kader van een experiment en niet onder toepassing van de richtlijnen. De ZFR heeft t.a.v. dit centrum besloten de aanvankelijk vijf jaar durende subsidiëring te verlengen met nog eenzelfde termijn tot medio 1983 zodat - tot dat tijdstip althans - het centrum geen beroep op de richtlijnen kan doen. Het andere centrum, Afrikaanderwijk te Rotterdam, is in meer dan één opzicht een uitzondering; tot nu toe zijn de exploitatieresultaten van dien aard dat er geen tekorten resteren en zodoende een beroep op de richtlijnen niet mogelijk (en niet aangevraagd) is.

Op basis van de ZFR-documentatie en aanvullende informatie uit de vraaggesprekken is het volgende overzicht samengesteld betreffende de 16 centra die, over enig jaar, een aanvraag hebben ingediend.

Tabel 2.2.: Subsidietoekenningen in het kader van de Voorlopige Richtlijnen van de ZFR tot en met maart 1982 (afgerond op honderd gulden) betreffende de in het onderzoek betrokken centra.

Jaar waar- over subsi- die is toe- gekend	Totaal bedrag toegekende subsidies*	Aantal centra waarop toeken- ningen betrek- king hebben	Gemiddeld subsidie- bedrag per toeken- ningsjaar
1975	f 36.000,-	1	f 36.000,-
1976	f 269.000,-	2	f 134.500,-
1977	f 1.247.900,-	7	f 178.300,-
1978	f 1.440.400,-	11	f 130.900,-
1979	f 1.178.800,-	10	f 117.900,-
1980	f 1.513.100,-	8	f 189.100,-
1981	f 933.600,-	3	f 311.200,-

De interpretatie van bovenstaande cijfers verdient enige toelichting. Zoals gezegd hebben 16 centra een beroep gedaan op de voorlopige richtlijnen. 13 Centra hebben een aanvraag ingediend vanaf het eerste jaar dat ze van start zijn gegaan, 3 centra over een later jaar. Alle 16 hebben gemeen dat vanaf het jaar waarover subsidie is aangevraagd ook over de daarop volgende jaren een subsidieverzoek ingediend dan wel het voornemen daartoe bestaat.

Als we dit aanvraagpatroon met het in de tabel vermelde aantal subsidie-

* In deze bedragen zijn ook subsidies verwerkt die een voorlopig karakter hebben. Ter oriëntatie: in 1976 betrof dit 1 toekenning, in 1977 en 1978 2 toekenningen, in 1979 1 toekenning, in 1980 4 toekenningen en in 1981 alle drie de toekenningen. De door de plaatselijke ziekenfondsen verstrekte voorschotten in goede rekening zijn hierin niet verwerkt.

toekenningen vergelijken, dan blijkt dat in een groot aantal gevallen (nog) geen subsidie is verstrekt. Met uitzondering van één toekenningsaanvraag, die niet gehonoreerd is, zijn alle overige aanvragen nog in behandeling. Enerzijds is dit een indicatie voor een trage proceduregang en/of een late indiening van de aanvragen, anderzijds beperkt dit de (macro-economische) zeggingskracht van de in de tabel vermelde gegevens, met name ten aanzien van de recente jaren.

2.4. De plaatselijke subsidieregelingen en incidentele subsidiebronnen.

Dat gezondheidscentra weliswaar door de landelijke overheid gestimuleerde maar zeker geen geplande voorzieningen zijn, komt duidelijk naar voren in de wisselende betrokkenheid die plaatselijke instanties zoals gemeenten en ziekenfondsen voor gezondheidscentra aan de dag leggen.

In het onderzoek zijn we nagegaan welke repercussies deze betrokkenheid voor de financiële positie van de centra heeft, in positieve zin door te vragen welke financiële steun de centra ontvangen (hebben), in negatieve zin door af te checken of sommige instanties (m.n. de gemeenten) bij de centra verwachtingen hebben gewekt die niet ingewilligd zijn.

In deze paragraaf doen we alleen verslag van de toegekende en/of toegezegde financiële steun. In latere hoofdstukken, gereserveerd voor de beschrijving van financiële problemen, zal bericht worden over de 'negatieve' relaties met plaatselijke instanties.

De interviewronde leverde wat betreft de diverse subsidies, tegemoetkomingen en overige faciliteiten een dermate bont geheel op dat enige ordening noodzakelijk is. Achtereenvolgens zullen we de gemeenten en de plaatselijke of regionale ziekenfondsen behandelen, waarna deze paragraaf afgesloten wordt met een - niet uitputtend - overzicht van de resterende financieringsbronnen.

2.4.1. De rol van gemeenten bij de financiering van gezondheidscentra.

Alle in het onderzoek betrokken gezondheidscentra zijn of tenminste waren in enigerlei mate afhankelijk van de gemeente waarin ze gevestigd zijn.

Een vestigingsvergunning (in de zin dat de huisvesting van een centrum al dan niet tijdelijk onttrokken moet worden aan een woonbestemming) en/of een bouwvergunning zijn immers noodzakelijke voorwaarden waaraan voldaan moet worden voordat een centrum van start kan gaan. Dat daarnaast veel gemeenten de centra ook in financiële zin terwille zijn blijkt uit het feit dat 16 van de 18 centra financiële steun ontvangen of ontvangen hebben. Deze steun kan uiteenlopen van een garantstelling voor een lening tot een volledige dekking van de exploitatietekorten.

Slechts één gemeente, Amsterdam heeft haar beleid t.o.v. gezondheidscentra (en andere samenwerkingsvormen binnen de eerste lijn) vorm gegeven in een financiële regeling die in principe bestemd is voor alle in deze gemeente gevestigde of te vestigen centra*. De gemeente Rotterdam exploiteert twee centra en dekt daardoor automatisch de tekorten van deze centra, terwijl andere gemeenten centra in wisselende mate en in wisselende vorm financieel ondersteunen.

De onderstaande tabel geeft een overzicht over de gemeentelijke steun aan de onderzochte centra. De omvang van de financiële bijdragen is in veel gevallen nog niet definitief vastgesteld. Het overzicht geeft alleen informatie over hoeveel centra welk soort steun in enig jaar ontvangen hebben of zullen ontvangen (aldus de respondenten).

* Aanvankelijk vormde de kern van deze regeling een dekking van de aanlooptekorten gedurende drie jaar door resp. de helft, een derde en een zesde deel van de tekorten te subsidiëren. N.a.v. het afkomen van de AWBZ-subsidiëring volgens de Voorlopige Richtlijnen van de ZFR is deze regeling vervangen door een meer projectgerichte subsidiëring (zie voor meer informatie het rapport van de FAG-werkgroep (1982), het NHI-rapport "Gezondheidscentra en ruimtelijke ordening" (1981) en de betreffende regelingen.

Tabel 2.3: De financiële (en materiële) ondersteuning van de onderzochte gezondheidscentra door gemeenten.

onder- zochte centra	subsidie/dek- king v.tekor- ten voor on- bepaalde duur	(gedeelte- lijke) dek- king sub- sidie/aan- looptekor- ten	eenma- lige project- gerichte subsidie	garant- stelling /lening	(gratis) pro- jectonder- steuning
1	X	X	-	-	X
2	X	-	X	X	X
3	X	-	X	X	-
4	X	-	-	-	-
5	X	-	-	-	-
6	-	X	X	X	-
7	-	X	X	-	X
8	-	X	-	X	-
9	-	X	-	-	X
10	-	X	-	-	-
11	-	X	-	-	-
12	-	-	X	-	-
13	-	-	-	X	-
14	-	-	-	X	-
15	-	-	-	X	-
16	-	-	-	-	X
17	-	-	-	-	-
18	-	-	-	-	-
Totaal	5	7	5	7	5

De 16 centra die op één of andere manier van gemeentewege financieel ondersteund worden (of werden) vertonen, blijken de tabel een grote verscheidenheid wat betreft het soort ontvangen steun. Deze variatie is nog des te groter als we bedenken dat het in de tabel gemaakte onderscheid tussen vijf soorten financiële ondersteuning een sterke vereenvoudiging van de werkelijkheid is. Zo omvat de eerste kolom (subsidie/dekking van tekorten voor onbepaalde duur) zowel centra wiens resterende tekorten volledig door de betreffende gemeente worden aangezuiverd als centra die

een vast percentage van de huisvestingskosten vergoed krijgen.

Uit het overzicht blijkt dat 5 centra tot een niet nader bepaald tijdstip subsidie ontvangen of hun tekorten door de gemeente gedekt zien, 7 centra krijgen ter dekking van hun aanloopkosten een tegemoetkoming, in 5 gevallen is een eenmalige subsidie verstrekt (bijv. t.b.v. voorbereidingskosten, verbouwingskosten), in 7 gevallen heeft de gemeente zich garant gesteld voor een (hypothecaire) lening of zelf een lening verstrekt, terwijl 5 (Amsterdamse) centra een door de gemeente betaalde projectbegeleiding genieten of hebben genoten.

2.4.2. De rol van de plaatselijke of regionale ziekenfondsen bij de financiering van gezondheidscentra.

Evenals de gemeenten hebben de ziekenfondsen per definitie een (financiële) relatie met alle centra. Niet alleen fungeren zij als contractpartner en betalingsinstantie maar tevens - van belang in het kader van de AWBZ-subsidiëring - als verbindingskantoor.

Behalve deze reguliere taken ontplooiën sommige ziekenfondsen ook andere voor de betrokken centra van financieel belang zijnde activiteiten. Deze aanvullende financiële ondersteuning vormt het onderwerp van deze paragraaf. We zouden bijna eenzelfde verhaal kunnen vertellen als bij de gemeenten. Ook hier zijn het de Amsterdamse fondsen, verenigd in de VAZ, die middels het beschikbaar stellen van garantiehonoraria, bevoorschotting en immateriële hand- en spandiensten de Amsterdamse centra ondersteunen (incl. Diemen), terwijl de overige centra een gevarieerd beeld te zien geven wat betreft de financiële steun door "hun" ziekenfondsen.

De verschillende manieren waarop ziekenfondsen de onderzochte centra financieel bijstaan kunnen worden ondergebracht in vier categorieën:

- het verstrekken van een garantiehonorarium of een bevoorschotting (op basis van goedgekeurde begrotingen)
- het verlenen van een subsidie ter (gedeeltelijke) dekking van aanlooptekorten
- het eenmalig subsidiëren van bepaalde kosten(posten)
- het garant staan voor een lening en/of verstrekken van een lening tegen meestal gunstige voorwaarden.

De onderstaande tabel biedt een overzicht van de door de centra ontvangen steun door de ziekenfondsen.

Tabel 2.4.: De financiële ondersteuning van de onderzochte gezondheidscentra door ziekenfondsen.

onderzochte centra	garantiehonorarium of bevoorschotting	subsidie aanloop tekorten	éénmalige subsidies	garantstelling/lening
1	X	X	-	X
2	X	-	-	X
3	X	-	-	X
4	X	-	-	-
5	X	-	-	-
6	X	-	-	-
7	X	-	-	-
8	X	-	-	-
9	X	-	-	-
10	-	X	-	X
11	-	-	X	X
12	-	-	X	-
13	-	-	X	-
14 t/m 18	-	-	-	-
Totaal	9	2	3	5

Van de 18 centra ontvangen (of ontvingen) er 13 op enigerlei wijze financiële steun van de ziekenfondsen. Evenals bij de gemeenten loopt het soort ondersteuning sterk uiteen. De helft van de onderzochte centra (waaronder 6 centra die onder de VAZ vallen) genieten (of genoten) een garantiehonorarium of worden bevoorschot door ziekenfondsen. Minder frequent (2 centra) is de constructie waarbij de ziekenfondsen een deel van de aanlooptekorten subsidiëren. In beide gevallen bestaat deze vergoeding uit een vast percentage van de exploitatietekorten tot een nader bepaald jaar. 3 Centra hebben een eenmalige subsidie ontvangen, resp. als bijdrage om de exploitatiekosten, als tegemoetkoming in verbouwingskosten en als tegemoetkoming in de huisvestingskosten. Tenslotte zijn er 5 centra die een ziekenfonds bereid hebben gevonden garant te staan voor een lening of zelf een lening te verstrekken.

2.4.3. Overige subsidiebronnen.

Als slot van deze Osyssee door subsidieerland nog een (niet volledig) overzicht van resterende subsidiebronnen. Veel centra hebben gedurende hun bestaan getracht aanvullende subsidies te verkrijgen om hun financiële positie te verbeteren of om bijzondere projecten te financieren. In een aantal gevallen met succes. Hieronder volgt een greep uit de over enig jaar toegekende subsidies:

- In het kader van de DACW (Dienst Aanvullende Civieltechnische Werken) heeft één centrum t.b.v. de nieuw gebouwde huisvesting een aanzienlijke som ontvangen.
- Eén centrum heeft vanuit de BRW (Bijzonder Regionaal Welzijnswerk) eveneens een investeringssubsidie ontvangen (ter hoogte van de helft van de bouwkosten), terwijl een tweede centrum, zij het op indirecte wijze via een 'bouwstichting', verwacht een dergelijke subsidie t.b.v. een nieuw te bouwen centrum te mogen ontvangen.
- Twee centra hebben subsidie ontvangen van particuliere fondsen, resp. ter dekking van de exploitatietekorten tot het moment dat de AWBZ-subsidiëring van kracht werd (Preventiefonds) en als tegemoetkoming in verbouwingskosten.
- Hoewel niet als subsidie in strikte zin aan te merken kunnen in dit kader ook nog 2 centra worden genoemd die onder een groter organisatorisch en financieel geheel ressorteren (Kruisverenigingen en academisch ziekenhuis) welke instellingen de resterende exploitatietekorten voor hun rekening nemen.
- Eveneens niet als 'echte' subsidie te betitelen is de financiële bijdrage die twee centra krijgen van universitaire onderwijsinstellingen als honorering en kostendekking van onderwijs en onderzoeksactiviteiten.

We volstaan hier met deze opsomming. Hoewel gering in aantal vormen deze 'subsidies' een soms belangrijke basis voor de betrokken centra, dit in tegenstelling tot nog niet genoemde financieringsbronnen zoals de provincie, het Fonds voor Kinderpostzegels e.a., en overige door derden aan de centra verleende pro deo faciliteiten zoals advisering en begeleiding gedurende de opzet van een centrum.

2.5. Samenvatting.

Ondanks het feit dat we bij de behandeling van de financiering van gezondheidscentra ons bewust tot de hoofdlijnen hebben beperkt zullen velen zich na lezing van het bovenstaande niet aan de indruk kunnen onttrekken dat er gezondheidszorgvoorzieningen zijn die een eenvoudiger financieringsstructuur kennen. Laten we de reguliere geldstromen en de opbrengsten uit nevenactiviteiten buiten beschouwing dan resteert nog een groot aantal financieringsbronnen die slechts ten dele gereguleerd zijn. Alle in het onderzoek betrokken centra zijn financieel afhankelijk van deze geldstromen, zij het in verschillende mate.

De twee landelijke subsidieregelingen, de Stimuleringsregeling en de Voorlopige Richtlijnen van de ZFR nemen hierin zowel wat betreft het aantal centra dat er gebruik van maakt als de hoogte van de subsidiebedragen een prominente plaats in. Zo hebben alle 18 onderzochte centra subsidie ontvangen in het kader van de Stimuleringsregeling, terwijl 16 centra* een beroep hebben gedaan op de Voorlopige Richtlijnen. De bedragen die hiermee zijn gemoeid, zijn in verband met het groter aantal niet definitief vastgestelde subsidies of het nog in behandeling zijn van de aanvragen, zeker over recente jaren, moeilijk exact vast te stellen. Uit het beschikbare materiaal kwam naar voren dat over 1978 circa f 674.000,- aan 16 centra is uitgekeerd in het kader van de Stimuleringsregeling en ruim 1,4 miljoen aan 11 centra is toegekend in het kader van de Voorlopige Richtlijnen. Over 1979 belopen deze geldstromen respectievelijk ruim 8 ton (18 centra) en bijna 1,2 miljoen (10 centra).

De beide landelijke regelingen lopen sterk uiteen wat betreft de subsidiesystematiek. Verreweg het simpelst is de Stimuleringsregeling die vaste bedragen per deelnemer kent. De Voorlopige Richtlijnen zijn gebaseerd op het uitgangspunt dat de méérkosten van het samenwerkingsverband in principe geheel voor subsidiëring in aanmerking komt mits de centra voldoen aan bepaalde normen. Deze op zich heldere constructie blijkt echter in de praktische toepassing zeer gecompliceerd door het soms afwezig zijn van normen en/of een eenduidige uitwerking daarvan.

* Exclusief het gezondheidscentrum Withuis dat buiten toepassing van de richtlijnen AWBZ subsidie ontvangt.

Behalve deze landelijke regelingen geven de gemeenten en de ziekenfondsen veel centra aanvullende financiële ondersteuning. Deze steun loopt uiteen van een garantstelling voor een lening tot een totale dekking van tekorten (doordat deze centra onder de gemeente ressorteren). In totaal 16 centra krijgen van de gemeente waarin ze gevestigd zijn één of meerdere van de volgende soorten financiële bijstand: een subsidie (of een dekking van tekorten) voor onbepaalde duur (5 centra), een subsidie ter (gedeeltelijke) dekking van aanlooptekorten (7x), een éénmalige subsidie (5x), een garantstelling voor of een verstrekking van een lening (7x) en gratis projectondersteuning via een door de gemeente gesubsidieerd instituut (5x).

De ziekenfondsen zijn wat betreft financiële ondersteuning voor 13 centra van belang. In 9 gevallen ontvangen de centra een garantiehonorarium of worden bevoorschot op basis van goedgekeurde begrotingen, bij 2 centra subsidiëren de ziekenfondsen een deel van de aanlooptekorten, 3 keer is een éénmalige subsidie verstrekt terwijl 5 centra een lening bij een ziekenfonds hebben afgesloten of althans een garantstelling voor een lening hebben gekregen.

Als resterende financieringsbronnen kunnen nog genoemd worden de DACW (1x), de BRW (1x), particuliere fondsen (2x), onderwijsinstellingen (2x), een kruisvereniging die één van de centra exploiteert en nog een aantal niet nader genoemde financiers.

Na deze uitwijding over de wijze waarop de centra hun bestaan financieel mogelijk maken zal menigeen zich, gezien de hoeveelheid financieringsbronnen, afvragen of er eigenlijk wel een 'financiële problematiek van gezondheidscentra' bestaat. In de volgende hoofdstukken zullen we hierop trachten een antwoord te geven.

III. DE FINANCIËLE TEKORTEN VAN DE CENTRA.

3.1. Inleiding.

Eén van de centrale vraagstellingen van dit onderzoek is gericht op het verkrijgen van inzicht in de aanwezigheid en de omvang van tekorten. In dit hoofdstuk staat de beantwoording van deze vraag centraal.

Ter bepaling van eventuele tekorten heeft het accountantsbureau Paardekoo-
per & Hoffman de exploitatie- en/of jaarrekeningen van de in het onderzoek
betrokken centra over 1979 (en indien beschikbaar over 1978) getransfor-

meerd volgens een uniform model (zie Bijlage 5), waarvan de samenstelling in
samenwerking met het NHI is vastgesteld. Dit exploitatiemodel kent drie
hoofdkategorieën: baten, lasten en subsidies.

Bij de invulling van dit model zijn de in de exploitatie- en/of jaarreke-
ningen verwerkte subsidies, voorzover dit geschatte subsidies betrof,
vervangen door de feitelijk op enig jaar betrekking hebbende subsidies.

Hierbij is uitsluitend gebruik gemaakt van de tot en met maart 1982 door
de ZFR genomen besluiten (en de daarop betrekking hebbende stukken) inzake
subsidietoekenningen over 1979 in het kader van de AWBZ.

Ook in de vraaggesprekken met de centra zijn de exploitatietekorten aan de
orde gesteld. In aanvulling op de vraagstelling aan het accountantsbureau
is vooral informatie ingewonnen over hoe de exploitatieresultaten zich van
1979 tot het interviewtijdstip (maart, april 1982) hebben ontwikkeld en
- voorzover de respondenten daar zicht op hadden- welke toekomstperspek-
tieven hieromtrent bestaan. Doel van dit gespreksthema was niet zozeer
exakte cijfers boven tafel te krijgen (veel centra bleken overigens niet
over deze cijfers te beschikken omdat sommige (subsidie)inkomsten nog
niet vastgesteld waren) maar om inzicht te krijgen in de konsekventies
van eventuele tekorten.

3.2. Verschillende soorten tekorten, omschrijvingen en gehanteerde criteria.

Het begrip (exploitatie)tekort verdient enige toelichting. Zoals we in het
vorige hoofdstuk hebben uiteengezet kunnen globaal twee geldstromen onder-
scheiden worden; enerzijds de opbrengsten uit de reguliere vergoedings-
regelingen, anderzijds de diverse - al dan niet - reguliere subsidies.

Omdat ook over 1979 een aantal uitgekeerde subsidies nog niet definitief is vastgesteld en bovendien een aantal subsidie-aanvragen nog niet zijn afgehandeld, leek het ons zinvol terwille van de onderlinge vergelijkbaarheid van de centra als (wellicht in toekomstig onderzoek) het vergelijken van de onderzochte centra met andere samenwerkingsverbanden en/of solisten in de eerste lijn, ook in de vaststelling van de tekorten rekening te houden met het al dan niet verdiskontereren van subsidies bij de omvang van de baten. Aldus kunnen de volgende soorten tekorten onderscheiden worden:

- Exploitatietekorten: de financiële resultaten van een centrum over een kalenderjaar, rekening houdend met de baten en lasten die direkt voortvloeien uit het exploiteren van een gezondheidscentrum (vergoedingen voor verrichte diensten, nevenfuncties hulpverleners, detacherende instellingen etc.). Voor een overzicht van deze lasten en baten wordt verwezen naar Bijlage 5.
- De tekorten (of uiteraard overschotten) die resteren als de toegekende subsidies in aanmerking worden genomen. Het begrip subsidies is hier ruim opgevat (zie bijlage 5).

Behalve de 'echte' subsidies en voorschotten op subsidies, zijn ook van drie (van de vier) centra die onder een groter organisatorisch en financieel geheel ressorteren de (automatische) aanzuivering van de exploitatietekorten tot een sluitend exploitatieresultaat door de rechtspersoon in dit kader als subsidie aangemerkt.

Ook over de aldus resterende (voorlopig niet gedekte) exploitatietekorten valt nog het één en ander op te merken. Afgezien van het feit dat veel subsidies nog niet of niet definitief vastgesteld zijn, zijn in sommige gevallen de resterende tekorten over een jaar niet altijd reële tekorten. Dit is vooral het geval als centra die een beroep doen op de Voorlopige Richtlijnen een andere (boekhoudkundige) opstelling in hun exploitatieoverzicht hanteren als de ZFR wat betreft bijvoorbeeld het aktiveren van bepaalde kosten en het treffen van 'voorzieningen' voor bijvoorbeeld posten als dubieuze debiteuren en herstelkosten.

Dit kan als gevolg hebben dat de AWBZ-subsidie die zodoende over een bepaald jaar lager uitvalt gekompenseerd wordt door hogere subsidies in de daarop volgende jaren. We zullen bij de interpretatie van de cijfers hier nog op terugkomen.

3.3. De tekorten over het jaar 1979.

Door het accountantsbureau zijn de (exploitatie)tekorten van de 18 in het

onderzoek betrokken centra over 1979 samengevat. In de onderstaande tabel wordt een overzicht gegeven van deze tekorten. Op basis van de door dit bureau gemaakte exploitatie-overzichten per centrum is in de tabel tevens aangegeven hoe de exploitatietekorten zich verhouden tot de totale lasten per centrum.

In de tabel is onderscheid gemaakt tussen de Amsterdamse centra (inklusief Diemen) en de overige centra. Dit vanuit de overweging dat deze centra onder een gemeente en een ziekenfonds (de VAZ) ressorteren die zich, zoals in hoofdstuk 2 is gememoreerd, in hun opstelling naar de centra nadrukkelijk onderscheiden van de meeste andere regio's. Bovendien maakt deze differentiatie het mogelijk de resultaten van het onlangs door de Werkgroep FAG uitgebrachte rapport over de Amsterdamse centra op enkele punten te vergelijken met de resultaten van het onderhavige onderzoek.

Tabel 3.1.: Overzicht van de exploitatietekorten over 1979 (x f 1.000,-), per regio gerangschikt naar afnemende exploitatietekorten.

centrum	exploitatietekort		subsidies		resterend tekort		exploitatie overschot na subsidies abs.
	abs.	als % van de lasten	abs.	als % van het expl.tekort	abs.	als % van het expl.tekort	
A'damse centra							
1	1.046,3	52%	1.046,3*	100%	-,-		
2	358,7	52%	185,6	52%	173,1	48%	-,-
3	355,1	83%	131,3	37%	223,8	63%	-,-
4	237,7	44%	147,8	62%	89,9	38%	-,-
5	151,5	31%	78,0	51%	73,5	49%	-,-
6	126,2	22%	106,2	84%	20,0	16%	-,-
7	77,3	22%	75,4	98%	1,9	2%	-,-
subtotaal	2.352,8	(47%)	1.770,6	(75%)	582,2	(25%)	-,-
Overige centra							
8	950,8	40%	950,8	100%	-,-		-,-
9	605,8	39%	605,3	100%	0,5	0%	-,-
10	438,7	38%	438,7	100%	-,-		-,-
11	305,0	29%	305,0	100%	-,-		-,-
12	254,7	43%	161,3	63%	93,4	37%	-,-
13	175,9	89%	175,9	100%	-,-		-,-
14	174,9	44%	170,2	97%	4,7	3%	-,-
15	144,8	30%	144,8	100%	-,-		-,-
16	103,2	12%	114,8	111%	-,-		11,6
17	100,6	33%	34,0	34%	66,6	66%	-,-
18	44,8	14%	52,8	118%	-,-		8,0
subtotaal	3.299,2	(35%)	3.153,6	(96%)	165,2	(5%)	19,6
totaal	5.652,0	(39%)	4.924,2	(87%)	747,4	(13%)	19,6

*Gegevens omtrent de feitelijke subsidies over 1979 ontbreken. Het hier vermelde bedrag betreft van subsidiënten ontvangen voorschotten.

3.3.1.: De exploitatietekorten voor aftrek van de toegekende subsidies.

Uit de overzichtstabel blijkt dat alle 18 onderzochte centra over 1979 exploitatietekorten vertonen. D.w.z. bij al deze centra zijn de inkomsten die direkt voortvloeien uit het exploiteren van de centra niet toereikend om de lasten te dekken. Deze tekorten lopen per centrum uiteen van f 44.800,- tot f 1.046.300,- terwijl het totale tekort van de 18 centra f 5.652.000,- bedraagt.

Deze cijfers krijgen extra relief als we de tekorten uitdrukken als percentage van de lasten. In dat geval blijkt het totale tekort van de 18 centra 39% van de totale lasten uit te maken of anders gezegd slechts ruim 60% van de lasten worden gedekt door inkomsten (exklusief subsidies). De centra vertonen over 1979 niet alleen een grote variatie in de absolute omvang van de tekorten per centrum maar lopen tevens sterk uiteen in de mate waarin de tekorten zich verhouden tot de lasten. Zo kan uit de tabel afgelezen worden dat de tekorten uitgedrukt als percentage van de lasten uiteenloopt van 12 tot 89%. Twee centra, centrum 3 en 13, nemen met respektievelijk 83 en 89% een extreme positie in, die verklaarbaar is vanuit het gegeven dat beide eerst in de loop van 1979 van start zijn gegaan. Enigszins vooruitlopend op de volgende hoofdstukken kan hier al opgemerkt worden dat een dergelijk verband bij de overige centra niet of althans minder duidelijk aanwezig is.

Vergelijken we de 7 'Amsterdamse' centra met de overige 11 centra, dan kan op basis van de overzichtstabel gekonkludeerd worden dat het gemiddelde exploitatietekort in 1979 per Amsterdams centrum hoger is dan bij de elders gevestigde centra terwijl de gemiddelde kosten in de Amsterdamse regio lager zijn, met andere woorden, de dekking van de lasten door de direkte opbrengsten is bij de Amsterdamse centra gemiddeld lager dan bij de overige centra. Hieronder wordt één en ander in tabelvorm geïllustreerd.

	A'damse centra (n=7)	Overige centra (n=11)	Totaal (n=18)
gemiddelde lasten per centrum (x f 1000,-)	715,1	856,9	802,7
gemiddeld expl.tekort per centrum (x f 1000,-)	336,1	299,9	314,0
expl.tekort als % van de lasten, gemiddeld per centrum	44%	37%	40%

Gedachtig de eerder gekonstateerde sterke variatie tussen de afzonderlijke centra zijn de verschillen tussen Amsterdamse centra en elders gevestigde centra weliswaar aanwezig maar geven ze onvoldoende aanleiding om deze variatie te verklaren.

Hoewel de cijfers voor zich lijken te spreken moet nog een relativiserende kanttekening geplaatst worden bij de uitkomsten van de twee Rotterdamse (gemeentelijke) centra. In beide gevallen zijn de exploitatietekorten berekend op basis van bestaande fiktieve exploitatie-overzichten aangezien deze centra van een groter organisatorisch en financieel verband (de GG en GD) deel uitmaken. Bij de opstelling van deze overzichten zijn diverse algemene kostenposten (bijv. schoonmaak, directie, personele zaken etc.) via een verdeelsleutel de centra toegerekend. In de vraaggesprekken met deze centra hebben de respondenten laten weten dat naar hun oordeel de lasten van de centra lager zijn dan via de verdeelsleutel is berekend. Binnen de beperkte omvang van ons onderzoek konden we niet na (laten) gaan of en zo ja de gebruikte exploitatie-overzichten over 1979 van de werkelijkheid afweken.

3.3.2.: De in de exploitatieresultaten verwerkte subsidies.

Het overzicht van de exploitatietekorten over 1979 (tabel 3.1), waarvan het cijfermateriaal samengesteld is door het bij het onderzoek ingeschakeld accountantsbureau, geeft tevens informatie over de mate waarin toegekende subsidies de exploitatietekorten van de centra over 1979 dekken.

Kijken we naar het totaal van de 18 centra, dan blijken de subsidies 87% van de totale exploitatietekorten over 1979 te dekken. Oftewel bijna 5 miljoen van de ruim 5,5 miljoen exploitatietekorten. Volgens opgaaf van het accountantsbureau hebben de in de exploitatierekeningen van centra verwerkte subsidies over 1979 betrekking op de volgende subsidie-verstrekende instanties: (zie volgende bladzijde)

	subsidies 1979		
	aantal centra	abs. (x f 1000,-)	%
1.Ministerie van Volksgezondheid en Milieu- hygiëne, Ministerie voor Cultuur, Recreatie en Maatschappelijk Werk (voorlopige stimule- ringsregeling samenwerkingsverbanden in de eerste lijns gezondheidszorg)	16	f 865,0	17,6%
2.Ziekenfondsraad (voorlopige richtlijnen fi- nanciële tegemoetkoming multidisciplinaire samenwerkingsverbanden) + betreffende één centrum AWBZ buiten toepassing van deze richtlijnen	12	f 2.381,5	48,4%
3.Gemeenten	8	f 1.570,9	31,9%
4.Overige subsidiegevers	5	f 114,9	2,3%
5.Nagekomen subsidies uit voorgaande jaren	2	./.	8,1 ./. 0,2%
Totaal		f 4.924,2	100%

Al eerder is opgemerkt dat het begrip subsidie hier ruim is opgevat. De accountants merken op dat dit gegeven én het feit dat sommige subsidies een voorlopige status hebben of een voorschot in goede rekening betreffen, beperkingen opleggen aan het bovenstaande subsidie-overzicht (en daarmee uiteraard op de nog te bespreken resterende tekorten). De in de tabel vermelde bedragen en percentages dienen dan ook als indicatie te worden aangemerkt.

Zo zijn diverse centra, die van verschillende subsidiegevers (principe) toezeggingen hebben gekregen, nog in onderhandeling met de betreffende instanties over de definitieve vaststelling van de bijdragen. Dit kan als gevolg hebben dat niet alleen de genoemde bedragen niet korrekt zullen blijken te zijn maar ook dat er verschuivingen tussen bijdragen van de subsidiegevers kunnen plaatsvinden.

In de hieronder te bespreken resterende tekorten zullen we deze kanttekeningen systematischer behandelen.

3.3.3.: De resterende tekorten.

Het overzicht van de exploitatietekorten over 1979 laat zien dat na aftrek

van de diverse subsidies bij 10 centra nog tekorten resteren. In de overige acht gevallen zijn de subsidies toereikend om de exploitatietekorten te dekken, bij 2 centra zelfs meer dan dat.

De 10 centra waarbij de subsidies onvoldoende zijn om tot een sluitende exploitatie over 1979 te komen variëren sterk wat betreft de hoogte van de resterende tekorten: van f 500,- tot f 223.800,-. Ook de mate waarin de subsidies de tekorten dekken lopen sterk uiteen: van 84 tot 100%. Bij 3 van deze 10 centra zijn de resterende tekorten met een bedrag van minder dan f 5.000,- uiterst marginaal. Mede op basis van de gedurende de vraaggesprekken ingewonnen informatie kunnen deze uitkomsten van de volgende kanttekeningen worden voorzien. Terwille van de overzichtelijkheid zijn de meningen van deze centra hieronder enigszins gestructureerd weergegeven.

Centra met resterende tekorten over 1979 (volgens tabel 3.1)

<u>Mening van de centra over de ernst van de resterende tekorten</u> <u>en de ontwikkeling van de resterende tekorten vanaf 1979.</u>	<u>Aantal</u> <u>centra</u>
1. Signaleert aanzienlijke problemen (waarvan oplossing nog onzeker is)	2
2. Signaleert resterende tekorten over 1979 die in het kader van een, in samenwerking met subsidiegevers opgesteld, meerjaren dekkings/saneringsplan waarschijnlijk tot een sluitende exploitatie in de toekomst zullen leiden	2
3. Meldt resterende tekorten in 1979 maar acht deze niet ernstig i.v.m. geringe omvang van de tekorten, verwachte bijstelling van subsidies, en/of wijzigingen in de praktijkvoering.	5
4. Merkt het resterend tekort als irreëel aan omdat toegezegde subsidiegaranties nog niet in de exploitatieresultaten zijn verwerkt.	1

Ook over de 8 centra die volgens de financiële analyse van het accountantsbureau geen resterende tekorten over 1979 hebben kan naar aanleiding van de met de centra gehouden vraaggesprekken nog het een en ander opgemerkt worden.

Om te beginnen de 2 centra die na subsidietoekenning het jaar 1979 met een positief resultaat konden afsluiten. Deze exploitatie-overschotten zijn in zoverre niet reëel dat het overschot van het ene centrum in de ZFR-subsidie van de daarop volgende jaren verrekend is, terwijl de overschotten van het andere centrum mede konden ontstaan doordat dit centrum de pensioenvorderingen van de Stichting Pensioenfonds Huisartsen niet wenst te honoreren gezien het feit dat de daarmee gemoeide bedragen niet in verhouding staan tot de salariskosten van de (zeer laag ingeschaalde) huisartsen.

Naar analogie van de 10 centra met resterende tekorten hebben we de mening van de overige 8 centra over de ontwikkeling van de exploitatieresultaten vanaf 1979 enigszins gestructureerd.

Centra zonder resterende tekorten over 1979 (volgens tabel 3.1)

<u>Mening van de centra over de ontwikkeling van de</u>	<u>Aantal centra</u>
<u>exploitatieresultaten vanaf 1979</u>	

- | | |
|---|---|
| 1. Verwacht geen resterende tekorten over de jaren na 1979 | 6 |
| 2. Vermeldt dat, i.v.m. de beperkte tijdsduur van (kostendekkende) subsidies, het nog onzeker is of een sluitende exploitatie over toekomstige jaren haalbaar is. | 1 |
| 3. Signaleert dat de kostendekking over 1979 mogelijk is door een voorschot in goede rekening. Het is nog onduidelijk of bij definitieve subsidiebepaling tekorten over 1979 (en daarop volgende jaren) resteren. | 1 |

Als we, zoals bij de exploitatietekorten, de resterende tekorten van de centra over 1979 relateren aan het al dan niet in Amsterdam (inklusief Diemen) gevestigd zijn van de centra, dan blijken bij de Amsterdamse centra de subsidies slechts voor 75% toereikend te zijn om de totale exploitatietekorten van deze centra te dekken, terwijl de totale exploitatietekorten van de overige centra voor 96% door subsidies gekompenseerd worden. Dit grote verschil komt tevens tot uitdrukking in het aantal centra dat voor

1979 resterende tekorten heeft: 6 van de 7 Amsterdamse centra tegenover 4 van de 11 elders gevestigde centra. In de onderstaande tabel worden deze 'regioverschillen' nader uitgewerkt.

Centra met resterende tekorten in 1979.	A'damse centra (n=7)	Overige centra (n=11)	Totaal (n=18)
aantal	6	4	10
gemiddelde resterend exploitatie-tekort per centrum (x f 1000,-)	97,0	41,3	74,7
resterend exploitatietekort als % van de totale exploitatietekorten gemiddeld per centrum	36%	28%	33%

Behalve het feit dat relatief veel Amsterdamse centra resterende tekorten hebben, is ook de gemiddelde hoogte van deze tekorten met f 97.000 per centrum ruim 2 x zo hoog als bij de overige centra. Dit onderzoeksresultaat is in zoverre niet verrassend dat we eerder geconstateerd hebben dat de exploitatietekorten van de Amsterdamse centra voor aftrek van subsidies (zie par. 3.3.1) in de orde van grootte van 10% hoger dan bij de andere centra waren, terwijl de lasten gemiddeld bijna 20% lager liggen.

Het eerder geconstateerde stimulerende beleid van de Gemeente Amsterdam en de Amsterdamse ziekenfondsen (VAZ) heeft blijkens onze bevindingen echter niet tot gevolg dat de totale aan de Amsterdamse centra verstrekte subsidies over 1979 hoger uitvallen dan in de rest van het land. In absolute zin ontvingen de Amsterdamse centra gemiddeld lagere subsidiebedragen (f 252.900,- tegenover f 286.700,- elders), in verhouding tot de gemiddelde lasten per centrum iets hogere bedragen (35,4% tegenover gemiddeld 33,5% bij de overige centra).

3.4. Samenvatting en konklusies.

Op basis van exploitatiegegevens is van de 18 in het onderzoek betrokken centra nagegaan in hoeverre er over 1979 exploitatietekorten resteren.

Op grond van deze financiële analyse kan het volgende geconkludeerd worden:

- Indien geen rekening gehouden wordt met de over dat jaar toegekende sub-

sidies, kan vastgesteld worden dat alle 18 centra exploitatietekorten vertonen. Deze tekorten lopen uiteen van f 44.800,- tot f 1.046.300,- per centrum. Het totale tekort maakt 39% uit van de totale lasten in 1979.

- De over 1979 toegekende subsidies waren bij 8 centra voldoende om de exploitatietekorten over dat jaar te dekken. Bij 10 centra resteren ook na verrekening van subsidies tekorten waarvan de dekking niet bekend is. Het totaal aan toegekende subsidies was voldoende om 87% van de totale tekorten van de onderzochte centra te dekken.

- Van de 10 centra met resterende tekorten varieerden deze tekorten van f 500,- tot f 223.800,- per centrum (gemiddeld f 74.700,-).

Woordvoerders van deze centra waren van mening dat in twee centra de met deze tekorten samenhangende financiële problemen aanzienlijk zijn en dat een oplossing hiervoor nog niet in het verschiet ligt; twee andere centra gaven te kennen dat de resterende tekorten als gevolg van met de subsidiegevers gemaakte meerjaren dekkings en/of saneringsplannen waarschijnlijk van tijdelijke aard zijn; vijf centra achten de tekorten door een veelheid aan factoren van minder ernstige en/of tijdelijke aard; 1 centrum merkte teslotte op dat de gekonstateerde tekorten door reeds toegekende subsidiegaranties als irreëel bestempeld kunnen worden.

- Van de 8 centra waarvan over 1979 geen resterende tekorten zijn vastgesteld gaven 2 centra te kennen dat het nog onzeker is of deze ook over de jaren na 1979 de exploitatiesluitend krijgen (resp. door onduidelijkheid wat betreft de subsidieverschaffing).
- De Amsterdamse centra* nemen in dit landelijk onderzoek een uitzonderingspositie in: 6 van de 7 Amsterdamse centra sloten 1979 met een resterend tekort af (tegen 4 van de 11 centra in de rest van het land).

Bovendien bleek de gemiddelde hoogte van het resterend tekort bij de Amsterdamse centra ruim 2 x zo hoog als bij de andere centra. Deze verschillen lijken vooral samen te hangen met de gemiddeld relatief (in verhouding tot de lasten) hogere exploitatietekorten. Deze omstandigheid en het gegeven dat de aan de Amsterdamse centra over 1979 toegekende subsidies geen gelijke tred houden met deze hogere exploitatietekorten, hebben tot gevolg dat relatief veel in de regio Amsterdam gevestigde centra resterende tekorten vertonen.

* Inclusief Diemen.

Als slot van dit hoofdstuk nog een opmerking van algemene aard.

De hier gepresenteerde onderzoeksresultaten dienen met enige voorzichtigheid geïnterpreteerd te worden; diverse in de analyse verwerkte subsidies hebben slechts een voorlopige status, bovendien moet niet vergeten worden dat diverse subsidie-aanvragen betreffende 1979 nog (steeds) niet afgehandeld zijn.

IV. HET KARAKTER VAN DE TEKORTEN: AANLOOP OF STRUKTURELE PROBLEMEN.

4.1. Inleiding.

Het merendeel van de onderzochte centra is pas recent van start gegaan (zie het overzicht in par 1.5.1.). Ruim tweederde van de centra heeft de deuren geopend zonder direkt bij de aanvang te kunnen 'beschikken' over een patiëntenbestand.

Dit, overigens niet of moeilijk te vermijden, gegeven heeft uiteraard gevolgen voor de financiële positie van deze centra. Al vóór de ingebruikneming zijn voorbereidingskosten gemaakt zonder dat daar inkomsten tegenover staan. Ook in de aanloopfase van een centrum zal het aantal patiënten en daarmee de inkomsten ontoereikend zijn om de kosten te dekken. Immers de kosten liggen al bij de aanvang voor een groot deel vast. Zowel de huisvestings- als de personele kosten zijn slechts in beperkte mate aan te passen aan de groei van het patiëntenbestand. Een voorbeeld van het meegroeien van de eerste kostensoort is dat het centrum start in een tijdelijke, goedkope huisvesting (bijna altijd gehuurd) voordat een definitieve huisvesting (meestal gekocht) betrokken wordt. Een voor de hand liggend voorbeeld van de personele kosten is dat de groei van het medewerkersbestand afhankelijk wordt gesteld van de toename van het aantal patiënten. Begrijpelijk is het aanpassen van de kosten aan de inkomsten beperkt uitvoerbaar. Of een centrum 100 of 2000 patiënten heeft ingeschreven zal de huisvestingskosten nagenoeg niet beïnvloeden. Ook wat betreft de personele kosten (we beperken ons hier gemakshalve tot de huisartsendiscipline) kan een minimum kostenniveau onderkend worden. De eisen van subsidiegevers, de filosofie van het samenwerkingsverband en de beschikbaarheids- en bereikbaarheidseis hebben als konsekwentie dat minimaal twee half-time huisartsen vanaf de start in dienst genomen zullen worden.

In dit hoofdstuk wordt nagegaan in hoeverre de in hoofdstuk 3 vermelde exploitatietekorten op het konto van aanlooptekorten geplaatst kunnen worden of anders gezegd in hoeverre de exploitatietekorten een aanloop dan wel een structureel karakter hebben.

Hiertoe zijn door het accountantsbureau op basis van de exploitatiegegevens over 1979 een aantal analyses uitgevoerd waarvan de resultaten, voorzien van een toelichting, in dit hoofdstuk behandeld worden. Bij deze analyses is uitgegaan van een aantal vooronderstellingen wat betreft de

groei van het aantal patiënten per huisarts bij de centra. Deze vooronderstellingen zullen, voorzover het materiaal dit toeliet, getoetst worden aan de feitelijke groei vanaf 1979 (par.4.5). Tenslotte wordt in par.4.6 aandacht besteed aan de relatie tussen aanlooptekorten en startjaar van de in het onderzoek betrokken centra.

4.2. Factoren die het aanloopkarakter van een tekort bepalen.

Een aanlooptekort kan omschreven worden als het tijdelijke verschil tussen het feitelijke exploitatieresultaat en het realiseerbare exploitatieresultaat bij een volle praktijkomvang. Als structureel tekort kan het verschil tussen de lasten en de te realiseren opbrengsten bij een volle praktijk aangemerkt worden. Bij het operationaliseren van deze begrippen en het analyseren van de tekorten in aanloop- en structurele elementen worden we geconfronteerd met diverse problemen.

Zo heeft het begrip 'volle praktijk' voor de onderzochte centra vaak een verschillende inhoud. Beperken we ons tot de huisartsenpraktijk, dan blijken de centra verschillende opvattingen te hebben over bij welk patiëntenaantal per huisarts gesproken kan worden van een volle praktijk. Hoewel sommige centra al bij het afsluiten van arbeidskontrakten met huisartsen een streefaantal vastgelegd hebben, blijkt in de praktijk dat deze 'normomvang' aan fluctuaties onderhevig is. Verschillende factoren zijn hierbij van invloed. We noemen hier slechts de gemiddelde consumptiebehoefte van de patiënten, de in subsidieregelingen vervatte normen, de opvattingen over hoeveel tijd per patiënt besteed dient te worden en de tijd die t.a.v. de samenwerking tussen de hulpverleners voorgestaan wordt, en niet in het minst de financiële positie van een centrum.

Idealiter zouden voor de bepaling van het aanloopkarakter van tekorten gegevens beschikbaar moeten zijn over het groeitempo van de praktijkomvang (oftewel de duur van de aanloopfase) en daarmee de groei van de inkomsten, de ontwikkeling van de lasten van de centra vanaf de start en de opstelling van de subsidiegevers gedurende de aanloopfase. Ons beperkt onderzoek voorziet maar ten dele in deze gegevens. Om toch indicaties te verkrijgen over de aanloop- en structurele elementen van de tekorten is het volgende analysemodel ontworpen.

4.3. Het analysemodel.

./.

In dit model is van de vooronderstelling uitgegaan dat de lasten en de post 'overige baten' (zie bijlage 5), zoals over 1979 is vastgesteld, konstant blijven. Door het accountantsbureau is het begrip 'aanlooptekorten' dan ook aangemerkt als het tijdelijke verschil tussen de feitelijke exploitatieopbrengsten en de te realiseren exploitatieopbrengsten bij een volle praktijkomvang. Het accountantsbureau heeft berekend welke omvang de opbrengsten zouden aannemen als uitgegaan zou worden van de volgende fiktieve patiëntenaantallen per full-time huisarts en fiktieve opbrengsten van andere disciplines:

- bij een veronderstelde norm van 2000 patiënten* per huisarts (t.a.v. de overig hulpverleners is uitgegaan van een opbrengstennivo waarbij 10% overlegtijd in aanmerking is genomen)
- bij een veronderstelde norm van 2210 patiënten** per huisarts (overige hulpverleners met in achtneming van 10% overlegtijd).
- bij een veronderstelde norm van 2600 patiënten per huisarts (fysiotherapeuten worden verondersteld een volledig bezette praktijk te hebben volgens de grondslagen van de landelijke honoreringsovereenkomst, t.a.v. de overige hulpverleners, tandartsen, apothekers, verloskundigen e.a., wordt een kostendekkende exploitatie verondersteld).

Bij de berekening van deze fiktieve opbrengsten is uitgegaan van de landelijke honoreringsregelingen zoals die in 1979 van kracht waren. Wat betreft de aantallen patiënten in 1979 is het accountantsbureau uitgegaan van een financiële telmethode voor de ziekenfondspatiënten (basis: de ontvangen vergoedingen) en is het aantal partikuliere patiënten berekend volgens de formule die de ZFR hanteert (zie par. 2.3.2.).

Zowel de werkelijke lasten en opbrengsten (excl. subsidies) over 1979 als de hierboven genoemde drie fiktieve opbrengstenberekeningen zijn gedifferentieerd naar de posten zoals die in de tariefopbouw van de landelijke honoreringsregelingen onderscheiden worden. Eén en ander wordt in het volgende overzicht samengevat: (zie volgende bladzijde)

* Deze norm komt overeen met het minimaal aantal patiënten per huisarts dat in de Voorlopige Richtlijnen van de ZFR als voorwaarde wordt gesteld voor een integrale vergoeding van de praktijkkosten (zie hoofdstuk II).

** De 2210 norm is het maximum aantal patiënten per huisarts waarover in het kader van de Voorlopige Richtlijnen een tegemoetkoming voor extra tijdsinvestering verstrekt wordt.

	A Lasten 1979	B honorarium 1979	C honor.norm 2.000	D honor.norm 2.210	E honor.norm 2.600
Personeelskosten hulpverleners	...	...	...	...	...
Personeelskosten overig personeel	...	...	...	...	...
Huisvesting	...	...	...	...	...
Praktijkkosten	...	...	...	...	...
Bureau- en organisa- tiekosten	...	...	...	...	...
Financieringskosten	...	...	...	...	...
<u>Subtotaal</u>	...	...	...	...	...
Overige baten		<u>...</u>	<u>...</u>	<u>...</u>	<u>...</u>
<u>Totaal</u>		...	...	...	...

./. Per centrum is een dergelijk overzicht samengesteld. In Bijlage 6 worden de uitkomsten van een dergelijke analyse per centrum weergegeven, zij het dat in het kader van anonimiteitsafspraken de centra niet alleen van een codenummer zijn voorzien maar dat tevens de bedragen geïndexeerd zijn naar de totale lasten in 1979. De aldus verkregen gegevens vormen een indicatie voor de aanloop- en structurele elementen van de exploitatietekorten zoals die in het vorige hoofdstuk over 1979 zijn vastgesteld. Het gehanteerde analysemodel is als volgt opgebouwd:

a: De opbrengsttekorten door het niet realiseren van de norm van 2210 patiënten per huisarts (de door de ZFR gehanteerde norm voor gezondheidscentra) kunnen als aanlooptekort beschouwd worden indien het betreffende centrum deze norm nastreeft en ook de mogelijkheid heeft om deze norm te realiseren (Kolom D-B).

Dit 'aanlooptekort' kan nader onderscheiden worden in een opbrengsttekort door het niet realiseren van de 2.000 norm (de door de ZFR gehanteerde minimumnorm voor een integrale vergoeding van de praktijkkosten, in dit verband opgevat als alle kosten behalve de personeelskosten van de hulpverleners) (Kolom C-B) en het opbrengstenverschil tussen de 2000 en 2210 norm (D-C).

b: Voorzover de werkelijke lasten afwijken van de opbrengsten bij de door de ZFR gehanteerde norm voor samenwerkingsverbanden (2210 patiënten) kunnen deze verschillen als struktureel beschouwd worden indien de betreffende centra de 2210-norm althans willen en kunnen onderschrijven. Dit strukturele verschil (dit kan zowel een tekort als een 'overschot' zijn) is samengesteld uit:

- opbrengsttekorten (kolom E-D) door het niet realiseren van de normen waarop de landelijke honoreringsovereenkomsten zijn gebaseerd (voor huisartsen 2.600 patiënten).
- kostenverschillen (kolom A-E) doordat de feitelijke kosten hoger of lager zijn dan de theoretische opbrengsten bij de patiëntennormen in de landelijke honoreringsovereenkomsten.

4.4. De resultaten van de analyse*

In de onderstaande tabel worden de in het vorige hoofdstuk vermelde totale exploitatietekorten van de centra over 1979 ad ruim f 5,6 miljoen (vóór aftrek subsidies) onderscheiden naar aanloop- en strukturele elementen. De tabel geeft aan dat, uitgaande van de veronderstelling dat de centra een praktijkomvang van 2210 patiënten per huisarts willen en kunnen realiseren, 57,5% van de totale exploitatietekorten van de centra in 1979 als een aanlooptekort aangemerkt kan worden en 42,5% als een struktureel tekort. Dit strukturele tekort is opgebouwd uit een opbrengstenderving ad 25,1% van de totale exploitatietekorten doordat de 2210-norm lager is dan de landelijke norm van 2600 patiënten en de - per saldo - hogere kosten (ad 17,4% van de totale exploitatietekorten) dan de opbrengsten bij de landelijke norm.

* De in deze paragraaf gepresenteerde tabellen zijn afgeleid van de door het accountantsbureau opgestelde samenvatting inzake de analyse van de exploitatieresultaten over 1979 (zie Bijlage 7).

Tabel 4.1: De totale exploitatietekorten (excl. subsidies) van de 18 centra in 1979*, onderscheiden naar aanloop- en structurele elementen.

	Bedrag (x f 1.000,-)	Als % van het totale tekort
<u>Exploitatietekorten met een aanloopelement</u> (opbrengstenderving door het niet realiseren van de 2210-norm)	f 3.250,0 =====	57,5% =====
<u>Exploitatietekorten met een structureel element.</u>		
w.v. opbrengstenderving doordat de 2210-norm lager is dan de landelijke norm (2600)	f 2.402,0 f 1.418,4 =====	42,5% 25,1% =====
w.v. feitelijke kosten <u>hog</u> er dan de opbrengsten bij de landelijke norm (9 centra)	f 1.738,7	30,8%
w.v. feitelijke kosten <u>l</u> ager dan de opbrengsten bij de landelijke norm (8 centra)	f./. 755,1	./..13,4%
<u>Totale exploitatietekorten</u> (vóór aftrek subsidies)	f 5.652,0	100%

Uit de tabel blijkt tevens dat deze - per saldo - hogere kosten gevormd worden doordat de hogere kosten van 9 centra voor totaal 30,8% van de totale exploitatietekorten gedeeltelijk gekompenseerd worden door de lagere kosten van 8 centra voor totaal 13,4% van deze tekorten (Een nadere analyse van deze kostenverschillen naar de diverse componenten - huisvesting, personeel etc. - wordt in het volgende hoofdstuk uitgevoerd).

* De praktijkuitoefening van 1 centrum is eind 1979 gestart. Een nader analyse van het exploitatieresultaat werd door het accountantsbureau niet mogelijk geacht. De totale exploitatietekorten van dit centrum (f 175.900,-) zijn in de tabel ondergebracht onder de "exploitatietekorten met een aanloopelement".

In tabel 4.2. wordt een overzicht geboden van de aanloop- en structurele elementen van de exploitatietekorten in 1979 per centrum. Naar analogie van tabel 3.1. (overzicht van de exploitatietekorten over 1979) wordt hierbij onderscheid gemaakt tussen de Amsterdamse centra en de buiten deze regio gevestigde centra.

Op basis van deze tabel kunnen de volgende konklusies getrokken worden:

- Alle centra vertonen aanlooptekorten, althans voorzover de centra een patiëntenaantal van 2210 per huisarts willen en kunnen realiseren.
Als we de hoogte van deze aanlooptekorten indexeren naar de feitelijke exploitatietekorten in 1979 dan loopt dit indexcijfer uiteen van 8,3 tot zelfs 623,9. Kortom de centra tonen aanzienlijke verschillen t.a.v. de mate waarin de feitelijke exploitatietekorten een aanloopkarakter hebben.
- Bij 14 (van de 18) centra vertonen de exploitatietekorten structurele elementen, terwijl bij 3 andere centra de berekende aanlooptekorten gedeeltelijk gekompenseerd worden door structurele 'overschotten'. Deze overschotten worden volgens de analyse van het accountantsbureau (zie Bijlage 7) veroorzaakt doordat de feitelijke kosten van deze centra zo veel lager zijn dan de mogelijke opbrengsten bij de landelijke norm van 2600 patiënten dat de overige structurele tekorten daardoor meer dan gekompenseerd worden.
- Uit de vergelijking van de Amsterdamse centra met de elders gevestigde centra komt naar voren dat in de regio Amsterdam de exploitatietekorten voor een minder groot deel een aanloopkarakter hebben (45,2% van de totale tekorten) dan elders (66,3%). Hierbij sluit de onderzoeksbevinding aan dat de Amsterdamse centra allemaal structurele tekorten vertonen terwijl dit bij de overige centra in 7 van de 11 gevallen voorkomt.

Zoals al eerder is aangegeven liggen aan het gehanteerde analysemodel en daarmee aan de gevonden resultaten een groot aantal veronderstellingen ten grondslag. Uiteraard heeft dit als konsekventie dat de opgesomde konklusies met de nodige voorzichtigheid geïnterpreteerd moeten worden. Bij één van deze veronderstellingen, het moment waarop een centrum niet (meer) in een aanloopfase verkeert, kunnen we op grond van de tijdens de vraaggesprekken met de centra ingewonnen informatie nog wat kanttekeningen plaatsen.

Tabel 4.2.: De exploitatietekorten per centrum onderscheiden naar aanloop- en structurele elementen.

Centrum *	"Aanlooptekorten"		Structurele verschillen		Exploitatie- tekort 1979
	bedrag	geïndexeerd naar het expl. tekort	"tekorten"	"overschotten"	
<u>Amsterdamse centra</u>					
1	243,1	(23,2)	803,2	-	1.046,3
2	113,3	(31,6)	245,4	-	358,7
3	300,1	(84,5)	55,0	-	355,1
4	109,1	(45,9)	128,6	-	237,7
5	142,6	(94,1)	8,9	-	151,5
6	122,0	(96,7)	4,2	-	126,2
7	34,0	(44,0)	43,3	-	77,3
subtotaal	1.064,2		1.288,6	-	2.352,8
in %	45,2%		54,8%	-	100%
<u>Overige centra</u>					
8	539,2	(56,7)	411,6	-	950,8
9	231,1	(38,1)	374,7	-	605,8
10	109,9	(25,0)	328,8	-	438,7
11	25,2	(8,3)	279,8	-	305,0
12	216,4	(85,0)	38,3	-	254,7
13	175,9	(100,0)	-	-	175,9
14	133,1	(76,1)	41,8	-	174,9
15	95,1	(65,7)	49,7	-	144,8
16	251,8	(244,0)	-	148,6	103,2
17	128,6	(127,8)	-	28,0	100,6
18	279,5	(623,9)	-	234,7	44,8
subtotaal	2.185,8		1.524,7	411,3	3.299,2
in %	66,3%		per saldo 33,7%		100%
Totaal	3.250,0		2.813,3	411,3	5.652,0
in %	57,5%		per saldo 42,5%		100%

* De codenummers corresponderen met de in tabel 3.1. gehanteerde codering.

4.5. De analyse-uitkomsten getoetst aan de groei van de praktijkomvang sinds 1979.

Alvorens we de gevonden analyse-resultaten trachten te nuanceren door de groei van de praktijkomvang van de centra vanaf 1979 in de beschouwing te betrekken is het nodig eerst de voor de analyse gehanteerde berekening van de praktijkomvang te vergelijken met de door de centra opgegeven patiëntenaantallen. In par. 4.3. is al vermeld dat het accountantsbureau ter bepaling van de patiëntenaantallen van de huisartsenpraktijken uitgegaan is van een financieel telkriterium: het aantal ziekenfondspatiënten is berekend op basis van de ontvangen vergoedingen, het aantal partikuliere patiënten is vastgesteld volgens de door de ZFR gehanteerde berekeningsformule (zie par. 2.3.2.). Willen we de analyse-uitkomsten 'toetsen' aan de groei van de patiëntenaantallen per huisarts vanaf 1979, zoals deze uit het NHI-registratiesysteem af te leiden zijn, dan moeten eerst beide telmethoden geijkt worden. In het volgende overzicht wordt per centrum de resultaten van beide tellingen vermeld.

Aantal patiënten per (full-time) huisarts in 1979.

Centrum	A. Volgens financiële telmethode	B. Volgens opgave van het centrum*	B - A
1	1767	1620	- 147
2	1728	1895	+ 167
3	360	415	+ 55
4	1547	1850	+ 303
5	1400	1420	+ 20
6	1457	1110	- 347
7	1881	2315	+ 434
8	1658	2345	+ 687
9	1825	2170	+ 345
10	1888	2030	+ 142
11	2108	2500	+ 392
12	928	900	- 28
13	p.m.	260	(+ 260)
14	1179	1170	- 9
15	1693	2115	+ 422
16	1430	2180	+ 750
17	1225	1535	+ 310
18	<u>997</u>	<u>1380</u>	+ 383
Gemiddeld	1475	1625	

* De vermelde aantallen zijn gebaseerd op de opgaven van de centra. De aantallen vormen het rekenkundig gemiddelde van de peildata januari 1979 en januari 1980.

Uit de vergelijking blijkt dat de verschillende telkriteria soms tot aanzienlijke verschillen aanleiding geven. Volgens opgave van de centra was het gemiddeld aantal ingeschreven patiënten per huisarts in 1979 bij 14 centra hoger dan volgens de financiële telmethode berekend, bij 4 centra lager. Over alle centra bedraagt het volgens de financiële meetlat getelde gemiddeld aantal patiënten 1475, volgens opgave van de centra 1625 per huisarts. Dit verschil is in werkelijkheid nog groter omdat één in 1979 gestart centrum niet volgens de financiële telmethode in de berekening is betrokken.

Voor de interpretatie van de analyse-uitkomsten heeft dit tot gevolg dat als de centra de 2210-norm relateren aan het werkelijk aantal ingeschreven patiënten, de structurele tekorten bij 13 centra* groter zijn (en dus de aanlooptekorten kleiner) dan op grond van de eerder gevonden resultaten werd aangenomen. Bij drie van deze centra zou in het geheel geen sprake zijn van aanlooptekorten. Bij de 4 centra waarvan volgens de financiële telmethode het berekende patiëntenaantal groter was dan volgens de opgave van de centra geldt het omgekeerde.

De analyse van de exploitatietekorten is alleen gebaseerd op gegevens over 1979. Bij het verkrijgen van indiaties over het aanloopkarakter van de tekorten wordt impliciet verondersteld dat deze tekorten een tijdelijk karakter hebben. De beschikbare gegevens over patiëntenaantallen (en personeelsbezetting) van de centra vanaf 1979 kunnen we in dit verband gebruiken als een aanwijzing voor de beantwoording van de vraag of de veronderstelde aanlooptekorten een tijdelijk karakter hebben en zo ja welke periode hiermee gemoeid is. In het volgende overzicht wordt per centrum zowel de omvang van de totale huisartspraktijk als het aantal patiënten per huisarts (op full-time basis gekorrigeerd) over de jaren 1979, 1980 en 1981 vermeld. Deze aantallen zijn ontleend aan de door de centra opgegeven aantallen.

* Eén centrum kan buiten beschouwing blijven omdat de tekorten van dit centrum door het accountantsbureau vooralsnog geheel als 'aanlooptekorten' worden aangemerkt.

Tabel 4.3.: De omvang van de huisartsenpraktijk en het gemiddeld aantal patiënten per (full-time) huisarts van de onderzochte centra in 1979, 1980 en 1981*.

Centrum	1979		1980		1981	
	Totale prakt. omvang	aantal pa- tiënten per huisarts	totale prakt. omvang	aantal pa- tiënten per huisarts	totale prakt. omvang	aantal patiënten per huisarts
1	7780	1620	8155	1720	8405	1685
2	2275	1895	2675	2060	2945	2105
3	500	415	1460	1215	2570	1835
4	3700	1850	3750	1875	3750	1875
5	2215	1420	2760	1725	2900	1810
6	3325	1110	3375	1125	3425	1140
7	4050	2315	4100	2220	3650	1920
8	14000	2345	11750	2350	11400	2280
9	8250	2170	8850	2270	9815	2515
10	8140	2030	7775	1940	7680	1920
11	10000	2500	10000	2500	10000	2500
12	900	900	1600	1600	2130	1735
13	260	260	775	485	1390	870
14	1700	1170	2350	1570	3280	2040
15	4450	2115	5245	2065	5960	1780
16	5125	2180	5575	2275	6200	2265
17	2300	1535	3200	2135	4050	2450
18	3225	1380	3820	1580	3030	1185
gemiddeld	4565	1625	4845	1815	5145	1885

Vanaf 1979 is zowel de praktijkomvang als het gemiddeld aantal patiënten per huisarts van de totale onderzoekspopulatie in lichte mate gegroeid. 10 van de 18 centra lijken redelijk gestabiliseerd of vertonen een lichte terugval in het aantal patiënten per huisarts (de centra 1, 4, 6, 7, 8, 10,

* De aantallen zijn gebaseerd op de opgaven van de centra. De aantallen vormen het rekenkundig gemiddelde van de peildata januari 1979, 1980, 1981 en 1982.

11, 15, 16, en 18). De overige 8 centra hebben het patiëntenaantal per huisarts vanaf 1979 min of meer zien toenemen (de centra 2, 3, 5, 9, 12, 13, 14, 17). Van deze 8 is (behoudens een enkele uitzondering) op grond van de beschikbare gegevens niet aan te geven wanneer en op welk niveau het aantal patiënten per huisarts zich zal stabiliseren. We beperken ons hier dan ook tot de 10 'gestabiliseerde' centra. Voor zover een zekere stabiliteit in het aantal patiënten per huisarts wijst op een stabilisering van de inkomsten mag aangenomen worden dat de berekende opbrengstenderving door het niet realiseren van de op financiële basis berekende 2210-norm (in het analysemodel als 'aanlooptekort' aangeduid) voor deze centra een structureel tekort zal blijven opleveren. Vertalen we deze konklusie in geldelijke bedragen* dan kan vastgesteld worden dat de totale exploitatietekorten van de centra ad ruim f 5,6 miljoen niet voor circa 42,5% een structureel karakter hebben maar dat bijna 3/4 (74,5%) van de exploitatietekorten in 1979 als structureel aangemerkt kunnen worden.

4.6. De relatie tussen aanlooptekorten en startjaar.

In de vorige paragraaf zijn de analyse uitkomsten gerelateerd aan de groei van het patiëntenaantal per huisarts vanaf 1979. Een andere, onder meer in de gewijzigde voorlopige richtlijnen van de ZFR gehanteerde benadering van aanlooptekorten is het koppelen van deze tekorten aan een bepaalde bestaansperiode van een centrum. Uiteraard gaat deze gedachtengang niet (althans minder) op voor de centra die met het in dienst nemen van huisartsen tevens een praktijk hebben overgenomen**.

In de volgende tabel zijn de centra in drie groepen onderverdeeld; resp. degenen die bij de start reeds over een praktijk beschikten (5 centra), de centra die vóór 1977 zonder patiënten van start zijn gegaan (7x) en dus in 1979, het jaar waarop de financiële analyse betrekking heeft minimaal twee jaar draaiden en de centra die in 1977, 1978 of 1979 van start zijn gegaan met 0 patiënten (6 centra).

* Bij deze berekening is geen rekening gehouden met het effect van de zogenaamde kostenknik in de tarieven.

** Slechts in twee van de vijf centra waar dit van toepassing is, is de praktijkinbreng gepaard gegaan met overnamekosten, cq een aanvulling op de salariëring.

Tabel 4.4.: De relatie tussen de startwijze en startjaar van de centra en het vóórkomen van aanlooptekorten.

	Centra gestart met praktijk (n=5)	Centra gestart zonder patiënten	
		vóór 1977 (n=7)	1977 t/m 1979 (n=6)
Gem. expl.tekort (x f 1000,-)	411,7	343,5	198,2
Gem. aanlooptekort (x f 1000,-)	181,1	191,8	167,0
in% van het expl.tekort	44,0%	55,8%	84,3%
Gem. aantal patiënten per huisarts*	1732	1524	1001

Uit de tabel komt, niet onverwacht, naar voren dat centra die vanaf de start over een praktijk konden beschikken (door overname of door medeneming van een praktijk door de huisartsen) in verhouding tot de totale exploitatiekosten het minst met aanlooptekorten** te kampen hebben. Wel opvallend is dat de exploitatiekosten van dit type centra desalniettemin voor 44% een aanloopkarakter hebben en dat de absolute hoogte van de aanlooptekorten maar weinig afwijkt van de centra die zonder patiënten van start zijn gegaan. Van deze laatste centra blijken degene die vóór 1977 van start zijn gegaan, konform de verwachting, niet alleen meer patiënten per huisarts te tellen maar ook relatief (t.o.v. de totale exploitatiekosten) minder aanlooptekorten te hebben dan de centra die in 1977, 1978 of 1979 van start zijn gegaan. In absolute zijn hebben de recent gestarte centra echter minder aanlooptekorten, een voor de hand liggend resultaat als we bedenken dat deze centra relatief gering van omvang zijn (en vaak tijdelijk gehuisvest zijn). Wat niet uit de tabel naar voren komt is de per groep sterk wisselende mate van aanlooptekorten. Blijkbaar is het al dan niet overnemen van een praktijk gedurende de start en wat betreft de centra die zonder patiënten van start zijn gegaan, het aantal jaren dat een centrum draait, slechts van een beperkte invloed op de hoogte van de (aanloop)tekorten.

* Het vermelde aantal patiënten is via de financiële telmethode berekend (zie ook par. 4.5.)

** Evenals in par. 4.3. en 4.4. is het aanloopkarakter van een tekort hier gerelateerd aan de norm van 2210 patiënten per huisarts.

4.7.: Samenvatting en konklusie.

In dit hoofdstuk hebben we een poging ondernomen om de eerder gekonstateerde exploitatietekorten van de centra in 1979 (ruim f 5,6 miljoen vóór aftrek van subsidie) te analyseren naar aanloop- en structurele componenten. Om vast te stellen of en zo ja in welke mate een tekort het gevolg is van een aanloopfase zijn een groot aantal gegevens nodig. Deze informatie was voor een groot deel niet voorhanden, mede omdat ook de centra nog niet over deze gegevens beschikken. In de uitgevoerde analyses zitten dan ook een groot aantal onzekere factoren hetgeen tot gevolg heeft dat de gevonden resultaten met de nodige voorzichtigheid geïnterpreteerd dienen te worden.

Uitgaande van de veronderstelling dat als een centrum 2210 patiënten per (full-time) huisarts heeft (en dit aantal berekend wordt door uit te gaan van de inkomsten wat betreft ziekenfondspatiënten en de door de ZFR gehanteerde berekeningsformule wat betreft partikuliere patiënten), en dat als de overige hulpverleners wat betreft hun inkomsten 90% van de landelijke normen halen, er sprake is van een volle praktijk, dan kan gekonkludeerd worden dat:

- alle centra aanlooptekorten vertonen;
- bij 3 centra deze aanlooptekorten gedeeltelijk gekompenseerd worden doordat de kosten van deze centra lager zijn dan de (theoretische) opbrengsten bij een landelijke norm van 2600 patiënten per huisarts;
- de tekorten van 14 centra zowel aanloop- als structurele elementen bevatten;
- de totale exploitatietekorten van de centra ten opzichte van de norm van 2210 patiënten voor circa 57,5% als aanlooptekort beschouwd kunnen worden;
- de tekorten van de Amsterdamse centra in vergelijking met de elders gevestigde centra in mindere mate een aanloopkarakter hebben (resp. 45,2 en 66,3%).

Plaatsen we deze resultaten en de daarbij gehanteerde veronderstellingen tegen het licht van de groei van de centra vanaf 1979 (geoperationaliseerd naar het aantal patiënten per full-time huisarts), dan blijken er sterke aanwijzingen te zijn dat de exploitatietekorten voor een groter deel structureel van aard zijn dan hierboven gesuggereerd wordt. Een groei in het aantal patiënten per huisarts vanaf 1979 t/m 1981 blijkt namelijk bij 10 centra niet aanwezig. De exploitatietekorten van deze centra kunnen

(mits de overige baten en de lasten ongewijzigd blijven) dan ook geheel als structureel aangemerkt worden. Voor de totale exploitatietekorten van de 18 in het onderzoek betrokken centra betekent dit dat bijna driekwart van de tekorten in 1979 structureel zijn.

Of een centrum vanaf de start al of niet over een (huisartsen)praktijk beschikt is blijkt ons onderzoek nauwelijks van invloed op de absolute hoogte van de aanlooptekorten. Wel is de mate waarin de exploitatietekorten een aanloopkarakter toegeschreven kan worden bij de centra die zonder patiënten van start zijn gegaan gemiddeld hoger dan bij de andere centra. Dit geldt in nog sterkere mate voor de centra die nog maar kort geleden (gerekend vanaf 1979) van start zijn gegaan. Desalniettemin vormen de bestaansperiode van een centrum en de wijze waarop een centrum van start is gegaan (al dan niet met patiënten) slechts een beperkte verklaringsgrond voor de per centrum zeer uiteenlopende hoogte en mate van aanlooptekorten.

V. DE AARD VAN DE TEKORTEN: EEN DIFFERENTIATIE NAAR DE DIVERSE KOSTEN-POSTEN

5.1.: Inleiding

In dit hoofdstuk zal de opbouw van de eerder gekonstateerde exploitatie-tekorten over 1979 besproken worden. Door de lasten te differentiëren naar de diverse posten en vervolgens te vergelijken met de op dezelfde manier gedifferentieerde opbrengsten is het mogelijk de oorzaken van de tekorten nader vast te stellen.

Tevens is een vergelijkende analyse uitgevoerd tussen de (opbouw van de) lasten in 1979 en de theoretische opbrengsten van de centra indien per full-time huisarts 2600 patiënten zouden zijn ingeschreven (de landelijke norm voor niet in gezondheidscentra werkzame huisartsen) en de overige hulpverleners volgens de landelijke regelingen een volle praktijk hebben dan wel kostendekkend functioneren*. Uit deze vergelijking kunnen konklusies worden getrokken over (strukturele) kostenverschillen tussen de onderzochte gezondheidscentra en solistisch werkzame hulpverleners in de eerste lijn (althans voorzover de omvang van de normen en de opbouw van de landelijke honoreringsregelingen overeenkomt met de werkelijkheid)**.

De exploitatiegegevens van de centra lieten slechts een beperkte differentiatie naar de posten toe. Het accountantsbureau heeft de feitelijke lasten over 1979 per centrum gehergroepeerd over de volgende posten***:

- personeelskosten hulpverleners
- personeelskosten overig personeel (prakt. assistenten, adm. personeel, koördinatoren, etc.)
- huisvestingskosten
- praktijkkosten

* zie voor een toelichting op deze vooronderstellingen het vorige hoofdstuk, par. 4.3.

** door de daling van de grootte van de huisartspraktijk de afgelopen jaren zijn de door ons berekende verschillen wellicht kleiner dan verondersteld wordt.

./.

*** de samenstelling van deze posten is in Bijlage 5 vermeld.

- bureau- en organisatiekosten
- financieringskosten.

De opbrengsten (excl. subsidies) zijn op een analoge wijze gedifferentieerd op basis van de tariefopbouw van de landelijke honoreringsregelingen van 1979, met uitzondering van de post 'overige baten', welke integraal in de analyses is verwerkt. In bijlage 6 wordt een overzicht gegeven van deze per centrum uitgevoerde analyse van de exploitatiegegevens voor 1979. Een dergelijke analyse bleek mogelijk bij 17 van de 18 in het onderzoek betrokken centra.

5.2.: De exploitatieresultaten over 1979 gedifferentieerd naar de diverse (kosten)posten.

Al eerder is vastgesteld dat alle 18 gezondheidscentra exploitatie-tekorten over 1979 (vóór aftrek van de diverse subsidies) vertonen. In tabel 5.1. laten we zien welke kostenposten hiervoor verantwoordelijk zijn als we uitgaan van de tariefopbouw van de landelijke honoreringsregelingen.

Tabel 5.1.: Analyse van de exploitatietekorten (vóór aftrek subsidies) in 1979 van 17 centra* naar diverse posten.

	Kosten <u>hoger</u> dan opbrengsten		Kosten <u>lager</u> dan opbrengsten	
	Bedrag (x f 1.000,-)	Aantal centra	Bedrag (x f 1.000,-)	Aantal centra
personeelskosten hulpverleners	f 1.952,7	16	f 49,2	1
personeelskosten overig personeel	f 1.691,1	17	-,-	-
huisvesting	f 1.336,0	14	f 6,9	3
praktijkkosten	f 126,2	7	f 154,9	10
bureau- en organi- satie kosten	f 875,7	17	-,-	-
financieringskosten	f 376,6	11	f 66,4	5
kosten 1979 hoger	f 6.358,3		f 277,4	
kosten 1979 lager	f 277,4			
	f 6.080,9			
af: overige baten	f 744,6			
Totaal exploitatie- tekort	f 5.336,3			

*Van het '18e centrum' werd een dergelijke analyse door het accountantsbureau niet mogelijk geacht omdat dit centrum eerst eind 1979 van start is gegaan. Van één van de wel in de tabel opgenomen centra is het exploitatietekort van een dépendance eveneens niet in de tabel verwerkt.

De vergelijking van de kosten(posten) met de korresponderende opbrengsten (de overige baten buiten beschouwing gelaten) toont aan dat de personeelskosten voor meer dan de helft verantwoordelijk zijn voor de exploitatietekorten. Daarnaast zijn de lasten van huisvesting, bureau- en organisatie en, in mindere mate, de financiering hoger dan de opbrengsten. Alleen de praktijkkosten blijken bij de meeste centra lager dan het overeenkomstige opbrengstendeel. De gevonden resultaten laten zich per post als volgt samenvatten:

- De personeelskosten van de hulpverleners zijn bij 16 (van de 17) centra hoger dan de opbrengsten. Slechts bij 1 centrum zijn deze kosten lager. Bij de materiaalverzameling kwam naar voren dat deze uitzondering vooral veroorzaakt wordt door de relatief zeer lage inschaling van de hulpverleners. De hogere personeelskosten van de hulpverleners van bijna 2 miljoen totaal vormen in absolute zin het grootste aandeel in de exploitatietekorten. Deze kostenoverschrijding wordt, zoals we later zullen zien, niet veroorzaakt door hoge salarissen (eerder integendeel), maar is vooral het gevolg van de relatief geringe patiëntenaantallen per hulpverlener.
- Bij alle 17 centra zijn de personeelskosten van de overige medewerkers hoger dan de opbrengsten. De in totaal bijna 1,7 miljoen 'kostenoverschrijding' is in zoverre niet verbazingwekkend als we bedenken dat in de tariefopbouw van de landelijke regelingen alleen rekening gehouden wordt met de kosten van doktersassistenten, terwijl in gezondheidscentra vaak niet alleen hoger ingeschaalde praktijkassistenten werken maar soms ook koördinatoren en ander administratief personeel. De kostenoverschrijding zal echter ook hier waarschijnlijk verband houden met het feit dat er per full-time kracht minder patiënten (en dus opbrengsten) ingeschreven zijn in vergelijking met de landelijke norm (voor solisten).
- De kosten van de huisvesting zijn bij 14 centra hoger en bij 3 centra lager dan de opbrengsten. Volgens de tabel resulteert dit in totaal in ruim f 1,3 miljoen kostenoverschrijding. De lagere kosten van 3 centra vormen overigens een relatief gering bedrag. Het waarom van deze verschillen is moeilijk aan te geven zonder ook de patiëntenaantallen per hulpverlener in ogenschouw te nemen. Op grond van de vraaggesprekken is wel naar voren gekomen dat 2 van de 3 centra, gehuisvest in gekochte

nieuwbouwpanden, relatief aanzienlijke financieringskosten hebben, die grotendeels door hypothecaire leningen veroorzaakt worden.

- De praktijkkosten in 1979 waren bij 7 centra hoger en bij 10 centra lager dan de korresponderende opbrengsten. De tabel laat zien dat deze kosten over het algemeen als enige post doorgaans geen aanleiding tot tekorten geeft. Waarschijnlijk is het feit dat deze kosten, meer dan de overige kostensoorten, gekoppeld zijn aan de patiëntenaantallen (en minder aan de feitelijke lasten) hier debet aan.
- Bij alle 17 centra zijn de bureau- en organisatiekosten hoger dan de opbrengsten. Deze hogere kosten werken in totaal voor f 875.000,- door in de exploitatietekorten.
- Tot slot de financieringskosten. 11 centra hebben wat dit betreft in totaal f 375.000,- hogere kosten, bij 5 centra liggen de financieringskosten lager.

Bij deze konklusies dient nog een relativerende kanttekening geplaatst te worden. De post 'overige baten' is niet gedifferentieerd naar de diverse kosten-soorten. In deze post zijn de baten ondergebracht van nevenfuncties van hulpverleners, (huisvestings)vergoeding van detacherende kruisverenigingen en instellingen voor maatschappelijk werk en nagekomen baten uit voorgaande jaren. De in totaal f 745.000,- die hiermee gemoeid is heeft betrekking op 15 van de 17 centra waarvan de gegevens in de tabel verwerkt zijn.

5.3. De opbouw van de lasten in 1979 vergeleken met de theoretische opbrengsten van de landelijke (solistische) normpraktijken.

In hoofdstuk 4 is ter bepaling van de structurele elementen van de exploitatietekorten vastgesteld dat de feitelijke kosten in 1979 bij 9 centra hoger en bij 8 centra lager waren dan de theoretische opbrengsten bij de landelijke 2600 norm wat betreft huisartsen (en een volle praktijk dan wel kostendekkende exploitatie wat betreft de andere hulpverleners). In de volgende tabellen worden deze kostenverschillen nader geanalyseerd.

Tabel 5.2.: Analyse van de exploitatieresultaten naar diverse posten van de 9 centra waarvan de feitelijke kosten in 1979 hoger zijn dan de theoretische opbrengsten bij de landelijke normen (voor solisten).

	Kosten 1979 <u>hoger</u> dan de theoretische opbrengsten bij de 2600 patiënten norm		Kosten 1979 <u>lager</u> dan de theoretische opbrengsten bij de 2600 patiënten norm	
	Bedrag (x f 1.000,-)	Aantal centra	Bedrag (x f 1.000,-)	Aantal centra
personeelskosten hulpverleners	f 112,3	1	f 728,5	8
personeelskosten overig personeel	f 990,8	9	-,-	-
huisvesting	f 981,4	7	f 6,8	2
praktijkkosten	f 55,8	2	f 203,9	7
bureau- en organi- satiekosten	f 611,0	9	-,-	-
financieringskosten	f 272,0	5	f 80,7	4
kosten 1979 hoger	f 3.023,3		f 1.019,9	
kosten 1979 lager	f 1.019,9			
	f 2.003,4			
Af: overige baten	f 264,7			
Totaal kosten 1979 hoger	f 1.738,7			

Tabel 5.3.: Analyse van de exploitatieresultaten naar diverse posten van de 8 centra waarvan de feitelijke kosten in 1979 lager zijn dan de theoretische opbrengsten bij de landelijke normen (voor solisten).

	Kosten 1979 <u>hog</u> er dan de theoretische opbrengsten bij de 2600 patiënten norm		Kosten 1979 <u>l</u> ager dan de theoretische opbrengsten bij de 2600 patiënten norm	
	Bedrag (x f 1.000,-)	Aantal centra	Bedrag (x f 1.000,-)	Aantal centra
personeelskosten hulpverleners	f 86,7	2	f 647,7	6
personeelskosten overig personeel	f 319,6	7	f 7,3	1
huisvesting	f 82,4	4	f 43,1	4
praktijkkosten	-,-	-	f 204,7	8
bureau- en organisatiekosten	f 137,1	8	-,-	-
financieringskosten	f 42,5	4	f 40,7	4
kosten 1979 hoger	f 688,3		f 943,5	
kosten 1979 lager	f 943,5			
	f 275,2			
Bij: overige baten	f 479,9			
Totaal kosten 1979 lager	f 755,1			

Als de overige baten buiten de beschouwing worden gelaten kunnen we de volgende konklusies trekken.

Indien de centra het kostenpatroon uit 1979 zouden handhaven, terwijl de opbrengsten tot het niveau van de landelijke normen voor solisten zouden stijgen, kunnen de volgende kostenverschillen geconstateerd worden.

Personeelskosten hulpverleners:

14 centra zouden in dat geval voor totaal bijna f 1,4 miljoen lagere personeelskosten hebben dan in de tariefopbouw van de opbrengsten is verdiskonteerd, terwijl 3 centra voor totaal bijna f 200.000,- hogere kosten hebben. Deze resultaten sluiten aan bij de gedurende de vraaggesprekken ingewonnen informatie over de salariëring van de hulpverleners. Hieruit kwam naar voren dat de huisartsen, met uitzondering van 1 centrum, meestal

beneden (en soms ver beneden) de gebruikelijke LAD-normen zijn ingeschaald.* Uit de gesprekken kan tevens afgeleid worden dat bij 2 van de 3 centra waarbij hogere kosten zijn berekend, deze hogere kosten ruimschoots gecom-
penseerd worden door de vergoedingen van nevenactiviteiten. Resumerend kunnen we stellen dat met uitzondering van één centrum (hetzelfde waarbij de salariëring inkl. vergoedingen van de huisartsen boven de LAD-normen uitkomt) alle centra hun structurele tekorten beperken door een lagere honorering van met name de huisartsen.

Personeelskosten overige medewerkers:

In tegenstelling tot de hulpverleners blijkt het overig personeel de centra (m.u.v. één centrum) meer te kosten dan de in de opbrengsten daarvoor gereserveerde bedragen. Vergelijking van de hiermee gemoeide kostenoverschrijding van ruim f 1,3 miljoen met het in tabel 5.1 gevonden bedrag (bijna 1,7 miljoen) maakt aannemelijk dat de hogere kosten voornamelijk een structureel karakter hebben (zie ook het kommentaar bij tabel 5.1).

Huisvesting.

De huisvestingskosten worden, indien de centra zouden functioneren konform de landelijke normen voor solisten, bij 11 centra niet gedekt door de aldus verkregen opbrengsten. Het kostenverschil bedraagt voor deze centra in totaal ruim f 1 miljoen. De overige 6 centra zouden in een dergelijke situatie lagere kosten hebben. Het kostenverschil bij deze centra is echter relatief laag: bijna f 50.000,- totaal. Uit de vraaggesprekken kan afgeleid worden dat sinds 1979 de huisvestingskosten van veel centra gestegen zijn (of nog zullen stijgen) door de verhuizing van tijdelijke naar definitieve (en duurdere) onderkomens of van een tijdelijk naar een andere tijdelijk of semi-permanente ruimte. Van de 17 in de analyse betrokken centra zijn:

- | | |
|---|-----------|
| a. In 1979 definitief gehuisvest | 8 centra |
| b. Sinds 1979 verhuisd naar een definitieve ruimte | 1 centrum |
| c. Sinds 1979 verhuisd naar een ander tijdelijk/
semi-permanent onderkomen | 2 centra |

*De meeste overige hulpverleners worden konform de door de ZFR gehanteerde normen, soms daarboven, gehonoreerd.

- d. Gevorderde plannen voor definitieve huisvesting 7 centra (inkl. één
(meestal naar een gekocht nieuwbouwpand) onder c. genoemd
centrum)

Dit beeld overziend kan verwacht worden dat de huisvestingskosten sinds 1979 bij meer dan de helft van de centra gestegen zijn of in de toekomst zullen stijgen. De berekende kostenverschillen moeten dan ook in dit licht gezien worden.

Praktijkkosten.

Volgens de tabellen zijn deze kosten bij 15 centra lager (totaal ruim f 400.000,-) en bij 2 centra hoger (f 66.000,-) dan de theoretische opbrengsten bij de landelijk normen. Evenals bij tabel 5.2 kunnen we bij deze resultaten een vraagteken zetten omdat, gezien de aard van deze kosten, het waarschijnlijk is dat bij een verhoging van het aantal patiënten per hulpverlener deze kosten, gedeeltelijk, evenredig zullen toenemen.

Bureau- en organisatiekosten.

Bij alle 17 centra vallen deze kosten hoger uit. Het kostenverschil bedraagt in totaal bijna f 750.000,-. Dit resultaat ligt voor de hand. Een gezondheidscentrum is, en kost, ook wat betreft deze post meer dan de opstelsom van solistisch werkzame hulpverleners.

Financieringskosten.

Het saldo van de betaalde rente van geldleningen en overige rentebaten en -lasten is bij 9 centra voor in totaal f 315.000,- hoger dan het daarvoor gereserveerde deel van de opbrengsten bij de landelijke normen. Bij de overige 8 centra zijn de financieringskosten lager (f 121.000,- totaal). Hoewel het thema rentekosten, vooral in verband met liquiditeitsproblemen, in de vraaggesprekken aan de orde is geweest, is het niet mogelijk de aldus verkregen informatie te koppelen aan de hier vermelde cijfermatige onderzoeksresultaten. In hoofdstuk VII wordt nader ingegaan op de problemen rond de financieringskosten.

5.4. Samenvatting en konklusies¹

De exploitatietekorten van 17 centra over 1979 zijn in dit hoofdstuk ge-differentieerd naar de posten personeelskosten hulpverleners, idem overig personeel, huisvesting, praktijkkosten, bureau- en organisatiekosten en financieringskosten. Tevens zijn de feitelijke kosten voor deze posten in 1979 vergeleken met de theoretische opbrengsten indien de centra een volgens de landelijke honoreringsregelingen (voor solisten) 'volle praktijk' zouden hebben.

De eerstgenoemde differentiatie geeft inzicht in welke posten ten grondslag liggen aan de exploitatietekorten, de tweede analyse maakt het mogelijk de structurele elementen van de kostenverschillen per post aan te wijzen. Bij de interpretatie van de gevonden resultaten is gebruik gemaakt van de tijdens de vraaggesprekken ingewonnen gegevens. De resultaten kunnen als volgt samengevat worden.

Als de post 'overige baten' buiten beschouwing wordt gelaten (in totaal is hier bijna f 750.000,- mee gemoeid) resteert een totaal exploitatietekort van ruim f 6 miljoen in 1979. Dit tekort wordt veroorzaakt doordat de kosten van de diverse posten in totaal ruim f 6,3 miljoen hoger zijn dan de volgens de tariefopbouw van de landelijke regelingen daarvoor bestemde opbrengsten, waar tegenover slechts f 300.000,- lagere kosten staan. Deze per saldo hogere kosten zijn met uitzondering van de post praktijkkosten terug te voeren op alle overige posten:

- hogere personeelskosten hulpverleners bij 16 centra voor totaal bijna f 2 miljoen,
- hogere personeelskosten overige medewerkers bij alle (17) centra voor totaal f 1,7 miljoen,
- hogere huisvestingskosten bij 14 centra voor totaal ruim f 1,3 miljoen,
- hogere bureau- en organisatiekosten bij alle 17 centra voor totaal f 870.000,-,
- en hogere financieringskosten bij 11 centra voor totaal f 377.000,-.

Indien de centra een opbrengstenniveau zouden verwezenlijken volgens de landelijke solisten-normen (o.m. 2600 patiënten per huisarts) kan vastgesteld worden dat de lasten in 1979 bij 9 centra per saldo desondanks hoger zouden zijn.

zouden uitvallen (voor in totaal ruim : 2 miljoen exkl. de overige baten), terwijl 8 centra lagere kosten zouden hebben (in totaal f 275.000,- exkl. de overige baten). Deze kostenverschillen kunnen per post nader worden toegelicht.

- Bij 14 centra zouden de personeelskosten van de hulpverleners voor bijna f 1,4 miljoen lager zijn dan het evenredige opbrengstendeel. Van de 3 centra met hogere kosten zijn er 2 waarvan de overige baten uit nevenactiviteiten deze kostenoverschrijding compenseren. Dit resultaat is in lijn met de veelal lagere salariering van de huisartsen dan gebruikelijk.
- De kosten van het overig personeel blijken daarentegen voor bijna alle centra op een hoger niveau te liggen dan de opbrengsten. Deze kostenoverschrijding van f 1,3 miljoen totaal wordt waarschijnlijk veroorzaakt door een soms hogere inschaling van de praktijkassistenten en het in dienst hebben van medewerkers zoals kōrdinatoren en administratief personeel die niet voorzien zijn in de tarieven (voor solisten).
- Ook de huisvesting zou voor het merendeel van de centra (11x) tekorten (blijven) opleveren. In totaal bedraagt deze kostenoverschrijding ruim f 1 miljoen. De lagere kosten van de overige 6 centra zijn relatief gering: f 50.000,- totaal. Gezien de sinds 1979 plaatsgevonden veranderingen in de huisvesting (3 centra) en de door 7 centra voorgenomen verhuizingen - wijzigingen die in alle gevallen tot hogere huisvestingskosten leiden - kan verwacht worden dat de structureel hogere kosten groter zullen zijn dan de genoemde bedragen.
- Bij alle 17 centra zouden ook de bureau- en organisatiekosten het daarmee korresponderende opbrengstendeel te boven gaan. In totaal bedraagt de overschrijding f 750.000,-.
- Ten aanzien van de financieringskosten lijkt een structureel tekort aanwezig bij 9 centra (totaal f 315.000,-) terwijl bij de overige 8 centra de theoretische opbrengsten voor totaal f 121.000,- hoger zijn dan de werkelijke lasten in 1979.
- Als enige uitzondering in deze rij blijken de praktijkkosten* van het merendeel der centra (15x) lager te zijn dan de overeenkomstige opbrengsten bij een 'volle praktijk' (totaal f 400.000,- lagere kosten).

* Onder praktijkkosten wordt in dit verband o.a. verstaan: waarneming, gebruiksartikelen, medische inventaris, reiskosten etc. (zie Bijlage 5).

Slechts bij 2 centra zouden deze kosten hoger uitvallen (totaal f 66.000,- hogere kosten). Omdat de praktijkkosten meer dan de overige kostensoorten in de pas zullen lopen met het hogere patiëntenaantal per hulpverlener moeten we ons afvragen of deze cijfers zo geïnterpreteerd mogen worden. Het is waarschijnlijk dat de gekonstateerde lagere kosten in werkelijkheid minder laag zullen zijn dan de cijfers suggereren.

VI. DE OORZAKEN VAN DE RESTERENDE TEKORTEN.

6.1. Inleiding.

In de vorige drie hoofdstukken zijn de exploitatietekorten van de centra over 1979 vastgesteld en zijn een aantal analyses uitgevoerd die tot doel hadden het aanloopkarakter van deze tekorten en de voor deze tekorten verantwoordelijke kostenposten nader te bepalen. Hoewel de aldus verkregen gegevens inzicht verschaffen in de omvang en de structuur van de exploitatietekorten is het, vooral voor de centra zelf, van belang in hoeverre deze tekorten door subsidies worden gedekt en voorzover dit niet het geval is, waarom en waardoor deze resterende tekorten veroorzaakt worden.

In hoofdstuk III is al geconstateerd dat de subsidies in totaal 87% van de tekorten van de totale exploitatietekorten van de 18 onderzochte centra dekken, hetgeen voor 8 centra een sluitende exploitatie over 1979 mogelijk heeft gemaakt. Ten aanzien van de overige 10 zijn resterende tekorten berekend die uiteenlopen van f 500,- tot f 223.800,- per centrum.

Ofschoon in de vraaggesprekken een rooskleuriger beeld naar voren kwam (slechts twee centra signaleerden aanzienlijke problemen) is, gegeven het feit dat 9 andere centra (waaronder 2 die in 1979 geen resterende tekorten hadden) óf geringe resterende tekorten vermelden óf de situatie vanaf 1979 als 'hoopvol maar onzeker' kenschetsten, een nadere analyse van de resterende tekorten relevant.

Bij het bepalen van de oorzaken van resterende tekorten kan in principe in twee richtingen worden gezocht: enerzijds naar de op de exploitatieresultaten van de centra van invloed zijnde factoren, anderzijds naar de (toepassing van de) subsidieregelingen. Logisch geredeneerd staan deze twee groepen factoren in een bepaalde verhouding tot elkaar. Als een centrum geen exploitatietekorten heeft zijn er ook geen resterende tekorten en is de vraag waarom een subsidie op een bepaald bedrag is vastgesteld minder relevant voor onze vraagstelling. Echter onze eerdere bevinding (zie hoofdstuk III, tabel 3.1.) dat niet alleen elk centrum exploitatietekorten over 1979 vertoont maar bovendien de subsidiebedragen zo-

wel in absolute zin als in verhouding tot de exploitatietekorten per centrum een sterke variatie te zien geven, vormt een aanwijzing dat de verhouding tussen exploitatietekorten, subsidies en resterende tekorten in de praktijk minder eenvoudig is als verondersteld.

Hoewel per centrum een redelijk inzicht bestaat in de oorzaken van resterende tekorten zijn er nauwelijks algemene oorzaken aan te geven. De combinatie van zeer uiteenlopende factoren die exploitatietekorten tot gevolg hebben (zie hoofdstuk IV en V) als het gegeven dat de toegekende subsidies zowel wat betreft systematiek als bedrag per centrum sterk uiteenlopen (zie hoofdstuk II en III) zijn hier debet aan.

Aangezien de met de centra overeengekomen anonimiteitsafspraken geen behandeling per centrum toelaten zullen we in dit hoofdstuk enkele factoren beschrijven die mogelijk (dit kan per centrum variëren) samenhangen met resterende tekorten. We hebben ons daarbij beperkt tot die factoren die of bij veel centra aangetroffen worden of die voor de betrokken centra een aanzienlijk resterend tekort veroorzaken.

Achtereenvolgens worden in dit kader behandeld de effecten van de subsidiëring uit verschillende bronnen (par. 6.2.), de tekorten waarin de Voorlopige Richtlijnen niet voorzien (par. 6.3.), de prognoses en uitkomsten wat betreft de groei van de centra en het patiëntenaantal per huisarts (par. 6.4.) en tenslotte de financiële bijdragen van de detacherende instellingen (par. 6.5.).

6.2. Subsidiëring vanuit diverse bronnen: de subsituerende effecten.

Nagenoeg alle centra ontvangen subsidies vanuit verschillende bronnen en krachtens verschillende regelingen. Deze regelingen zijn tot nu toe niet op landelijk niveau op elkaar afgestemd. Voor de centra kan dit tot een situatie leiden waarin de ene subsidiegever voorwaarden en bestedingsmogelijkheden stelt die niet stroken met andere subsidieregelingen. Voor de problematiek van de resterende tekorten is hierbij vooral de AWBZ-subsidiëring krachtens de Voorlopige Richtlijnen van de ZFR van belang. In hoofdstuk II hebben we al vermeld dat deze subsidieregeling als landelijke regeling, zowel wat betreft doel als systematiek als 'laatste' reguliere bron kan worden aangemerkt. In de praktijk komt dit tot uit-

drukking in het feit dat de ZFR bij de vaststelling van een financiële tegemoetkoming doorgaans eerst de ontvangen (of de te verwachten) subsidies uit andere bronnen in mindering brengt op de exploitatietekorten van een centrum alvorens de aanvaardbaarheid van de resterende tekorten te bepalen. Voor de betrokken centra kan dit niet alleen de consequentie hebben dat het lood om oud ijzer is of naast de AWBZ-subsidiëring al dan niet andere subsidiegevers worden gezocht* (:per saldo levert het eenzelfde subsidiebedrag op), het kan ook tot gevolg hebben dat centra kosten hebben gemaakt, die door een subsidie anders dan de AWBZ worden gedekt, maar die in het kader van de Voorlopige Richtlijnen als kostensoort niet aanvaardbaar zijn: een ongedekt tekort is het gevolg.

De vraaggesprekken met de centra leverden onvoldoende gegevens op om de door dit substitutie-effect veroorzaakte resterende tekorten in exacte bedragen uit te drukken. De indruk bestaat dat het om relatief kleine bedragen gaat. De met deze subsidieversnippering samenhangende problemen kwamen in de gesprekken vooral op een ander vlak naar voren: de als 'verspilde moeite' ervaren subsidietoekenningen uit andere bronnen dan de AWBZ en de vertragingen bij de subsidietoekenningen als gevolg van onduidelijkheden en/of meningsverschillen tussen de verschillende subsidiegevers over wie wat subsidieert. Indien geen voorschotten zijn verstrekt heeft dit (tijdelijk) resterende tekorten tot gevolg die de liquiditeitspositie van de betrokken centra aantasten hetgeen meestal het afsluiten van (nieuwe) leningen of het aanspreken van een rekening-courant lening noodzakelijk maakt (zie ook hoofdstuk VII).

6.3. De exploitatietekorten waarin de Voorlopige Richtlijnen niet voorzien.

6.3.1. De niet aanvaardbare tekorten.

De tekorten die resteren na een financiële tegemoetkoming in het kader van de Voorlopige Richtlijnen kunnen onderscheiden worden in tekorten

* Met uitzondering van de Stimuleringsregeling, die als voorwaarde is gesteld om voor de Voorlopige Richtlijnen in aanmerking te komen.

die veroorzaakt worden door (kosten)posten die door de ZFR als geheel niet aanvaardbaar worden geacht en tekorten die in beginsel wel voor subsidiëring in aanmerking komen, maar waarvoor de richtlijnen onvoldoende financiële ruimte bieden.

We zullen in deze paragraaf een globaal overzicht geven van die kostenaspecten van de centra die voor de ZFR aanleiding waren om de subsidiëring niet gelijk te stellen aan het exploitatietekort volgens de opgaven van de centra. Hierbij hebben we ons beperkt tot 14 centra waarover de ZFR, over enig jaar, een beslissing heeft genomen *.

Als uitgangspunt hebben we het jaar 1979 genomen, met dien verstande dat bij vier centra de gegevens op een daaraan voorafgaand jaar zijn gebaseerd.

Personeel (skosten) hulpverleners en praktijkassistenten.

Bij 11 centra is een deel van deze kosten in het kader van de Voorlopige Richtlijnen niet aanvaardbaar geacht. De aangebrachte correcties betreffen de volgende disciplines:

- huisartsen: bij 4 centra te hoge pensioenkosten/voorzieningen;
 bij 1 centrum te hoge personeelskosten één der huisartsen.
- praktijkassistenten: bij 2 centra te ruim dienstverband (in verhouding tot het aantal huisartsen).
- fysiotherapeuten: bij 2 centra te ruim dienstverband (in verhouding tot de bruto-inkomsten);
 bij 4 centra te hoge inschaling.
- tandartsen: de uit deze functie voortvloeiende tekorten (2 centra).
- psycholoog: idem (1 centrum).
- apotheker: idem (2 centra) voorzover de tekorten niet gedekt worden door de financiële tegemoetkoming die gelijk is gesteld aan de gerealiseerde besparingen in de prescripties.
- verloskundigen: bij 1 centrum te ruim dienstverband (in verhouding tot het aantal bevallingen);
 bij een ander centrum te hoge inschaling.

* Inclusief 2 centra waarin de Cie Financiële Zaken wel een advies heeft uitgebracht maar de ZFR nog geen beslissing heeft genomen.

In dit lijstje zijn niet meegeteld die centra waarvan de inschalingen door de ZFR te hoog zijn beoordeeld maar die in het kader van een z.g. 'uitsterfregeling' vooralsnog geaccepteerd worden (zie hoofdstuk II). De aangebrachte correcties hebben meestal in een ongedekt tekort geresulteerd. In een enkel geval (praktijkassistente en psycholoog) zijn de tekorten via een andere subsidiebron gedekt.

Uit het overzicht komt naar voren dat de disciplines tandarts, psycholoog en apotheek (met uitzondering van de 'besparingssubsidie'), voorzover zij niet kostendekkend werken, tot ongedekte tekorten aanleiding kunnen geven. Van de andere disciplines blijken vooral de fysiotherapeuten een knelpunt te vormen. Het door de ZFR aangemerkte te ruime dienstverband (2x) in verhouding tot de landelijke productienorm is volgens de betrokken centra een logisch gevolg van de anderssoortige werkwijze (meer tijdsinvestering per contact tegenover minder contacten in totaal, niet declareerbare activiteiten) en/of een hoger percentage overlegtijd dan de 10% die de ZFR als norm hanteert. De inschaling, die door de raad in 4 gevallen als te hoog werd beoordeeld, vindt deels z'n oorzaak in het feit dat de arbeidsovereenkomsten zijn afgesloten vóór het van kracht worden van de Voorlopige Richtlijnen, deels in de opstelling van de centra dat schaal 89 voor ervaren krachten onvoldoende honoreringsruimte biedt.

Tot slot nog een opmerking over de pensioenkosten van de huisartsen. De 4 centra waarbij de ZFR een correctie heeft aangebracht op deze kosten vormen slechts het topje van de ijsberg wat betreft de problemen die de centra signaleren in hun streven de secundaire arbeidsvoorwaarden van alle medewerkers op één lijn te brengen. In hoofdstuk VIII komen we hierop nog nader terug.

Huisvesting.

Als we de correcties op de huisvestingskosten, die voortkomen uit het niet accepteren van bepaalde personeelskosten, buiten beschouwing laten blijven er 9 centra over waarvan de ZFR een deel van de huisvestingskosten niet acceptabel vond.

- Bij 5 centra was de in gebruik zijnde ruimte te groot in vergelijking met de door de ZFR als norm gehanteerde adviezen van de Subcommissie

accomodatiebeleid.

- Bij 7 centra werden correcties aangebracht op afschrijvingen (3x) en/of in de exploitatierekening getroffen voorzieningen voor herstelkosten en verbouwkosten bij het verlaten van tijdelijke woonruimte (3x) en onderhoudskosten (3x).

Met uitzondering van de in het kader van de Voorlopige Richtlijnen te ruim gehuisveste centra resulteren de overige correcties niet in 'reële' resterende tekorten. Met name wat betreft de 'voorzieningen' stelt de raad zich op het standpunt dat de kosten eerst gemaakt moeten worden alvorens ze op de exploitatierekening of begroting opgevoerd mogen worden. De 'te ruim' gehuisveste centra, van start gegaan voordat de richtlijnen van kracht werden, hebben overigens na 1979 onder druk van deze correcties middelen gevonden die de aldus resterende tekorten grotendeels compenseren (verhuur aan derden, subsidies uit andere bronnen, verhoogde bijdrage van detacherende instellingen).

Onze bevinding dat 5 centra wegens te ruime huisvesting te maken hebben gehad met kortingen op de subsidie wil niet zeggen dat ook niet andere centra boven de 'normen' van de Subcommissie accommodatiebeleid uitkomen. (In deze gevallen is de ZFR echter meestal in een vroeg stadium in de plannen betrokken.)

Coördinatie en beheer.

Bij 6 centra zijn de kosten van coördinatie en beheer aanleiding voor de ZFR geweest om correcties aan te brengen.

- Bij 3 centra (deel uitmakend van een groter organisatorisch geheel) zijn deze kosten volgens een sleutel doorberekend aan de betrokken centra.

In 2 gevallen melden de respondenten dat deze fictieve kostenbepaling niet overeenkwam met de werkelijkheid.

- In 1 centrum achtte de ZFR de functie van een coördinator (in dit geval door een huisarts uitgeoefend) gezien de omvang van het centrum niet in lijn met de Voorlopige Richtlijnen.
- Bij 2 centra werden correcties aangebracht inzake de administratiekosten.

De niet geaccepteerde kosten van coördinatie en beheer omvatten soms aanzienlijke bedragen. Desondanks zijn ze niet altijd verantwoordelijk voor ongedekte tekorten omdat ofwel de instantie die behalve de centra ook andere voorzieningen exploiteert deze tekorten aanzuivert (3x), andere subsidiegevers bereid zijn gevonden deze tekorten te dekken (2x) en deze, meestal na 1979 verkregen, subsidies niet door de ZFR in de vaststelling van de aanvaardbare tekorten zijn meegenomen.

Overige posten.

De nog niet vermelde correcties hebben betrekking op voorbereidingskosten die gemaakt zijn voor het ingebruik nemen van de centra (2x), de kosten verbonden aan onderzoeksactiviteiten (1x) en diverse meest boekhoudkundige correcties die structureel gezien geen ongedekte tekorten tot gevolg hebben.

6.3.2. De vaststelling van de financiële tegemoetkomingen.

Zoals in hoofdstuk II is uiteengezet bieden de Voorlopige Richtlijnen naast een tegemoetkoming in de extra huisvesting van sommige hulpverleners de mogelijkheid (indien de kosten aanvaardbaar zijn) de praktijkkosten (hier opgevat als 'alle' kosten behalve personeelskosten van de hulpverleners) integraal te vergoeden. Hieraan wordt echter de voorwaarde verbonden dat er per (full-time) huisarts minimaal 2000 patiënten zijn ingeschreven. Bij een lager aantal wordt bij stricte toepassing van de richtlijnen de bijdrage naar evenredigheid verminderd.

Ook de tegemoetkoming in de extra tijdsinvestering is gekoppeld aan het aantal patiënten per huisarts en wat betreft de overige hulpverleners aan de landelijke productienormen (fysiotherapeuten en verloskundigen), zij het dat hier sprake is van een directe relatie tot een drempel van 2210 patiënten per huisarts (waarboven geen tegemoetkoming meer wordt verstrekt) en een drempel wat betreft de overige hulpverleners die gebaseerd is op maximaal 10% extra tijdsinvestering.

Kortom, naast de beoordeling van de aanvaardbaarheid van de kosten als zodanig (zie par. 6.3.1.) vormen de patiëntenaantallen per huisarts en de productieresultaten van de overige hulpverleners een belangrijke fac-

tor in het al dan niet resteren van tekorten.

Bij de telling van het aantal patiënten baseert de ZFR zich wat betreft de ziekenfonds verzekerden op de opgaven van het betreffende ziekenfonds terwijl het aantal particuliere patiënten volgens de in hoofdstuk II uiteengezette berekeningswijze bepaald wordt. Deze telmethode is nagenoeg identiek aan de volgens de 'financiële telmethode' in par. 4.5. berekende gemiddelde patiëntenaantallen per huisarts per centrum.

De in deze paragraaf gemaakte vergelijking tussen de aldus berekende aantallen en de volgens opgave van de centra ingeschreven aantallen laten soms aanzienlijke verschillen zien. Zo zou volgens de financiële telmethode in 1979 slechts 1 centrum boven de 2000-norm uitkomen, terwijl volgens opgave van de centra zelf 7 centra gemiddeld meer als 2000 patiënten per huisarts ingeschreven hebben in 1979.

Deze discrepantie wordt grotendeels veroorzaakt door het feit dat particuliere patiënten volgens de centra minder vaak een beroep op hun huisarts doen dan de door de ZFR gehanteerde formule veronderstelt.

Op één centrum na, waar de ZFR heeft toegestemd de patiëntenaantallen en contacten te baseren op een door het centrum uitgevoerde registratie, zullen deze verschillen resulteren in lagere tegemoetkomingen (indien deze althans gelijk gesteld zijn met de maximaal berekende tegemoetkomingen en niet met de aanvaardbare exploitatietekorten) als de richtlijnen strikt worden toegepast.

Dat, op het ene centrum na dat boven de 2000-norm zit, niet alle centra met resterende tekorten kampen kan hierdoor verklaard worden dat per centrum één of meer van de volgende factoren van toepassing zijn.

- Bij 7 centra heeft de ZFR de richtlijnen soepel gehanteerd gedurende de aanlooffase door bijv. van een fictief patiëntenaantal uit te gaan.
- Bij 2 centra is in het kader van een inverdienregeling, resp. een sanering een extra tegemoetkoming verstrekt,
- Bij 1 centrum is het patiëntenaantal kunstmatig verhoogd door het toepassen van een bejaardenfactor.
- Bij 9 centra heeft het plaatselijk ziekenfonds een garantiehonorarium of bevoorschotting verstrekt.
- Bovendien is de in vergelijking met de landelijke normen lagere inschaling van de huisartsen bij de meeste centra een kostenbesparende factor.

6.4. Prognoses en uitkomsten.

6.4.1. De groei van de centra.

Zowel de absolute praktijkomvang als de verhouding tussen hulpverleners en aantal patiënten per hulpverlener zijn van vergaande invloed op de exploitatieresultaten en, gezien de mogelijkheden van de Voorlopige Richtlijnen, op het al dan niet ontstaan van resterende tekorten.

Van de 18 in het onderzoek betrokken centra zijn er 13 die met nul patiënten zijn begonnen. De vijf overige centra hebben bij de start huisartsen (in een enkel geval een fysiotherapeut) in dienst genomen met medeneming van hun praktijk. Deze praktijkovernames zijn slechts in 2 gevallen financieel gehonoreerd (d.m.v. een hogere salariëring of een opslagpercentage). Vanuit de veronderstelling dat centra vanaf de start verwachtingen hebben wat betreft de toename van het aantal patiënten, is gedurende de vraaggesprekken gevraagd in hoeverre de prognoses zijn uitgekomen en zo nee wat hiervan als oorzaak wordt gezien.

Van de 13 centra die met nul patiënten zijn begonnen gaven er 10 te kennen dat de oorspronkelijke prognoses niet zijn uitgekomen. Als meest voorkomende oorzaak (7x) werd genoemd het niet, of vertraagd, uitkomen van bevolkingsprognoses in nieuwbouwwijken (door vertraagde oplevering van woningen, wijziging van bestemmingsplannen), terwijl ook het aanhouden van vorige hulpverleners door de patiënten en/of vrije vestigingen als oorzaak genoemd werden.

Echter ook 3 van de 5 centra die reeds vanaf de start patiënten hadden melden tegenvallende groei (1x) of een teruglopende praktijkomvang (2x) (veroorzaakt doordat huisartsen met medeneming van hun praktijk zich elders in de wijk vestigden).

Al met al blijken de verwachtingen wat betreft het tempo van de groei en de uiteindelijk bereikbare praktijkomvang moeilijk in te schatten met als mogelijk gevolg een langere aanlooperperiode en een aanvankelijk te ruime huisvesting.

Ondanks deze tegenvallende prognoses gaven veel centra te kennen dat, achteraf gezien, de in verhouding met de patiëntenaantallen ruime dienstverbanden van de hulpverleners desondanks noodzakelijk waren om enkele,

typisch met de aanloopfase verbandhoudende activiteiten te ontplooiën. In dit verband werden vooral genoemd de kennismaking met nieuwe patiënten en het organisatorisch opstarten van het centrum.

6.4.2. Het aantal patiënten per huisarts.

Naast de groei van de praktijkomvang van de centra is het aantal patiënten per huisarts van cruciale betekenis bij het ontstaan van exploitatie tekorten en hetal dan niet resteren van ongedekte tekorten. We hebben al geconstateerd dat in de onderzochte centra het aantal patiënten per huisarts soms aanzienlijk lager is dan de 2210-norm die de ZFR hanteert. In de vraaggesprekken zijn we nagegaan welke streefgetallen de centra hanteren en voorzover deze lager zijn dan de 2210-norm op welke gronden dit gebeurt. Het noemen van exacte aantallen bleek moeilijk. In veel gevallen worden de streefgetallen aangepast aan veranderde situaties en/of opvattingen over wat wenselijk is en wat gezien de financiële positie haalbaar wordt geacht. Om toch een indruk te geven, de genoemde aantallen liepen uiteen van 1500 tot 2500 terwijl het merendeel van de centra aantallen tussen de 1800 en 2200 noemde.

De verschillen tussen deze streefaantallen kunnen worden herleid tot een aantal oorzaken. Afgezien van financiële motieven speelt hierbij de bewerkelijkheid van de praktijk een rol en, hiervan niet geheel losstaand, de opvattingen over tijdsinvestering per contact, het verrichten van niet declareerbare activiteiten zoals voorlichting, preventie, consultatie én de in de samenwerking geïnvesteerde tijd.

Van de 18 centra waren er 10 van mening dat hun praktijk bewerkelijker was dan gemiddeld, terwijl van de overige centra 2 te kennen gaven hierover geen uitspraak te kunnen doen. 6 Centra vonden de gemiddelde consumptiebehoefte niet afwijken van het landelijk gemiddelde. In hoeverre de sociale wenselijkheid bij deze antwoorden een rol speelde is niet na te gaan. 10 van de 14 centra waarover de ZFR over enig jaar een subsidiebesluit heeft genomen meldden dat de door de ZFR aangelegde normen voor extra tijdsinvestering naar hun mening onvoldoende waren.

Hoewel de 15% norm voor huisartsen over het algemeen als toereikend werd gezien voor het samenwerken op zich, was de uitvoering van de overi-

ge non-curatieve activiteiten en vooral de organisatorische taken alleen mogelijk door een soms aanzienlijke mate van (onbetaald) overwerk. Veel centra waren tevens van mening dat de extra tijdsinvestering van de overige hulpverleners òf onvoldoende (fysiotherapeuten, verloskundigen) òf ten onrechte in het geheel niet in de AWBZ-subsidiëring worden betrokken (apothek, tandarts).

Tot slot nog een opmerking over de nevenactiviteiten van de huisartsen. Als de opbrengsten van deze activiteiten de werkelijke kosten dekken zijn er uiteraard geen financiële consequenties. Hoewel dit meestal het geval is dient wat betreft de consultatiebureau-werkzaamheden hier een uitzondering te worden gemaakt. Het houden van het consultatiebureau wordt door veel centra tot hun taak gerekend. Bijna al deze centra signaleerden dat de uit deze activiteiten ontvangen vergoedingen de kosten onvoldoende dekken.

6.4.3. De rol van de gemeenten.

Vrijwel alle centra zijn tot stand gekomen in samenwerking met de gemeenten. In veel gevallen is een gemeente (mede)initiatiefnemer of voert een beleid dat gericht is op de versterking van de eerste lijn door o.m. het ontstaan van centra te bevorderen dan wel te exploiteren. In de gesprekken met de centra is gevraagd in hoeverre de gemeenten voor de start van de centra in financieel opzicht van belang zijnde toezeggingen hebben gedaan en in hoeverre deze gerealiseerd zijn. Voorzover deze toezeggingen in een concrete vorm gegoten waren zijn zij alle nagekomen.

Desondanks uitten een aantal centra hun ongenoegen over het feit dat de gemeentelijke betrokkenheid niet of onvoldoende vertaald wordt in een financiële ondersteuning en/of een 'bescherming' van de centra tegen vrije vestigingen. Vrij algemeen is ook de indruk dat de gemeenten sinds het totstandkomen van de Voorlopige Richtlijnen geneigd zijn hun betrokkenheid minder in financiële zin tot uitdrukking te brengen.

Overigens heeft ook de ZFR enkele gemeenten op hun verantwoordelijkheid voor ontstane tekorten geattendeerd hetgeen, na overleg, bij 2 centra grotendeels heeft geleid tot dekking van tekorten.

6.5. De relatie met detacherende instellingen.

Hoewel de bij de centra gedetacheerde hulpverleners niet op de loonlijst van de centra staan, brengen ze door het gestationeerd zijn in de centra kosten met zich mee zoals huisvestings-, administratie- en receptiekosten. Deze kosten kunnen in principe door de AWBZ-subsidiëring worden gedekt. Echter wanneer de ZFR reductiefactoren toepast en de 'praktijk'kosten aldus niet integraal gedekt worden, is het van belang voor de centra om geldelijke bijdragen van de detacherende instellingen te ontvangen. Van de 17 centra die hierover informatie hadden bleken er 2 in het geheel geen bijdrage te ontvangen, 12 centra ontvingen een bijdrage die de kosten onvoldoende compenseerden en 3 centra ontvingen een bijdrage die althans de huisvestingskosten voldoende dekten. Vooral de AMW-instellingen bleken niet bereid (en volgens de centra meestal ook niet in staat) om een financiële bijdrage te leveren.

6.6. Samenvatting en conclusies.

In dit hoofdstuk is ingegaan op de oorzaken van tekorten die resteren nadat subsidies zijn toegekend. Of een centrum na aftrek van subsidies de exploitatie al dan niet sluitend krijgt en zo nee waarom niet, is - in theorie - afhankelijk van de hoogte van de exploitatietekorten en de hoogte van de toegekende subsidies. In de praktijk blijkt er namelijk geen verband tussen deze twee grootheden aanwezig te zijn. We treffen zowel centra aan met een relatief gering exploitatietekort dat niet volledig door subsidies wordt gedekt als centra met aanzienlijke exploitatietekorten die geheel door subsidies worden gecompenseerd. Deze constatering alsmede de al eerder geformuleerde conclusie dat de centra ook wat betreft de oorzaken van de exploitatietekorten (vóór aftrek subsidies) een sterke variatie vertonen drukken hun stempel op het structureren van de oorzaken van resterende tekorten. Een naarstig zoeken naar factoren die samenhangen met resterende tekorten levert als voornaamste conclusie op dat voor elk centrum een ander complex van vaak verschillende factoren hiervoor verantwoordelijk is. Hierbij is de per centrum variërende subsidiestructuur van doorslaggevende betekenis. Omdat het gezien de anonimi-

teitsafspraken met de centra niet mogelijk is de vraagstelling van dit hoofdstuk per centrum te beantwoorden, zijn een aantal factoren behandeld die in wisselende mate aan resterende tekorten ten grondslag liggen. De toepassing van de Voorlopige Richtlijnen speelt hierbij een belangrijke rol*.

De volgende met tekorten samenhangende posten bleken in het kader van de Voorlopige Richtlijnen niet aanvaardbaar:

Personeelskosten: - tandartsen, psycholoog en (deels) apothekers (5x, vallen buiten toepassing van de richtlijnen);
- fysiotherapeuten (2x te ruim dienstverband, 4x te hoge inschaling);
- huisartsen (4x te hoge pensioenkosten, 1x te hoge salariëring);
- praktijkassistenten (2x te ruim dienstverband);
- verloskundigen (1x te ruim dienstverband, 1x te hoge inschaling);

Huisvesting : - te ruime huisvesting (5x);
- afschrijvingen/voorzieningen (7x);

Coördinatie/beheer: - 6x.

Overige posten : - voorbereidingskosten (2x)
- onderzoeksactiviteiten (1x)
- diverse boekhoudkundige correcties (doorgaans resulteren deze niet in reële tekorten).

Hoewel de ZFR bij de meeste centra waarover door (een commissie van) de raad een besluit is genomen, de richtlijnen soepel heeft toegepast inzake het te lage patiëntenaantal per huisarts, zijn deze lage aantallen bij veel centra desondanks een oorzaak van resterende tekorten.

Hiermee hangt samen:

- de discrepantie in de manier van tellen door de ZFR en feitelijk aantal ingeschreven patiënten (met als meest waarschijnlijke oorzaak het

* We willen hiermee overigens geen oordeel geven over onjuistheden in de toepassing van de richtlijnen, of over de richtlijnen als zodanig. We constateren slechts zaken die samenhangen met het 'resterend tekortverschijnsel'.

lager aantal contacten met particuliere patiënten per jaar dan de ZFR veronderstelt).

- het niet uitkomen van door de centra gehanteerde prognoses wat betreft de groei van de praktijkomvang.
- een lager streefaantal patiënten per huisarts dan de ZFR-norm.

Uit de vraaggesprekken kon tevens worden afgeleid dat in enkele gevallen de soms tegenstrijdige voorwaarden die subsidiegevers stellen resterende tekorten tot gevolg hebben.

Ook de doorgaans niet kostendekkende bijdrage (of geen bijdrage) van de detacherende instellingen leiden bij die centra waar de ZFR een reductiefactor op de huisvesting toepast in de regel tot een resterend tekort.

VII DE DEKKING VAN DE RESTERENDE TEKORTEN

7.1. Inleiding

In dit hoofdstuk staat de vraag centraal op welke wijze door de centra dekking is verkregen voor de eerder geconstateerde resterende tekorten (de exploitatietekorten voorzover niet door subsidie gedekt) en de wijze waarop de financiering van deze tekorten heeft plaatsgevonden. Een antwoord op deze vraag kon niet ontleend worden aan de ten behoeve van dit onderzoek geraadpleegde jaar- en exploitatierekeningen (over 1979). Ook de informatie uit de met de centra gevoerde vraaggesprekken levert slechts een globaal antwoord op. Dit omdat veel van de betrokken centra - ook betreffende 1979 - nog steeds in overleg zijn met instanties die de resterende tekorten mogelijk zullen dekken.

We behandelen achtereenvolgens de activiteiten die de centra naar hun subsidiegevers ondernomen hebben om deze resterende tekorten alsnog gedekt te krijgen en de liquiditeitsproblemen die een aantal centra in de vraaggesprekken vermeldde*.

7.2. Acties naar subsidiënten

Zowel problemen met resterende exploitatietekorten als liquiditeitsproblemen (dit hoeft niet altijd samen te gaan) hebben de betrokken centra genoodzaakt zich tot hun subsidiegevers te wenden om een hogere subsidiëring dan wel een voorschotregeling (of lening) te bewerkstelligen.

Het meest in de publiciteit gekomen voorbeeld hiervan is de (gezamenlijke) actie van de Amsterdamse centra die - uniek in Nederland - in samenwerking met de gemeente, de ziekenfondsen (VAZ) en de SOSEL de "Werkgroep Financiering Amsterdamse Gezondheidscentra" in het leven geroepen hebben teneinde voorstellen te ontwikkelen die het ontstaan en het voortbestaan van gezondheidscentra in Amsterdam financieel mogelijk maken.**

Behalve deze collectieve actie hebben ook (andere) individuele centra zich ingezet voor ruimere subsidiemogelijkheden, teneinde hun resterende tekorten alsnog te dekken dan wel in de toekomst dergelijke tekorten te voorkomen. Deze pogingen zijn bijna altijd aan het adres van de ZFR gericht. Dit is

* De financiering van resterende tekorten is niet los te zien van de financiering van andere (tijdelijke) tekorten.

** In februari 1982 is het rapport van deze werkgroep "Voorwaarden voor vernieuwing" verschenen.

gezien het karakter van de Voorlopige Richtlijnen niet verwonderlijk: enerzijds een beperkte begrenzing van het maximale subsidiebedrag door de mogelijkheid de 'praktijkkosten' (= is alle kosten behalve de personeelskosten van de hulpverleners) integraal te vergoeden, anderzijds de beperkt uitgewerkte richtlijnen die discussies over de interpretatie daarvan niet bij voorbaat uitsluiten. In enkele gevallen hebben de acties naar de ZFR resultaat gehad. Op grond van door de centra verstrekte aanvullende gegevens (b.v. over het relatief gering aantal verwijzingen naar de tweede lijn of de samenstelling van de patiëntenpopulatie) en andere argumenten bleek de ZFR ontvankelijk voor een bijstelling van eerder toegekende subsidies. Ook bij een tweetal andere centra was de ZFR bereid in het kader van een in-verdienregeling, resp. een meerjarenplan de richtlijnen soepel te hanteren. Veel andere centra die zich tot de ZFR gewend hadden zaten ten tijde van de vraaggesprekken nog in een onderhandelingsfase. Over de dekking van de resterende tekorten kan dit onderzoek dan ook geen uitsluitsel geven. Wat na de gesprekken wel als algemene indruk overbleef was dat de centra in vergelijking tot voorgaande jaren doorgaans gunstiger perspectieven hebben. Dreigende faillissementen en discussies over het voortbestaan, die ook in de Evaluatienota van de ZFR bij enkele centra worden genoemd, lijken van tijdelijke aard te zijn geweest. Dit wil overigens niet zeggen dat er geen financiële problemen zijn. De diverse nog in gang zijnde onderhandelingen, die vooral waar meer subsidiegevers in het geding zijn (ZFR, gemeenten, ziekenfondsen), verlopen traag hetgeen vooral gevolgen kan hebben voor de liquiditeitspositie van de betrokken centra. Ook de 'succesvolle' acties naar de subsidiënten hebben soms een keerzijde voor de centra: de subsidiegever stelt bepaalde (sanerings)maatregelen als voorwaarde of eist dat bepaalde geplande (kostenvergende) maatregelen zoals nieuwbouw of het aantrekken van meer personeel pas na overleg gerealiseerd zullen worden.

7.3. Liquiditeitsproblematiek

De gezondheidscentra zijn van start gegaan zonder (werk)kapitaal. Vooral in de aanloopfase zijn de kosten niet alleen veel hoger dan de inkomsten maar is er ook sprake van een noodzakelijke vóórinvestering. Dit heeft tot gevolg dat de financiële middelen via leningen aangevuld moeten worden. Naast aanloopfactoren spelen ook structurele factoren een rol bij het

verkrijgen van een gezonde liquiditeitspositie. Subsidies, die gezien onze eerdere bevindingen een essentiële inkomstenbron vormen, worden doorgaans pas geruime tijd nadat de kosten al gemaakt zijn, toegekend. Ook de vergoedingen van particuliere patiënten laten soms geruime tijd op zich wachten. Deze factoren alsmede het feit dat een aantal centra hun exploitatiekosten niet voor 100% door subsidies gedekt weten, kunnen de centra in liquiditeitsproblemen brengen. De dekking van deze al dan niet tijdelijke tekorten brengt volgens de centra soms aanzienlijke problemen met zich mee. Voorzover de subsidiegevers geen of onvoldoende hoge voorschotten verstrekken moet er geld, al dan niet op de vrije kapitaalmarkt, geleend worden. Bij het afsluiten van dergelijke leningen zijn de centra van derden afhankelijk. Nagenoeg altijd zijn het plaatselijke ziekenfondsen en/of gemeenten die leningen verstrekken dan wel garant staan voor een op de vrije kapitaalmarkt afgesloten lening (slechts één centrum werd door de credietgevende bank ook zonder een garantstelling credietwaardig genoeg bevonden).*

De aan de leningen verbonden rentekosten zijn soms aanzienlijk; bedragen van f 50.000,- tot meer dan f 100.000,- op jaarbasis (excl. eventuele hypotheeklasten) vormen geen uitzondering. Hoewel in de tariefopbouw van de landelijke honoreringsregelingen een post 'financieringskosten' verdisconteerd is, blijkt het hiermee corresponderende opbrengstendeel volgens onze eerdere berekeningen (zie tabel 5.1) bij 11 centra ontoereikend om de werkelijk gemaakte kosten te dekken. Aangezien de Voorlopige Richtlijnen de mogelijkheid bieden (althans in principe) deze kosten integraal te dekken hoeft de hoogte van de financieringskosten geen directe repercussies te hebben op ongedekte tekorten. Blijkens de vraaggesprekken met de centra ligt het probleem vooral in het feit dat het benodigde crediet onvoldoende of onvoldoende snel verkregen kan worden. Zo deelden 7 centra mede dat ze één of meerder keren in liquiditeitsproblemen verkeerd hebben, waardoor lopende betalingsverplichtingen zoals salarissen en huur vertraagd (en soms in het geheel niet) voldaan konden worden. Het ligt voor de hand dat een dergelijke situatie de centra voor grote problemen stelt. Naast pogingen om tot een korte termijn oplossing te komen - door in samenspraak met

*In hoofdstuk II zijn de door deze instanties verleende faciliteiten gekwantificeerd.

credietgevers en de borgstellende instantie de credietlimiet te verhogen - zijn consessies in de praktijkvoering (zie het volgende hoofdstuk) en acties naar subsidiegevers voor een (betere) voorschotregeling of een bijstelling van reeds toegekende subsidiebedragen meestal het gevolg.

7.4. Samenvatting

De dekking van de resterende exploitatietekorten heeft bijna alle betrokken centra aangespoord om eerder toegekende subsidies bijgesteld (verhoogd) te krijgen. In een aantal gevallen met succes, zij het dat de subsidiegevers daar vaak (sanerings) maatregelen tegenover stelden. Bij het merendeel van de centra met resterende tekorten is nog onbekend in hoeverre dergelijke acties tot resultaat zullen leiden. Over het algemeen was de verwachting, zeker in vergelijking met de situatie van de afgelopen jaren, positief. Hoewel de dekking van de resterende tekorten slechts weinig centra zorgen baarde, gaf de liquiditeitspositie (waarbij de financiering van resterende tekorten mede van invloed is) van 7 centra één of meerdere malen aanleiding tot ernstige problemen. In al deze gevallen werd de afwezigheid of de ontoereikendheid van een voorschotregeling als een gemis ervaren.

VIII. CONSESSIES IN DE PRAKTIJK- EN BELEIDSVOERING VAN DE CENTRA.

8.1. Geen tekorten, geen financiële problemen?

De financiële problematiek van gezondheidscentra is niet synoniem met de omvang van de (ongedekte) exploitatietekorten. Dat een centrum dat met ongedekte tekorten kampt financiële problemen heeft zal algemeen beaamd worden. Dit wil echter niet zeggen dat als een centrum zijn exploitatie (nagenoeg) sluitend krijgt er per definitie geen financiële problemen zijn. Een voorbeeld is de liquiditeitsproblematiek die in het vorig hoofdstuk aan de orde is gesteld. Andere voorbeelden zijn de in dit hoofdstuk behandelde consessies in de praktijk- en beleidsvoering van de centra als gevolg van de beperkte financiële middelen.

Deze consessies zijn soms op aandrang van subsidiegevers doorgevoerd, soms zijn ze het gevolg van door de centra gemaakte beleidskeuzes. Het begrip 'consessies' is in ons onderzoek gekoppeld aan de beleving van de centrum-medewerkers. Dit kan tot gevolg hebben dat wat door het ene centrum als consessie wordt ervaren door een ander centrum als een vanzelfsprekendheid wordt gezien.

Het vóórkomen en de aard van de consessies lijkt afhankelijk van de volgende, deels samenhangende factoren:

- de exploitatieresultaten (incl. subsidies)
- de liquiditeitspositie
- de voorwaarden van subsidiegevers (zowel richtlijnen, normen, als aanvullende per centrum gestelde condities)
- de taakopvatting van de centra
- de opvattingen van de centra wat betreft pro deo activiteiten van medewerkers (en bestuursleden)
- de opvattingen van de centra wat betreft de financiële (mede)verantwoordelijkheid van subsidiegevers voor exploitatietekorten.

In dit hoofdstuk beperken we ons tot de consessies die door de centra gedurende de vraaggesprekken zijn genoemd.

Nauw samenhangend met consessies zijn de wensen die bij de centra leven ten aanzien van een andere financieringsstructuur. Hoewel niet alle respondenten hierover uitgekristalliseerde ideeën hadden, besluiten we dit

onderzoeksverslag met een korte bloemlezing over hoe het, volgens de centra, anders zou moeten.

8.2. Consessies in de praktijk- en beleidsvoering.

Het is al eerder opgemerkt, niet elke verandering die de centra hebben doorgevoerd om de kosten te drukken of de opbrengsten te verhogen (zie ook de volgende paragraaf) wordt als een consessie ervaren. Voorbeelden hiervan zijn vooral te vinden in de sfeer van de bedrijfsvoering (bijv. efficiënt genees- en verbandmiddelengebruik, lagere administratiekosten en verhuur van ruimtes aan derden, alerter declaratiebeleid m.b.t. de particuliere patiënten) en in een enkel geval de organisatie van de samenwerking (minder overleg over beheers- en beleidszaken, meer delegatie van taken).

Veelvuldiger bleken echter de wijzigingen die wel als consessie werden betiteld. Slechts 3 van de 18 centra zeiden geen enkele consessie te hebben gedaan vanuit financiële overwegingen. (Als consessie hanteren we hierbij niet alleen de doorgevoerde wijzigingen maar ook de geplande of voorgenomen activiteiten die als gevolg van de beperkte middelen niet zijn uitgevoerd.)

In de hieronder gemaakte opsomming geven we, themagewijs gerangschikt, een overzicht van de belangrijkste consessies.

Consessies in de taakstelling en de praktijkvoering.

Eigenlijk opvallend weinig genoemd zijn consessies wat betreft de taakstelling. De centra waren unaniem van mening dat de belangrijkste doelstellingen verwezenlijkt werden. Wel werd in een aantal gevallen opgemerkt dat in de non-curatieve sfeer (consultatie, preventie) de tijd ontoereikend was om voorgenomen activiteiten te ontplooien. Ook de samenwerking met externe instellingen kon door tijdgebrek soms onvoldoende gerealiseerd worden.

Wat betreft de curatieve taken werd de tijd per patiëntcontact soms onvoldoende gevonden. Consessies op dit vlak werden vooral ten aanzien van de fysiotherapeuten gemeld.

Tenslotte noemden 2 centra het aannemen van patiënten buiten het geplan-

de verzorgingsgebied als consessie.

Consessies in de personele sfeer.

De keerzijde van de over het algemeen bevredigend ervaren praktijkvoering en taakvervulling bleek te liggen in een soms aanzienlijke mate van onbetaald overwerk. 10 Centra signaleerden dat de hulpverleners (en vaak ook de bestuursleden) disproportioneel veel pro deo activiteiten verrichten. Met name de huisartsen bleken hierin 'uit te blinken'. Hierbij werd aangetekend dat niet alleen de subsidiemogelijkheden ontoereikend zijn om de 'extra'activiteiten zoals samenwerking, preventie, voorlichting e.d. financieel te compenseren maar dat vooral de beleidsmatige activiteiten in verband met het aanvragen van subsidies en het overleg met subsidiegevers zeer tijdrovend zijn.

Ook in andere opzichten werden consessies genoemd:

- het ontslaan van hulpverleners, het niet verlengen of terugbrengen van dienstverbanden (3x),
- lagere inschaling van praktijkassistenten, fysiotherapeuten, verloskundigen (via een z.g. 'uitsterfregeling' of op vrijwillige basis) (5 centra),
- het (tijdelijk) afzien van bepaalde volgens arbeidscontract overeengekomen rechten zoals bevrozing van salarissen en/of het geen aanspraak maken op bepaalde secundaire arbeidsvoorwaarden (3 centra),
- een 'voorzichtig' personeelsbeleid door het niet aantrekken van nieuw personeel of het niet verruimen van dienstverbanden (8 centra),
- het sluiten van een dependance van een gezondheidscentrum als zelfstandig centrum (1x).

Niet zozeer als consessie genoemd, maar wel op het merendeel van de centra van toepassing is de in vergelijking met de door de ZFR gehanteerde normen lage inschaling van huisartsen (en soms andere academici), waarbij vaak werd opgemerkt dat de aldus gerealiseerde kostenbesparingen door de systematiek van de Voorlopige Richtlijnen niet voor andere doeleinden (bijv. hogere inschaling van andere hulpverleners/medewerkers) aangewend kunnen worden.

Consessies in de accommodatie.

7 Centra noemden de accommodatie als knelpunt. Vanuit financiële overwegingen werden òf verhuisplannen opgeschort òf werd een noodzakelijk geplachte verbouwing niet uitgevoerd.

Consessies op het vlak van organisatie en beheer.

Bijna alle centra waren van mening dat de financiële mogelijkheden de uitvoering van deze taken ernstig belemmerden. Het niet of onvoldoende kunnen aantrekken van deskundige medewerkers (coördinatoren, financieel deskundigen e.d.), en/of het vrijmaken van hulpverleners voor deze werkzaamheden werd in veel gevallen als consessie genoemd.

8.3. Nevenactiviteiten.

Veel centrummedewerkers (vooral huisartsen) verrichten in het kader van hun dienstverband met de centra nevenactiviteiten waarvan de opbrengsten het centrum ten goede komen. Veel van deze activiteiten zijn als blijvend bedoeld omdat ze als één van de taken of functies van een gezondheidscentrum worden gezien. In dit verband werd geven van onderwijs (huisartsenopleiding), het doen van onderzoek en het houden van consultatiebureau voor zuigelingen en kleuters genoemd. Daarnaast worden er echter nevenactiviteiten verricht die primair tot doel hebben de centra een ruime financiële basis te geven.

In totaal 7 centra deelden mee nevenactiviteiten alleen om deze redenen te verrichten. Het betrof veelal keuringen, soms werkzaamheden bij andere instellingen.

8.4. Wensen voor een andere financiering van gezondheidscentra.

In de vraaggesprekken is als laatste thema de financieringsstructuur van gezondheidscentra (met hulpverleners in dienstverband) aan de orde gesteld en wel in evaluerende zin: hoe wordt de huidige financiering beoordeeld door de centra en, voorzover van toepassing, hoe zou de financiering anders geregeld moeten worden.

Het ligt voor de hand dat de binnen de beperkte tijdsduur van de vraag-

gesprekken (bovendien was dit het laatste gesprekspunt) slechts een globale beantwoording mogelijk was. Tevens bleken respondenten van sommige centra hierover nog geen standpunt bepaald te hebben of waren de meningen binnen een centrum (nog) niet op één lijn. Het hieronder geschetste wensenlijstje heeft dan ook alleen een indicatieve waarde.

De Amsterdamse centra gaven - niet geheel onverwacht - te kennen dat de in het februari 1982 uitgebrachte rapport van de FAG-werkgroep gesignaleerde knelpunten en de daarop gebaseerde aanbevelingen onderschreven werden, zij het dat sommige centra hierbij aantekenden dat niet alle aanbevelingen even noodzakelijk werden geacht voor elk centrum.

De meningen over de huidige financiering, c.q. de gewenste financiering kunnen gegroepeerd worden rond de volgende thema's: het systeem van financiering, de procedurele kanten van dit systeem en de financiële mogelijkheden.

- De meningen over het huidige financieringssysteem, primair gebaseerd op verrichtingenbasis, secundair op subsidieregelingen waren overwegend negatief. Echter niet in alle gevallen betrof deze afkeuring het systeem als zodanig als wel de financiële ruimte en procedurele aspecten (zie hierna) van de huidige financieringsstructuur.

Voorzover de wensen voor een ander financieringssysteem enigszins gestalte hadden gekregen werd geopteerd voor - het ligt voor de hand - een integrale financieringsregeling (in de zin van één financieringsbron of -instantie en één kostendekkende regeling), waarbij een budgetteringssysteem in het kader van de AWBZ veelvuldig werd genoemd.

Andere, niet altijd met een dergelijk systeem te verenigen, wensen waren:

- . (meer) mogelijkheden voor interne budgettering/financiële beleidsruimte (bijvoorbeeld door bezuinigingen op bepaalde aspecten elders te kunnen aanwenden),
- . een gedifferentieerd tariefsysteem voor zover de financiering op verrichtingenbasis gehandhaafd wordt (bijvoorbeeld hogere tarieven voor bejaarden, etnische minderheden, nieuwe patiënten),
- . uniforme secundaire arbeidsvoorwaarden (pensioenen, vakantie, overwerk en dergelijke) voor alle centrummedewerkers,
- . en, door enkele centra naar voren gebracht, de mogelijkheid van een dienstverband met alle, ook de nu gedetacheerde, medewerkers.

- . Verdeeld waren de meningen over de wenselijke invloed van de plaatselijke overheden en ziekenfondsen. Niet verwonderlijk is dat de centra die de opstelling van deze instanties als positief, ondersteunend ervoeren (dit is overigens niet altijd identiek met hoge toegekende subsidies), deze lokale instellingen wat betreft de verstrekking van financiële middelen een grotere rol wilde toebedelen, terwijl de centra die in deze minder goede ervaringen hadden aan een meer centralistische financiering de voorkeur gaven.
- Verreweg de meeste bezwaren tegen de huidige financieringsstructuur betreffen de traagheid, de ingewikkeldheid en - daarmee samenhangend - de tijdrovendheid die met de huidige subsidieregelingen gepaard gaan. Terwijl de trage afhandeling in de subsidietoekenning ten aanzien van de beide landelijke regelingen (de stimuleringsregeling en de Voorlopige Richtlijnen) vermeld werden, bleken vooral de Voorlopige Richtlijnen aanleiding te geven tot veel aanmerkingen: onduidelijkheid wat betreft de te verwachten subsidiebedragen en, mede daardoor, een veel tijd vergende procedure.
In dit kader werd tevens vaak de wens geuit tot een geformaliseerde voorschotregeling.
- Wat betreft de financiële mogelijkheden geven de in de vorige paragraaf behandelde concessies al een indruk van bij de centra bestaande wensen. De voorgestane verruiming van de middelen heeft met name betrekking op:
 - . coördinatie, management, beheer. Hoewel nagenoeg alle centra deze taken als knelpunt noemden, liepen de meningen uiteen over de gewenste vormgeving (een apart aan te trekken medewerker, ondersteuning vanuit een externe instelling of vrijstelling van hulpverleners voor deze taken),
 - . een verruiming van de financiële tegemoetkoming wat betreft fysiotherapeuten en een in het kader van de Voorlopige Richtlijnen 'erkennen' van apothekers en tandartsen,
 - . een opwaardering van de praktijkassistenten, vooral wat betreft de inschalingsmogelijkheden. Bovendien werd door een aantal centra gepleit voor een koppeling van het aantal assistenten aan alle hulpverleners (en dus niet alleen aan de huisartsen),
 - . nagenoeg geen wensen werden kenbaar gemaakt ten aanzien van de uitbreiding van het aantal disciplines.

Slechts twee centra signaleerden de behoefte aan het in dienst nemen van fysiotherapeuten, een stap die tot nu toe vanuit financiële overwegingen niet gedaan was.

8.5. Samenvatting en konklusie

Op basis van de vraaggesprekken met de centra kan gekonkludeerd worden dat naast ongedekte tekorten de financiële problematiek van gezondheidscentra met hulpverleners in dienstverband zich vooral openbaart in gedane konsessies in de praktijk- en beleidsvoering. 15 van de 18 onderzochte centra gaven te kennen hun werkwijze en bedrijfsvoering al dan niet op aandrang van subsidiegevers bijgesteld te hebben vanuit financiële overwegingen.

De door de respondenten naar voren gebrachte knelpunten spitsen zich vooral toe op de personele sfeer en konsessies op het vlak van organisatorische en beleidsmatige werkzaamheden. Veelvuldig werd geattendeerd op de disproportionele hoeveel pro-deo werk van medewerkers (voornamelijk huisartsen) en bestuursleden. Mede hierdoor bleven konsessies in de taakstellingen praktijkvoering meestal beperkt tot de non-kuratieve taken (konsultatie, preventie). Ook ten aanzien van salariëring en sekundaire arbeidsvoorwaarden werden konsessies genoemd.

Gedeeltelijk hierop aansluitend waren de wensen voor een bijstelling of totale verandering van de huidige financieringsstructuur. We beperken ons tot de belangrijkste uitkomsten:

- een integraal financieringssysteem en, door bijna alle centra benadrukt, een minder complexe en procedureel minder tijdrovende financieringswijze,
- een uniformering van de arbeidsrechtelijke positie van de centrum-medewerkers,
- een geformaliseerde voorschotregeling,
- verruiming van financiële middelen voor coördinerende en beheersmatige werkzaamheden,
- een hogere financiële tegemoetkoming wat betreft fysiotherapeuten (= verlaging van de landelijke produktienormen),
- een financiële opwaardering van praktijkassistenten.

GERAADPLEEGDE LITERATUUR

- Advies van de Subcommissie Accomodatiebeleid Wijk-
gezondheidscentra, 1979
- Boerma, W. Huisartsgroepspraktijken en gezondheidscentra, janua-
ri 1970 - juli 1979,
NHI, Utrecht 1980
- Boerma, W. Cijfers over samenwerking 1, huisartsgroepspraktij-
ken en gezondheidscentra per 1 januari 1980,
NHI, Utrecht 1980
- Boerma, W. Cijfers voor samenwerking 3, huisartsgroepspraktij-
ken en gezondheidscentra per 1 januari 1981,
NHI, Utrecht 1981
- Financiële Commissie. Advies reguliere financiering samenwerkingsverbanden
NOBEL in de eerstelijns gezondheidszorg,
Bunnik 1981
- Financiële jaarstukken en verzamelloonstaten van de
in het onderzoek betrokken gezondheidscentra betref-
fende 1979
- Gemeente Amsterdam Regeling financiële steun aan multi-disciplinaire
Samenwerkingsverbanden in de eerstelijns gezondheids-
zorg, 1980
- 0 Grinten, T. van der Financieringsproblemen bij samenwerking in de eerste
lijn (in: Hulpverlening en samenwerking, Samson uit-
geverij),
Alphen a/d Rijn 1979
- LHV Informatiebulletin Huisarts en Samenwerking,
Utrecht november 1980

- Paardekooper & Hoffman Accountants Rapport inzake financiële analyse gezondheidscentra met hulpverleners in dienstverband, op 11 juni 1982 uitgebracht aan het NHI
- Samenwerkingsproject eerste lijn Begrotings- en exploitatieopzet voor gezondheidscentra,
Bunnik 1981
- Swinkels, M.A.A. Gezondheidscentra en ruimtelijke ordening, studies naar samenwerking 2,
NHI, Utrecht 1981
- VOMIL Advies van de begeleidingsgroep Stimuleringsregeling Wijkgezondheidscentra,
Leidschendam 1980
- VOMIL Voorlopige Stimuleringsregeling Wijkgezondheidscentra,
Leidschendam 1974
- VOMIL Voorlopige Stimuleringsregeling Samenwerkingsverbanden in de eerstelijns gezondheidszorg (herziene versie),
's Gravenhage, 1979
- Werkgroep Financiering Amsterdamse Gezondheidscentra Voorwaarden voor vernieuwing,
Amsterdam 1982
- Zee, J. van der Registratie samenwerkingsverbanden in de eerstelijns gezondheidszorg, rapportage over de periode januari 1970 - september 1977,
NHI, Utrecht 1978
- Ziekenfondsraad, subcommissie Gezondheidscentra Onderzoek naar het functioneren van gezondheidscentra,
Amsterveen 1979

- Ziekenfondsraad Voorlopige richtlijnen inzake financiële tegemoetkoming multidisciplinaire samenwerkingsverbanden, Amstelveen 1978
- /Ziekenfondsraad Gewijzigde voorlopige richtlijnen financiële tegemoetkoming multidisciplinaire samenwerkingsverbanden, Amstelveen 1982
- Ziekenfondsraad Evaluatienota voorlopige richtlijnen gezondheidscentra, Amstelveen 1981
- Ziekenfondsraad Stukken betreffende gezondheidscentra voorzover tot en met december 1981 behandeld in de Subcommissie Gezondheidscentra,

GEBRUIKTE AFKORTINGEN.

AFBZ	Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten
AMW	Algemeen Maatschappelijk Werk
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
CRM	Ministerie van Cultuur, Recreatie en Maatschappelijk Werk
FAG	Werkgroep Financiering Amsterdamse Gezondheidsdiensten
Joint	Landelijke Organisatie voor Maatschappelijke Dienstverlening
LAD	Landelijke Vereniging van Artsen in Dienstverband
LHV	Landelijke Huisartsen Vereniging
LVG	Landelijke Vereniging van Gezondheidscentra
NHI	Nederlands Huisartsen Instituut
NK	Nationale Kruisvereniging
S-1	Samenwerkingsproject Eerstelijn
SACO	Commissie Samenwerkingsverbanden van de LHV
SOSEL	Stichting Ontwikkeling Samenwerkingsverbanden in de Eerstelijns Gezondheidszorg (Amsterdam)
VAZ	Vereniging van Amsterdamse Ziekenfondsen
VNZ	Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen
VOMIL	Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne
ZFR	Ziekenfondsraad

BIJLAGE 1: Onderzoeksvoorstel

VOORSTEL VOOR EEN ONDERZOEK NAAR DE FINANCIËLE PROBLEMEN VAN GEZONDHEIDSCENTRA

1. De aanleiding

Op het Halfjaarlijks Overleg rond S-1 d.d. 25 februari 1981 is naar aanleiding van door S-1 gesignaleerde knelpunten gediskussieerd over de financiële problemen van gezondheidscentra. S-1 was van mening dat zelfs met de financiële tegemoetkoming door de AWBZ de financiële problemen van gezondheidscentra met name die van gezondheidscentra met hulpverleners in dienstverband in de startfase, niet zijn opgelost. Daarvoor is volgens S-1 nodig een vernieuwing van de bestaande subsidie-normen en een duidelijker financieringsregeling. De Ziekenfondsraad stelde, dat gezondheidscentra niet met structurele tekorten blijven zitten, nadat een beroep is gedaan op de AWBZ. Daar waar wel structurele tekorten blijven bestaan is sprake van slecht beheer, omdat de betrokken centra zich niet houden aan de richtlijnen voor financiering uit de AWBZ. De voorzitter konkludeerde tenslotte, dat alvorens verder te kunnen praten over de vraag wat de achtergronden zijn van eventuele financiële problemen en in welke richting oplossingen moeten worden gezocht, hardere gegevens nodig zijn over de financiële problematiek van gezondheidscentra. Aan S-1 werd gevraagd - zo mogelijk voor het Halfjaarlijks Overleg op 2 september aanstaande - deze gegevens te verzamelen. Bij een verdere oriëntatie op deze vraag heeft S-1 contact opgenomen met de afdeling Onderzoek van het NHI. Deze notitie is het resultaat van het overleg tussen S-1 en het NHI over deze taak.

2. Vraagstelling

Het onderzoek is erop gericht meer inzicht te geven in de financiële problemen van gezondheidscentra¹⁾, teneinde tot oplossingen daarvoor te komen.

¹⁾ Voor de omschrijving van gezondheidscentra maken wij gebruik van de definitie zoals die geldt in het projekt Registratie Samenwerkingsverbanden: een samenwerkingsverband met gemeenschappelijke huisvesting van tenminste één huisarts, één wijkverpleegkundige en één maatschappelijk werkende. De mate waarin de samenwerking gestructureerd en geformaliseerd is kan verschillend zijn.

In een overleg met vertegenwoordigers van Ziekenfondsraad, Landelijke Vereniging van Gezondheidscentra, Ministerie van Volksgezondheid en Milieugygiëne, S-1 en NHI werd de vraagstelling als volgt gepreciseerd:

- a: hebben gezondheidscentra tekorten; welke zijn dat en hoe groot zijn zij;
- b: is vooral sprake van aanlooptekorten of moet met structurele tekorten rekening worden gehouden;
- c: waardoor worden deze tekorten veroorzaakt;
- d: op welke wijze worden de tekorten door de gezondheidscentra gedekt.

3. Toelichting op de vraagstelling

Onderzoek naar de financiële problematiek in gezondheidscentra kan vele vormen aannemen. In zijn meest beperkte vorm betreft het enkel een financiële analyse van jaarrekeningen en/of accountantsrapporten. In zijn meest uitgebreide vorm omvat het tevens een analyse van de mogelijke oorzaken van deze problematiek, een vergelijking met de solo-situatie (met inbegrip van alle fiscale en financieringsverschillen), en een kosten-baten-analyse, waarbij ook de effecten op de tweedelijsgezondheidszorg in beschouwing worden genomen.

De eerstgenoemde variant wordt door S-1 en NHI te beperkt gevonden, met name omdat de oorzaken in een dergelijke analyse niet aan bod kunnen komen. De tweede variant - hoewel op zich zeer interessant, en in feite noodzakelijk wanneer men afgeronde konklusies over het functioneren van gezondheidscentra wil formuleren - gaat op dit moment de reikwijdte van het voorgenomen onderzoek verre te boven en gaat ook voorbij aan de urgentie van een deel van de problematiek (een dergelijk onderzoek zou immers al gauw een jaar of drie in beslag gaan nemen).

Daarom is in dit projekt gekozen voor een onderzoek met een beperkte opzet waarin enerzijds een financiële analyse wordt verricht op de accountantsrapporten zoals die bij de Ziekenfondsraad aanwezig zijn en anderzijds bij de centra zelf een oorzakenanalyse wordt verricht teneinde de financiële gegevens in een kader te kunnen plaatsen. Het onderzoek strekt zich hiermee alleen uit over (de totale populatie van) gezondheidscentra.

Konklusies in de richting van de solo-situatie of de tweede lijn zijn op grond van dit onderzoek niet mogelijk,

Het gaat er in dit onderzoek om (uitgaande van de gedachte dat gezondheidscentra een goede zaak zijn) meer inzicht te krijgen in de vraag waar en hoe tekorten ontstaan om van daaruit tot een oplossing van de financiële problemen te komen; bijvoorbeeld door:

- meer inzichtelijke regeling;
- vernieuwing van de voorwaarden;
- duidelijker voorwaarden;
- enz.

4. Fasering

Er zijn enkele redenen om haast te maken met het onderzoek:

- de centra zelf zijn erbij gebaat indien meer inzicht ontstaat in hun financiële problematiek, en op basis daarvan een bevredigender financiële regeling voor gezondheidscentra tot stand kan komen;
- S-1 is gevraagd zo mogelijk al tijdens het Halfjaarlijks Overleg rond S-1 op 2 september 1981 verslag te doen over de tekorten bij gezondheidscentra en waardoor deze worden veroorzaakt;
- het sekretariaat van de Ziekenfondsraad is door de Raad gevraagd om een evaluatie van de voorlopige richtlijnen voor eind 1981, welke naar verwachting in augustus 1981 gereed komt.

Aan de andere kant wordt een snelle afsluiting van het onderzoek bemoeilijkt door verschillende factoren:

- De opzet van de jaarrekeningen van de diverse centra verschilt aanzienlijk. Interpretatie van bepaalde posten en onderlinge vergelijking tussen centra worden hierdoor ernstig bemoeilijkt.
- De wijze waarop gezondheidscentra zijn georganiseerd verschilt eveneens op tal van punten. Zo zijn er gezondheidscentra met hulpverleners in dienstverband, en centra waarbij de huisartsen niet in dienstverband zijn. In deze laatste groep komen weer allerlei juridische konstrukties voor zoals een volledige maatschap, een (beperkte) kosten-maatschap of financieel zelfstandige beroepsbeoefenaren. De met al deze konstrukties korresponderende jaarstukken van het samenwerkingsverband geven daar ook niet eenzelfde beeld.

Onderlinge vergelijking van de jaarrekeningen van centra met werkers wel, en centra met werkers niet in dienstverband is daardoor slechts ten aanzien van een beperkt aantal posten mogelijk.

- Het valt te verwachten dat met name de gegevens van werkers in gezondheidscentra zonder dienstverband moeilijk zullen zijn te verkrijgen.

Mede gezien bovenstaande overwegingen hebben wij besloten het projekt in de volgende twee fasen in te delen: die ieder ook een eigen doelstelling hebben.

fase 1:

Een onderzoek onder de gezondheidscentra met werkers in dienstverband. Het merendeel daarvan heeft zich voor financiële steun tot de Ziekenfondsraad gewend, zodat daar al veel financiële gegevens (o.a. accountantsrapporten) aanwezig zijn. De Raad heeft toegezegd dat deze ter beschikking van het onderzoek kunnen worden gesteld. De namen van de gezondheidscentra staan in bijlage 1.

Het doel van fase 1 is, konstaterende dat er financiële problemen zijn, nagaan hoe groot deze zijn, waardoor ze veroorzaakt worden en hoe ze eventueel kunnen worden opgelost (vgl. par. 2).

De eerste fase valt uiteen in twee delen:

a: een financiële analyse

In het onderzoek zal een vergelijking moeten plaatsvinden tussen verschillende gezondheidscentra met betrekking tot enerzijds de inkomstenbronnen en anderzijds de kostenposten over de jaren 1978, 1979 en 1980. De elementen daarvan worden ontleend aan het begrotingsmodel zoals ontworpen door S-1.

Deze vergelijking zal verschillen te zien geven in de tekorten en in de achtergronden daarvan. Het begrip "tekort" moet daarbij relatief worden opgevat.

Beoogd wordt een totaalbeeld te krijgen van de wijze waarop men in gezondheidscentra tot een sluitende financiering komt. Alleen door bestudering van de verschillende bestanddelen kan inzicht verkregen worden in de oorzaak van de tekorten.

Wanneer men centra onderling wil vergelijken heeft men een vergelijkingsmaat nodig. Deze wordt gekonstrueerd door de kostenposten (zoals die voor hulpverleners, huisvesting en ondersteunend personeel) te relateren aan het aantal mensen waaraan men hulp verleent. Daarbij moet dan wel onderscheid gemaakt worden tussen centra in de groei en centra die geen of slechts een geringe stijging van het patiëntenbestand te verwachten hebben. Dit kan door de absolute aantallen patiënten in de analyse te betrekken.

De financiële analyse wordt uitgevoerd door een financieel deskundige die op de adviseursbasis bij het onderzoek betrokken zal worden. De vraagstelling voor de financieel adviseur wordt gespecificeerd door de aan te trekken onderzoeker in overleg met de projectgroep (zie ook par. 5). Voor de financiële analyse zal gebruik worden gemaakt van de bij de Ziekenfondraad bekende gegevens, eventueel aangevuld (voor de centra die daar niet om hulp hebben aangeklopt) met jaarrekeningen die bij de centra worden opgevraagd.

b: een kwalitatieve analyse

Naast de financiële analyse zal ook een meer kwalitatieve analyse worden uitgevoerd naar de factoren die met de tekorten samenhangen. Hierbij gaat het om de factoren die door de werkers in het veld in verband gebracht worden met het ontstaan van de financiële tekorten, zoals achterblijvende bevolkingsgroei en stagnatie in de bouw in nieuwbouwwijken, normen ten aanzien van het optimale patiëntenaantal etcetera.

Voor dit onderdeel van het onderzoek zullen gestructureerde interviews worden gehouden met alle gezondheidscentra die in fase 1 betrokken zijn. Deze zullen voorbereid en uitgevoerd worden door een onderzoeker met gedragswetenschappelijke deskundigheid, die speciaal voor dit onderzoek zal worden aangetrokken. Deze onderzoeker zal tevens de afstemming van het financiële en het gedragswetenschappelijke deel bewaken.

De duur van fase 1 bedraagt 6 maanden.

Fase 2:

Onderzoek naar de financiering van de overige gezondheidscentra (+ 75), het voorkomen van tekorten en de wijze waarop die gedekt worden.

De ratio achter fase 2 is een andere dan die achter fase 1.

Ging het in fase 1 om centra met aanwijsbare financiële problematiek, waarbij de vraag gesteld werd naar de omvang, de oorzaken en mogelijke oplossingen voor die problematiek, in fase 2 is de vraag achter de vraag: "In hoeverre kampten de centra die niet bij de Ziekenfondsraad aankloppen met dezelfde financiële problemen, maar worden deze hier op een andere wijze opgelost?".

Anders geformuleerd: "Wat kan de Ziekenfondsraad van de andere centra nog aan hulpvraag verwachten".

Het doel van fase 2 is dan na te gaan of centra die geen hulpverleners in dienst hebben financiële tekorten hebben en op welke wijze deze tekorten worden gedekt. In deze fase zal zoveel mogelijk gewerkt worden met de financiële jaarverslagen van de centra in de afgelopen drie jaar. Waar nodig zal om verdere specificatie van de gegevens worden gevraagd. In deze fase wordt ook gebruik gemaakt van de bevindingen in de eerste fase. Aanvullende gegevens kunnen worden verkregen uit het registratiesysteem van Samenwerkingsverbanden en eventueel door mondelinge of schriftelijke interviews.

De financiële jaarstukken van deze centra geven een beperkter inzicht in enkele tekorten die voortvloeien uit de samenwerkingssituatie, met name omdat kosten en baten die met de praktijkvoering samenhangen veelal buiten die overzichten blijven. Daartoe zouden ook de financiële gegevens van de betrokken disciplines zelf erbij moeten worden betrokken. De mogelijkheid en wenselijkheid daarvan zou alsdan bekeken kunnen worden. Uiteraard is dat van invloed op de omvang van het onderzoek.

Voorlopig schatten we de duur van fase 2 op zes maanden.

5. Structuur

Het onderzoek is een co-productie van S-1 en NHI.

De formele relatie tussen de beide partners ziet er als volgt uit: S-1 heeft in het Halfjaarlijks Overleg op het departement de vraag voorgelegd gekregen. De uitwerking daarvan besteedt S-1 aan het NHI, dat daarmee verantwoordelijk is voor de uitvoering van het onderzoek. Het NHI zal over het onderzoek rapport uitbrengen aan S-1. Het rapport is openbaar. De resultaten van het onderzoek zullen tesamen met de aanbevelingen van S-1 worden ingebracht in het Halfjaarlijks Overleg.

Voor de dagelijks sturing en begeleiding zal een projectgroepje gevormd worden, waarin naast de onderzoeker tenminste twee medewerkers van S-1 en twee NHI-ers zitting zullen nemen.

6. Financiën

Voor dit project dient voor de duur van één jaar een gedragswetenschappelijk onderzoeker aangesteld te worden. Voor de financiële analyse wordt de hulp ingeroepen van externe adviseurs, bijvoorbeeld van een accountantsbureau.

- ./.. Bijlage 2 geeft een per fase gespecificeerde begroting.
- ./.. Bijlage 3 geeft een gespecificeerde tijdsplanning voor fase 1.

Bunnik, 16.7.1981

MK

BIJLAGE 2: Brief aan de centra om verzoek medewerking vraaggesprekken

Utrecht, 10 februari 1982

RSV 160/LP/MvG

Aan de contactpersonen van gezondheids-
centra met hulpverleners in dienstverband
t.b.v. het NHI-onderzoek financiële pro-
blematiek gezondheidscentra

nederlands huisartsen instituut · postbus 2570 · 3500 GN utrecht · telefoon 030-31 99 46

Betreft: Informatie, verzoek om medewerking voor een interview ten behoeve
van het onderzoek financiële problematiek gezondheidscentra.

In het kader van het onderzoek financiële problematiek gezondheidscentra willen wij U het volgende mededelen. Het onderzoek dat in opdracht van S-1 door het NHI wordt uitgevoerd is door vertraging bij het aantrekken van de onderzoeker later van start gegaan dan oorspronkelijk gepland was. Met ingang van 1 januari is L. Peters als onderzoeker/projectleider ten behoeve van dit onderzoek aangesteld, waarmee de in eerdere correspondentie (brief van S-1 d.d. 27 oktober 1981) genoemde tijdsplanning dan ook is opgeschoven. Momenteel streven we er naar het onderzoek voor wat betreft de centra met hulpverleners in dienstverband medio 1982 af te ronden.

In de eerder genoemde brief van S-1 is reeds uiteengezet dat dit onderzoek uiteindelijk in een financiële analyse op basis van financiële (jaar)stukken over 1979 (waartoe het NHI het accountantsbureau Paardekooper & Hoffman heeft ingeschakeld) en een kwalitatieve analyse, waarin mede door middel van interviews bij de centra de oorzaken en achtergronden van eventuele financiële problemen nader aan de orde komen.

Met betrekking tot de kwalitatieve analyse willen wij U het volgende verzoeken. De vraaggesprekken onder de (21) centra zullen in de periode van + 1 maart tot half april plaats moeten vinden wil het onderzoek binnen de daarvoor uitgetrokken tijd afgerond kunnen worden. Dit vereist een strakke planning en het tijdig maken van afspraken. Hiertoe willen wij U de volgende procedure voorstellen:

- Hoewel we beseffen dat het een korte termijn is, willen wij U verzoeken de komende week na te gaan welke medewerkers en/of bestuursleden namens het centrum aan het gesprek zullen deelnemen en zo mogelijk in de periode van de eerste drie weken van maart/laatste week maart, eerste twee weken van april hiervoor een paar mogelijke data prikken.

Gezien het doel van het onderzoek lijkt het ons wenselijk dat bij het gesprek een bestuurslid en/of hulpverlener aanwezig zijn, die beschikken over inzicht in de financiële aangelegenheden van het centrum en in het algehele functioneren van het centrum vanaf de start.

10 februari 1982

- Ongeveer een week na verzending van deze brief zal de onderzoeker of Mevr. van Dijk, medewerkster Registratie Samenwerkingsverbanden telefonisch contact met U (de contactpersoon) opnemen voor het maken van een afspraak voor het interview.
- Vervolgens zal de respondenten de lijst met gespreksonderwerpen/vragen toegezonden worden teneinde het gesprek voor te kunnen bereiden. Wij schatten dat het vraaggesprek circa 1,5 uur in beslag zal nemen.

Wij hopen op Uw medewerking te mogen rekenen.

Met vriendelijke groet,
NEDERLANDS HUISARTSEN INSTITUUT

L. Peters.

BIJLAGE 3: Checklist t.b.v. de interviewronde

nederlands huisartsen instituut
postbus 2570 3500 GN utrecht
telefoon 030-31 99 46



Checklist t.b.v. de interviewronde

ONDERZOEK FINANCIËLE PROBLEMATIEK
GEZONDHEIDSCENTRA

Datum vraaggesprek:

Naam Centrum :

Adres Centrum :

Respondenten :

Toelichting bij de checklist

De nu volgende lijst van vragen, overzichten, thema's en aandachtspunten is bedoeld om de in het kader van het onderzoek te houden interviews enige structuur te geven. Voor deze vraaggesprekken is circa anderhalf uur per centrum uitgetrokken. Het zal duidelijk zijn dat binnen deze tijdsspanne het niet mogelijk is om zowel het financiële reilen en zeilen van een centrum tot in detail door te spreken als aandacht te geven aan de achtergronden en oorzaken van eventuele financiële knelpunten. In de gesprekken zal vooral tijd worden ingeruimd voor de laatstgenoemde achtergronden en oorzaken van financiële problemen. De overige gegevens zullen zoveel mogelijk van tevoren door de onderzoeker ingevuld worden (met name de 'kerngegevens' op pag. 3 en, voor een deel, het overzicht van financiële tegemoetkomingen op pag. 4 en 5). Hierbij zal gebruik gemaakt worden van de eerste resultaten van de momenteel door een accountantsbureau uitgevoerde financiële analyse per centrum (op basis van jaarrekeningen etc.) en gegevens uit het 'NHI-registratiesysteem van huisartsgroepspraktijken en gezondheidscentra'.

De checklist moet in eerste instantie gezien worden als een basisagenda ten behoeve van de vraaggesprekken. Op grond van de (bijzondere) positie die een centrum inneemt zal het gesprek per centrum een andere inkleuring krijgen. Welke thema's in het gesprek (extra) aandacht behoeven is onder meer afhankelijk van de eerder genoemde resultaten van de door het accountantsbureau uitgevoerde analyse.

Tot slot nog een opmerking over de tijdsperiode waarop het onderzoek zich richt. In eerste instantie is gekozen voor 1979. Dit jaar vormt het meest recente jaar, waarover van alle centra (financiële) jaarstukken beschikbaar waren. Derhalve richt de financiële analyse van de accountant zich vooral op deze periode. Desalniettemin zal de periode voorafgaand en volgend op 1979 in de gesprekken betrokken worden teneinde voor de financiële situatie van de centra belangrijke ontwikkelingen en tendensen mede in de onderzoeksresultaten op te nemen.

I. KERNGEGEVENS (door onderzoeker in te vullen op basis van de NHI-registratie samenwerkingsverbanden in de eerstelijns-
gezondheidszorg, eventueel aan te vullen gedurende vraaggesprek)

Overzicht van de personeels/samenwerkingsformatie en, indien relevant, de praktijkomvang

	Januari 1977	Januari 1978	Januari 1979	Januari 1980	Januari 1981
<u>Werkers in dienstverband</u> huisartsen fysiotherapeuten tandartsen apothekers verloskundigen praktijkassistenten adm. medewerkers coördinator huish. medewerker assist. fysiotherapie apoth.assistenten tandartsassistenten					
<u>Gedetacheerde medewerkers</u> wijkverpleegkundige maatsch. werkers					

II. OVERZICHT VAN DE FINANCIËLE TEGEMOETKOMINGEN/SUBSIDIES EN DE AFHANDELING DAARVAN

1. (in te vullen in schema op volgende pagina) Welke financiële tegemoetkomingen (behoudens de reguliere vergoedingsregelingen) heeft het gezondheidscentrum wanneer en bij welke instantie aangevraagd, resp. verkregen? (subsidies e.d.)
2. Nadere toelichting subsidie(aanvragen)/financiële tegemoetkomingen. Per financieringsbron de subsidie(aanvragen) preciseren naar:
 - a. De afhandeling van de aanvraag
 - aangevraagd, niet toegewezen
 - aangevraagd, wel toegewezen
 - aangevraagd, gedeeltelijk toegewezen
 - aangevraagd, nog geen beslissing genomen
 - b. De hoogte van de toegewezen subsidies
 - c. Het doel en de aard van de subsidies
 - t.b.v. exploitatie (tekorten)
 - t.b.v. stichtings/aanloopkosten
 - t.b.v. een door het centrum uitgevoerd experiment
 -
 - d. Door de subsidiegever/financier gestelde kondities voor zover niet in reglementen vastgelegd
 - e. Door de subsidiegever/financier gehanteerde interpretaties/in-vullingen bij de (gedeeltelijke) afwijzing of toekenning van financiële middelen (b.v. bij de toepassing van de voorlopige AWBZ richtlijnen de opstelling inzake aanloopkosten, niet aanvaardbare kostensoorten, niet aanvaarde hoogte van bepaalde kosten)
- 2.1. Toelichting betr. VOMIL (stimuleringsregeling)
- 2.2. Toelichting betr. Gemeente/Provincie
- 2.3. Toelichting betr. Ziekenfondsen
- 2.4. Toelichting betr. ZFR (voorlopige richtlijnen)

Overzichtsschema subsidies/financiële tegemoetkomingen

	VOMIL Stimul.reg.	Gemeente/ Provincie	Ziekenfondsen	Voorl.richtl. ZFR	DACW	BRW	(particu- liere) Fondsen (preventie e.d.)	Overig
Stichtingsjaar centrum: 19								
Periode van Stichtingsjaar tot 1979								
1979								
Periode van 1979 tot heden								

2.5. Toelichting DACW

2.6. Toelichting BRW

2.7. Toelichting (particuliere) Fondsen

2.8. Toelichting Overig

3. Welke overige voor de oprichting/exploitatie van het gezondheids-
centrum voor belang zijnde door 'derden' beschikbaar gestelde
faciliteiten zijn nog van toepassing? b.v.:

- kredietgaranties
- relatief goedkope bouwgrond of huur gebouwen
- (gratis) ondersteuning van een grootstedelijk/regionaal/landelijk
platform t.b.v. de organisatie of het management van het centrum
- pro deo activiteiten van medewerkers van gemeenten, ziekenfondsen
e.d.
-

III. VASTSTELLING EVENTUELE RESTERENDE TEKORTEN IN 1979

4. Resteren er exploitatietekorten over het jaar 1979 indien alle inkomsten(soorten), inclusief subsidies in aanmerking worden genomen?
5. Zo ja, hoe verhoudt de omvang van deze tekorten zich tot voorgaande en daarop volgende jaren?
(welke cumulatie geven deze tekorten over deze jaren te zien?)
6. Zo ja, op welke wijze is getracht deze tekorten over 1979 te dekken, tot welke resultaten heeft dit geleid?
 - leningen
 - 'nagekomen' subsidies, bijstelling eerder toegekende subsidies
 - vermindering van de kosten door
 - . personeelsinkrimping/verhoging van de produktie per medewerker
 - . verlaging salarisniveaus
 - . inkrimping huisvesting/verhuur van ruimtes aan derden
 - verhoging van de inkomsten door
 - . (het stimuleren van) nevenfunkties van hulpverleners in de diensttijd
 - . anderszins
7. a) Zo ja, in hoeverre zijn aan deze tekorten directe betalingsverplichtingen verbonden?
 - b) In welke mate leiden deze tekorten tot liquiditeitsproblemen?
 - c) Wordt het voortbestaan van het centrum hierdoor bedreigd?

IV. DE ACHTERGRONDEN EN OORZAKEN VAN DE EVENTUEEL RESTERENDE TEKORTEN EN FINANCIËLE KNELPUNTEN

De hieronder volgende vragen/thema's bieden een globaal overzicht van factoren die mogelijk ten grondslag liggen aan eventuele tekorten. Alhoewel het begrip tekorten op vele manieren omschreven kan worden (en in de rapportage van het onderzoek ook zal worden), wordt hier in eerste instantie gedoeld op die kosten(verplichtingen) waarvoor (betreffende 1979) geen dekking gevonden is/was (kosten min alle baten). In tweede instantie is van belang welk deel van de baten niet-structureel van karakter zijn, zoals bijvoorbeeld éénmalige subsidies, subsidies (of delen daarvan) die met bepaalde, uitsluitend op het centrum van toepassing zijnde, condities verbonden zijn en niet eenduidig uit vaste reglementen/richtlijnen afgeleid kunnen worden (kosten min 'structurele' baten).

Tekorten zullen zelden veroorzaakt worden door één faktor, des te vaker door een combinatie van meer factoren. Tevens is het niet uitgesloten dat een centrum dat als geheel per saldo een tekort heeft, op bepaalde onderdelen een (financieel) positief saldo bereikt en zodoende in staat is (mits subsidiegevers hiervoor ruimte bieden) om 'verliesgevende' onderdelen te compenseren. Om inzicht te krijgen in het samenspel van factoren die in een uiteindelijk exploitatietekort van een centrum resulteren dan wel anderszins tot financiële problemen aanleiding geven is het van belang deze factoren afzonderlijk t.a.v. hun financiële consequenties te benoemen.

Overeenkomstig het doel van het onderzoek is het tevens van belang aan te geven in hoeverre bepaalde tekorten veroorzakende factoren van incidentele of structurele aard zijn. Omdat in de praktijk bepaalde (incidentele) aanlooptekorten door onvoldoende financiële dekking het karakter van een structureel tekort kunnen krijgen is van belang hierbij te vermelden of een structureel tekort een incidentele of een structurele oorzaak heeft.

Mede vanuit bovenstaande overwegingen verdient het aanbeveling bij de behandeling van de thema's en vragen het volgende aan te geven:

- de financiële consequenties die een bepaalde faktor voor het centrum ten gevolge heeft/had, c.q. de hoogte van het tekort (of overschot)

- de mate waarin de genoemde factoren van incidentele of structurele aard zijn
- en (terwille van het voorkomen van begripsverwarring) het referentiekader van waaruit de bovengenoemde financiële consequenties en hun mate van structureel zijn benoemd worden, waarbij het wenselijk is onderscheid te maken tussen de door het centrum aangelegde criteria en, voor zover afwijkend daarvan, die door andere (landelijke) instanties geformuleerde criteria (b.v. de voorlopige richtlijnen en de landelijke honoreringsregelingen)

De voorbereidingsfase (de periode tot in gebruikneming van het centrum)

- 8.1. Op wiens initiatief en met medewerking van wie is het centrum opgericht? (korte algemene schets)
- 8.2. Zijn daarbij toezeggingen (mondeling/schriftelijk) door derden (b.v. gemeente) gedaan, die financiële consequenties hebben; zijn deze toezeggingen nagekomen of gewijzigd?
- 8.3. Op welke wijze en door wie zijn de aan de voorbereidende werkzaamheden (b.v. organisatie, overleg) verbonden kosten gedragen?
 - pro deo door
 - a.s. hulpverleners in dienstverband
 - derden (b.v. regionale/grootstedelijke/landelijke service-instelling)
 - overkoepelende rechtspersoon (b.v. gemeente, kruisvereniging)
- 8.4. Heeft het centrum te maken gehad met praktijkovernames van en praktijkinkoop door hulpverleners? Met welke financiële consequenties?

De aanloopfase (de periode van in gebruikneming tot een min of meer gestabiliseerde praktijkvoering)

- 9.1. Hoe hebben zich de aantallen patiënten c.q. verrichtingen van hulpverleners in dienstverband ontwikkeld?
 - huisartsen
 - fysiotherapeuten
 - tandartsen
 - apothekers
 - verloskundigen

9.2. Van welke prognoses t.a.v. de praktijkomvang is het centrum bij de start uitgegaan? Waarop waren/zijn deze prognoses gebaseerd?

9.3. Indien deze prognoses (in negatieve zin) niet gehaald zijn; welke factoren speelden/spelen hierbij een rol?

- vertraagde bevolkingstoename (in nieuwbouwwijken)
- teruglopen van de bevolking in bestaande wijken/regio's
- patiënten houden vroegere hulpverlener aan
- ('wilde') vestiging van andere hulpverleners in het gebied van het centrum

9.4. In hoeverre zijn de volgende met de aanloopfase samenhangende factoren oorzaak van tekorten?

- leggen van kontakten/formaliseren van samenwerking met niet in het centrum uitgeoefende functies (b.v. 2^e lijn, scholen etc.)
- kennismaking nieuwe patiënten
- introductie centrum in de wijk
- tijdelijk verhoogde consumptie (b.v. relatief groot aantal nieuwkomers in nieuwbouwwijk)
- management, organisatie, begeleiding t.b.v. het opstarten van het centrum, het op elkaar afstemmen van de teamleden
-

De huisvesting/accomodatie

10.1. Wie (personen/instanties) zijn bij het huisvesten van het centrum betrokken geweest? Zijn er bij de start van het centrum hierover afspraken gemaakt die financieel van belang zijn?

10.2. Welke wisselingen in huisvesting hebben sinds de oprichting plaatsgevonden (grondige verbouwing, van tijdelijk naar definitief etc.)

10.3. Welke van de volgende met financiële problemen samenhangende factoren spelen een rol?

- de juridische grondslag van de accommodatie (huur of koop, bestaande gebouwen of nieuwbouw, eigendom/gebruiksrechten)
- de grootte en inrichting van de accommodatie (vergelijken met het advies van de subcie accommodatiebeleid)
- de uit detacheringsovereenkomsten voortvloeiende huisvestingskosten en -vergoedingen

- het tijdstip van oplevering van de huisvesting (b.v. vertraging door vergunningsperikelen, vorst e.d.)

Overige structurele oorzaken

- 11.1. In welke mate wijkt de patiëntenpopulatie qua consumptiebehoefte af van landelijke gemiddelden? Mogelijke oorzaken:
- leeftijdsverdeling van de patiëntenpopulatie
 - percentage etnische minderheden
 - sociaal-ekonomische status
 - doorstromingswijk (migratiepercentage)
- 11.2. In hoeverre worden de uit de samenwerking voortvloeiende kosten (tijdsbesteding medewerkers + praktijkkosten) door opbrengsten (uit subsidies) gedekt; te onderscheiden naar de diverse disciplines:
- -
 -
- 11.3. Idem t.a.v. overige non-curatieve activiteiten?
- konsultatie
 - preventie
 - opleiding
 - kontakten bevolking/voorlichting
- 11.4. Ten aanzien van welke aspecten wijkt het financiële personeelsbeleid van het centrum af van de door de ZFR gehanteerde normen. Zo ja, waarom en welke financiële consequenties heeft dit?
- soort medewerkers (hulpverleners, assistenten, overhead)
 - omvang dienstverband
 - inschaling
 - secundaire arbeidsvoorwaarden (o.a. pensioenen)
 - vergoeding voor waarneming, beschikbaarheid e.d.
- 11.5. Is het mogelijk (globaal) aan te geven hoe de (fiktieve) kostenbaten verhouding ligt per medewerker/functiegroep
- huisartsen (inkl. assistenten)
 - fysiotherapeuten (inkl. assistenten)
 - tandartsen (inkl. assistenten)

- apothekers (inkl. assistenten)
- verloskundigen
-

11.6. Welke overige oorzaken liggen ten grondslag aan eventuele tekorten?

- overhead- (anders dan in 4.4.), bestuurs-, adviseringskosten
- vertraagde afwikkeling financiële tegemoetkomingen en subsidies
- interne problematiek (b.v. meningsverschillen t.a.v. behandelings/
samenwerkingsfilosofie, organisatie centrum e.d.)

V. UIT DE FINANCIËLE SITUATIE VAN HET CENTRUM VOORTVLOEIENDE PROBLEMEN

12.1. Als het centrum met resterende tekorten kampt (zie pag. 7), dan wel slechts tot een sluitende exploitatie komt ten koste van de (naar de mening van het centrum) in de doelstellingen van het centrum verwoorde praktijkvoering, t.a.v. welke van de volgende factoren doet het centrum (naar eigen mening) concessies? (zie ook vraag 6) b.v.:

- de huisvesting
- de personeelsomvang
- de personeelssamenstelling
- de tijdsinvestering per patiënt (kontakt)
- de non-curatieve activiteiten
 - . konsultatie
 - . preventie
 - . opleiding
 - . kontakten bevolking/voorlichting
- de samenwerking tussen de teamleden van het centrum
- de samenwerking met externe instellingen

12.2. Idem, welke extra-activiteiten heeft het centrum ontplooid vanuit het streven de financiële situatie van het centrum te verbeteren (zie ook vraag 6)

- nevenfunkties
-

VI. IDEEEN EN WENSEN T.A.V. EEN TOEKOMSTIGE FINANCIERING VAN GEZONDHEIDSCENTRA

13.1. In hoeverre wordt door het centrum de huidige financieringsstructuur inadequaat bevonden (alleen t.b.v. globaal inzicht)

- t.a.v. het financieringssysteem
- t.a.v. de financieringsprocedure(s)
- t.a.v. welke aspecten/funkties/discipline van het gezondheidscentrum

13.2. Welke wensen en ideeën leven er binnen het centrum om (indien gewenst) hier verbetering in te brengen.

13.3. In welke mate en ten aanzien van welke aspecten wordt een realisering van deze wensen haalbaar geacht.

BIJLAGE 4:

OVERZICHT VAN DE PERSONEELS/SAMENWERKINGS-
FORMATIE EN DE PRAKTIJKOMVANG VAN DE
HUISARTSEN VAN DE IN HET ONDERZOEK BE-
TROKKEN GEZONDHEIDSCENTRA OP DE PEILDATA
JANUARI 1978, 1979, 1980 en 1981.

Opmerkingen:- De centra zijn gerangschikt op alfabetische
volgorde.

- De tussen haakjes geplaatste cijfers verwijzen
naar de in full-time equivalenten omgerekende
personeelsaantallen; bij de praktijkomvang
tussen haakjes geplaatste cijfers verwijzen
naar het aantal ziekenfondspatiënten.

1. AFRIKAANDERWIJK	Januari 1978	Januari 1979	Januari 1980	Januari 1981
<u>Medewerkers in dienst</u>				
huisartsen aantal	3(3.0)	3(3.0)	2(2.0)	3(3.0)
prakt.omv.	2500(2375z.f.)	2800(2600z.f.)	3650(3400z.f.)	3985(3860z.f.)
oefentherapeute	1(0.8)	1(0.8)	1(0.8)	1(0.8)
(prakt.)assistentes	2(1.6)	2(1.6)	4(3.0)	2(1.4)
<u>Overige medewerkers</u>				
wijkverpl. (gedet.)	2(1.4)	2(1.4)	2(1.4)	2(1.1)
maatsch.w. (gedet.)	1(0.2)	1(0.2)	2(0.5)	2(0.5)
opbouw.w./koörd. (gedet.)	1(0.6)	1(1.0)	-	-
2. BANNE BUIKSLOOT	Januari 1978	Januari 1979	Januari 1980	Januari 1981
<u>Medewerkers in dienst</u>				
huisartsen aantal	2(1.4)	3(1.7)	3(1.8)	3(1.9)
prakt.omv.	2500(2050z.f.)	4000(3500z.f.)	4100(3600z.f.)	4100(3600z.f.)
prakt. ass.	2(1.0)	2(1.5)	3(1.5)	3(1.5)
adm.medewerkster	-	-	1(0.4)	1(0.4)
huish. medewerkster	-	1	1	-
<u>Overige medewerksters</u>				
wijkverpl. (gedet.)	1(1.0)	1(1.0)	1(1.0)	1(1.0)
maatsch.w. (gedet.)	1(1.0)	1(1.0)	1(0.6)	2(1.0)
3. DIEMEN-ZUID	Januari 1978	Januari 1979	Januari 1980	Januari 1981
<u>Medewerkers in dienst- verband</u>				
huisartsen aantal	-	2(1.5)	2(1.6)	2(1.6)
prakt.omv.	-	1760(1300z.f.)	2670(1850 z.f.)	2850(2000z.f.)
fysioth.	-	2(1.5)	2(1.5)	2(1.6)
psycholoog	-	1(0.7)	1(0.8)	-
prakt. ass.	-	1(1.0)	1(1.0)	2(1.5)
<u>Overige medewerkers</u>				
wijkverpl. (gedet.)	-	1(1.0)	1(1.0)	1(1.0)
maatsch.w. (gedet.)	-	1(0.5)	1(0.5)	1(0.5)
koördinator (dienst Sosel)	-	1(0.5)	1(0.5)	1(0.5)
4. DIRK V. NIMWEGEN	Januari 1978.	Januari 1979	Januari 1980	Januari 1981
<u>Medewerkers in dienst</u>				
huisartsen aantal	2(1.0)	2(1.2)	2(1.2)	2(1.4)
prakt.omv.	1600(1150z.f.)	2050(1450z.f.)	2500(1925z.f.)	2850(2225z.f.)
fysioth.	2(1.7)	3(2.4)	3(2.4)	3(2.4)
prakt. ass.	1(0.8)	1(0.8)	2(1.5)	2(1.5)
* adm. medewerk.	1(0.3)	1(0.3)	1(0.6)	1(0.6)
* koördinator	1(0.5)	1(0.5)	1(1.5)	1(0.1)
* huish.medewerk.	3(0.7)	3(0.7)	3(0.9)	7(1.8)
* receptioniste	1(0.7)	1(0.7)	1(0.7)	2(1.3)
* boekhouder	1(0.5)	1(0.5)	1(0.5)	1(0.5)
* conciërge	1(0.3)	1(0.3)	1(0.3)	1(0.3)

<u>Overige medewerkers</u>				
wijkverpl. (gedet.)	2(0.4)	2(0.4)	2(0.4)	2(0.4)
maatsch.werk	2(0.5)	2(0.5)	2(0.5)	2(1.8)

* Deze medewerkers worden niet tot het sociaal-medisch team gerekend. Hun inzet t.b.v. het SMT komt in financiële zin tot uitdrukking in de doorberekende huur en servicekosten.

5. HASSELER ES	Januari 1978	Januari 1979	Januari 1980	Januari 1981
<u>Medewerkers in dienst</u>				
huisartsen aantal	2(1.0)	2(1.5)	2(1.5)	2(1.5)
prakt.omv.	1200(700z.f.)	1800(1100z.f.)	2800(1800z.f.)	3600(2340z.f.)
prakt. ass.	2(1.1)	2(1.1)	2(1.1)	2(1.1)
huish.med.	1(0.5)	1(0.5)	1(0.5)	1(0.5)
<u>Overige medewerkers</u>				
wijkverpl. (gedet.)	2(2.0)	2(2.0)	2(2.0)	3(2.5)
maatsch. (gedet.)	2(1.0)	2(1.0)	2(1.0)	2(1.0)
apotheker (vrijgev.)	-	1(0.5)	1(1.0)	2(1.0)
apothek.ass. (dienst apoth.)	-	2(1.0)	2(2.0)	2(2.0)
verlosk. (vrijgev.)	-	1(0.1)	1(0.1)	1(0.1)
ziekenv. (gedet.)	-	-	1(0.5)	1(0.4)
fysioth. (vrijgev.)	-	2(1.0)	3(3.0)	3(3.0)

6. HELMERSTRAAT	Januari 1978	Januari 1979	Januari 1980	Januari 1981
<u>Medewerker in dienst</u>				
<u>A.Z.U.A.</u>				
huisartsen aantal	3(3.0)	3(3.0)	3(3.0)	3(3.0)
prakt.omv.	3350(2900z.f.)	3350(2900z.f.)	3300(2850z.f.)	3450(2800z.f.)
maatsch.w.	1(0.8)	1(0.8)	1(0.8)	1(0.8)
prakt.ass.	2(2.0)	2(2.0)	2(2.0)	2(2.0)
<u>Overige medewerkers</u>				
wijkverpl. (gedet.)	1(1.0)	1(1.0)	1(1.0)	1(1.0)
* fysioth. (vrijgev.)	1(1.0)	1(1.0)	1(1.0)	1(1.0)
psycholoog (dienst U.v.A.)	1(0.5)	1(0.5)	1(0.5)	1(0.5)

* Met de fysiotherapeut is de samenwerking niet geformaliseerd.

7. HOLENDRECHT	Januari 1978	Januari 1979	Januari 1980	Januari 1981
<u>Medewerkers in dienst</u>				
huisartsen aantal	6(5.8)	5(4.8)	5(4.8)	5(4.7)
prakt.omv.	7240(6900z.f.)	7400(6900z.f.)	8155(7615z.f.)	8155(7615z.f.)
fysiotherapeuten	4(3.5)	5(4.5)	5(4.9)	5(4.6)
verloskundige	-	1(0.5)	1(0.5)	1(0.5)
praktijkassistenten (alg.werkers)	5(5.0)	5(5.0)	8(6.9)	8(6.9)
adm.medewerkers	1(1.0)	1(1.09)	2(1.5)	2(1.5)
huish.medewerkers	1(1.0)	4(1.5)	6(2.3)	6(2.3)
<u>Overige medewerkers</u>				
wijkverpl. (gedet.)	3(3.0)	3(3.0)	3(2.8)	5(4.0)
maatsch.w. (gedet.)	1(1.0)	1(1.0)	2(2.0)	2(1.6)
apotheker (vrijgev.)	1(1.0)	1(1.0)	1(1.0)	1(1.0)

8. HUIZERMAAT	Januari 1978	Januari 1979	Januari 1980	Januari 1981
<u>Medewerkers in dienst</u>				
huisartsen aantal	3(1.9)	4(2.3)	4(2.4)	4(2.5)
prakt.omv.	3490(2190z.f.)	5000(3400z.f.)	5250(3300z.f.)	5900(3600z.f.)
fysioth.	2(1.3)	3(2.0)	3(2.0)	3(2.1)
apotheker	1(1.0)	1(1.0)	1(1.0)	1(1.0)
prakt.ass.	1(1.0)	2(1.5)	2(1.5)	3(2.0)
adm.med./sekretaresse	1(0.2)	1(0.2)	1(0.5)	1(0.5)
huish.med.	1(0.2)	2(0.5)	3(0.7)	3(0.8)
apoth.ass.	1(1.0)	2(1.5)	3(2.0)	3(2.0)
<u>Overige medewerkers</u>				
wijkverpl. (gedet.)	2(2.0)	2(2.0)	2(2.0)	3(2.0)
maatsch.w. (gedet.)	1(0.2)	1(0.5)	1(0.5)	1(0.5)
verlosk. (vrijgev.)	3(0.3)	3(0.2)	3(1.5)	3(1.5)

9. LINDENHOLT	Januari 1978	Januari 1979	Januari 1980	Januari 1981
<u>Medewerkers in dienst- verband</u>				
huisartsen aantal	2(0.9)	3(1.4)	3(1.5)	3(1.5)
prakt.omv.	770(625z.f.)	1500(1200z.f.)	1900(1425z.f.)	2800(2040z.f.)
fysiotherapeuten	-	1(0.5)	1(0.5)	1(1.0)
prakt.ass. (inkl. administratie)	1(0.7)	2(1.4)	2(1.9)	2(1.5)
<u>Overige medewerkers</u>				
wijkverpl. (gedet.)	2(0.7)	2(1.0)	2(1.5)	2(2.0)
maatsch.w. (gedet.)	1(0.4)	1(0.7)	1(0.5)	2(1.0)

10. LUNETTEN	Januari 1978	Januari 1979	Januari 1980	Januari 1981
<u>Medewerkers in dienst</u>				
huisartsen aantal	-	2(1.0)	2(1.0)	2(1.0)
prakt.omv.	-	500(350z.f.)	1300(870z.f.)	1900(1270z.f.)
fysiotherapeuten	-	1(0.6)	1(0.7)	2(1.3)
tandarts	-	1(0.8)	1(0.8)	1(0.8)
tandartsass.	-	1(0.8)	1(0.8)	1(0.8)
apotheker	-	1(0.5)	1(0.5)	1(0.5)
apothekerass.	-	1(1.0)	2(1.5)	2(1.5)
praktijkass.	-	1(1.0)	1(1.0)	1(1.0)
huish.med.	-	1(0.1)	1(0.1)	2(0.3)
admin.med.	-	-	1(0.5)	1(0.5)
<u>Overige medewerkers</u>				
wijkverpl. (gedet.)	-	1(1.0)	1(1.0)	1(1.0)
maatsch.w. (gedet.)	-	2(0.2)	2(0.2)	2(0.3)
* verlosk. (vrijgev.)	-	3(0.3)	3(0.3)	3(0.3)

* Met de verloskundigen bestaat geen geformaliseerde samenwerkingsrelatie.

11. MAARSSSENBROEK	Januari 1978	Januari 1979	Januari 1980	Januari 1981
<u>Medewerkers in dienst</u>				
* huisartsen aantal	4(3.5)	5(3.7)	5(3.9)	5(3.9)
prakt.omv.	6800(3400z.f.)	8000(4000z.f.)	8500(4250z.f.)	9200(4600z.f.)
fysiotherapeuten	4(4.0)	4(4.0)	5(4.6)	5(4.5)
prakt.ass.	4(3.5)	4(3.5)	4(3.5)	4(3.5)
admin.med.	2(1.0)	1(0.5)	1(0.5)	1(0.4)
verlosk.	-	-	2(1.5)	2(1.5)
koördinator	-	1(0.3)	1(0.5)	1(0.5)
fysioth.ass.	-	-	-	1(0.5)
<u>Overige medewerkers</u>				
wijkverpl. (gedet.)	3(3.0)	3(3.0)	4(4.0)	5(4.0)
maatsch.w. (gedet.)	3(2.0)	3(1.5)	3(2.0)	3(2.0)
verlosk. (vrijgev/gedet.)	3(0.5)	3(0.5)	-	-
logop. (gedet.)	1 uur/week	-	-	-
ziekenv. (gedet.)	1(1.0)	1(1.0)	1(1.0)	1(1.0)

* één parttime huisarts (januari 1979) en twee sinds januari 1980 zijn in dienst van de R.U.U.

12. NELLESTEIN	Januari 1978	Juli 1979	Januari 1980	Januari 1981
<u>Medewerkers in dienst</u>				
huisartsen aantal	-	2(1.2)	2(1.2)	2(1.2)
patiënten	-	-	1000(700z.f.)	1920(1120z.f.)
fysioth.	-	1(1.0)	1(1.0)	2(1.8)
tandarts	-	1(1.0)	1(1.0)	1(1.0)
prakt.ass.	-	1(1.0)	1(1.0)	1(1.0)
tandarts-ass.	-	-	1(1.0)	1(1.0)
<u>Overige medewerkers</u>				
wijkverpl. (gedet.)	-	1(0.5)	1(1.0)	1(1.0)
maatsch.w. (gedet.)	-	1(0.5)	1(0.5)	1(0.4)
koördinator (dienst Sosel)	-	1(0.5)	1(0.5)	1(0.5)

13. NIEUW WALDECK	Januari 1978	Januari 1979	Januari 1980	Januari 1981
<u>Medewerkers in dienst-verband</u>				
huisartsen aantal	-	-	2(1.6)	2(1.6)
prakt.omv.	-	-	520(450z.f.)	1030(850z.f.)
prakt.ass.	-	-	1(1.0)	1(1.0)
huish.med.	-	-	1(0.2)	1(0.2)
<u>Overige medewerkers</u>				
wijkverpl.	-	-	2(1.8)	1(1.0)
maatsch.w.	-	-	1(1.0)	1(1.0)

14. OMMOORD	Januari 1978	Januari 1979	Januari 1980	Januari 1981
<u>Medewerkers in dienst-</u> <u>verband (gemeente)</u>				
huisartsen aantal	7(7.0)	7(7.0)	5(5.0)	5(5.0)
prakt.omv.	17300(8000z.f.)	16000(7400z.f.)	12000(5700z.f.)	11500(5750z.f.)
fysiotherapeuten	4(4.0)	4(4.0)	4(4.0)	4(4.0)
verloskundige	2(2.0)	2(2.0)	2(2.0)	1(1.0)
verpleegkundige	1(0.7)	1(0.7)	-	-
praktijkass.	5(4.0)	5(4.0)	5(3.8)	5(3.8)
adminstr.	1(1.0)	1(1.0)	1(1.0)	1(1.0)
huish.	1(0.3)	1(0.3)	1(0.3)	1(0.1)
koördinator	1(0.6)	1(0.6)	-	-
koörd. ass.	1(0.7)	1(1.0)	1(1.0)	1(1.0)
fys.ass.	1(0.7)	1(0.7)	1(0.7)	1(0.8)
laborante	1(0.7)	1(0.7)	-	-
<u>Overige medewerkers</u>				
wijkverpl. (gedet.)	7(6.0)	7(7.0)	7(7.0)	3(3.0)
maatsch.w. (gedet.)	1(1.0)	1(1.0)	2(2.0)	2(2.0)
ziekenverz. (gedet.)	2(2.0)	2(2.0)	2(2.0)	1(1.0)
15. OSDORP	Januari 1978	Januari 1979	Januari 1980	Januari 1981
<u>Medewerkers in dienst</u>				
huisartsen aantal	2(2.0)	2(2.0)	2(2.0)	2(2.0)
prakt.omv.	3600(2570z.f.)	3700(2650z.f.)	3700(2650z.f.)	3800(2715z.f.)
praktijkassistenten	2(2.0)	2(2.0)	2(2.0)	2(2.0)
<u>Overige medewerkers</u>				
wijkverpl. (gedet.)	1(1.0)	1(1.0)	1(1.0)	1(1.0)
maatsch.w. (gedet.)	1(1.0)	1(1.0)	1(1.0)	1(1.0)
16. RANDWEG	Januari 1978	Januari 1979	Januari 1980	Januari 1981
<u>Medewerkers in dienst</u> <u>(gemeente)</u>				
huisartsen aantal	4(4.0)	4(4.0)	4(4.0)	4(4.0)
prakt.omv.	7700(7200z.f.)	8500(7650z.f.)	7775(7150z.f.)	7775(7150z.f.)
fysiotherapeuten	1(1.0)	1(1.0)	1(1.0)	1(1.0)
prakt. ass.	5(4.0)	5(4.0)	5(4.0)	5(4.0)
koördinator	1(0.5)	1(0.5)	1(0.5)	-
<u>Overige medewerkers</u>				
wijkverpl. (gedet.)	2(2.0)	3(3.0)	4(3.0)	4(3.0)
maatsch.w. (gedet.)	vak.	2 vak.	1(1.0)	1(1.0)
diëtiste	1(0.5)	1(0.5)	1(0.5)	1(0.5)
17. WESTZIJDERVELD	Januari 1978	Januari 1979	Januari 1980	Januari 1981
<u>Medewerkers in dienst</u> <u>(S.S.K.Z.)</u>				
huisartsen aantal	3(2.0)	3(2.1)	3(2.1)	4(3.1)
prakt.omv.	3000(1700z.f.)	4000(2200z.f.)	4900(2700z.f.)	5590(2965z.f.)
fysiotherapie	-	-	-	2(2.0)
praktijkass.	2(1.5)	3(1.6)	3(1.8)	4(2.8)
huish.medew.	1(0.3)	1(0.3)	1(0.3)	1(0.3)
wijkverpl.	1(1.0)	2(2.0)	2(2.0)	2(2.0)
<u>Overige medewerkers</u>				
maatsch.w. (gedet.)	1(1.0)	1(1.0)	1(1.0)	1(1.0)

18. WITHUIS	Januari 1978	Januari 1979	Januari 1980	Januari 1981
<u>Medewerkers in dienst</u>				
huisartsen aantal	4(4.0)	4(4.0)	4(4.0)	4(4.0)
prakt.omv.	10000(7000z.f.)	10000(7000z.f.)	10000(7250z.f.)	10000(7250z.f.)
prakt.ass.	3(3.0)	3(3.0)	4(3.4)	4(3.2)
adm.medewerker	1(0.5)	1(0.4)	1(0.4)	1(0.4)
huish. medewerker	2(0.4)	2(0.4)	2(0.4)	2(0.4)
<u>Overige medewerkers</u>				
wijkverpl. (gedet.)	4(4.0)	4(4.0)	4(4.0)	3(3.0)
maatsch.w. (gedet.)	1(1.0)	1(1.0)	2(1.5)	2(1.5)
ziekenverz. (gedet.)	1(1.0)	1(1.0)	1(1.0)	1(1.0)

BIJLAGE 5.:

HET DOOR HET ACCOUNTANTSBUROU
GEHANTEERDE BATEN EN LASTEN
MODEL.

I. Baten:

1. Ziekenfondsen
2. Partikulieren
3. Overige baten

f
"
"

Totaal

f

=====

II. Lasten:

1. Personeelskosten

- a. Hulpverleners
- b. Overig personeel

f

2. Huisvestingskosten

"

3. Praktijkkosten

"

4. Bureau- en organisatiekosten

"

5. Financieringskosten

"

Totaal

f

=====

III. Exploitatietekort (I minus II)

f

=====

IV. Subsidies:

1. Stimuleringsregeling samenwerkingsverbanden
2. Ziekenfondsraad, voorlopige richtlijnen*
3. Gemeente
4. Overige subsidies
5. Nagekomen subsidies voorgaande jaren

f
"
"
"
"

Totaal

f

=====

V. Niet gedekt exploitatietekort (III minus IV)

f

=====

Toelichting bij de opbouw van de posten:

Baten

Omschrijving

Ziekenfondsen

Gedeklareerde ziekenfondshonoraria.

* één centrum buiten toepassing van de richtlijnen

	<u>Omschrijving</u>
Partikulieren	Honoraria gedeclareerd bij partikulieren alsmede opbrengsten uit keuringen en konsultatiebureau's
Overige baten	Nevenfuncties hulpverleners, nagekomen baten uit voorgaande jaren, huisvestingsvergoeding kruisverenigingen en instellingen voor maatschappelijk werk.
Bruto resultaat apotheek / tandarts	Honorarium/omzet apotheek en tandheelkunde na aftrek van inkopen/techniekkosten.
<u>Lasten</u>	
Personeelskosten hulpverleners	Salarissen, sociale lasten, pensioenlasten, wervingskosten, voerig personeelskosten.
Personeelskosten overig personeel	Salarissen, sociale lasten, pensioenlasten, wervingskosten, overige personeelskosten.
Huisvestingskosten	Huur, afschrijving gebouwen, onderhoud, afschrijving inventaris, gas, elektra, water, schoonmaakkosten.
Praktijkkosten	Scholing, opleiding, dokumentatie, waarneming, gebruiksartikelen, medische inventaris, geneesmiddelen, reiskosten, telefoon.
Bureau en organisatiekosten	Administratie, drukwerk, kantoorbehoeften, accountant, belastingen, verzekeringen, bestuurskosten, samenwerkingskosten (begeleiding).
Financieringskosten	Rente van geldleningen, overige rente baten en -lasten.

Subsidies

In de jaarrekeningen en exploitatieoverzichten verantwoorde (schattingen van) subsidiebedragen, gebaseerd op regelingen en toezeggingen aan centra. Tekorten van gemeentelijke gezondheidscentra zijn eveneens als subsidie aangemerkt. Schattingen zijn in voorkomende gevallen aangepast op basis van documentatie samengesteld door de ziekenfondsraad (tot en met 25 maart 1982 toegekende subsidiebedragen uit hoofde van de "voorlopige richtlijnen inzake financiële tegemoetkoming multidisciplinaire samenwerkingsverbanden).

BIJLAGE 6:

ANALYSE VAN DE EXPLOITATIERESTULATEN
OVER 1979 PER CENTRUM VAN 17 VAN DE
18 IN HET ONDERZOEK BETROKKEN GEZOND-
HEIDSCENTRA

- Opmerkingen:
- De centra zijn van een code-
nummer voorzien volgens een
willekeurige volgorde.
 - De aantallen zijn indexcij-
fers van de werkelijke en
berekende bedragen. Deze be-
dragen zijn geïndexeerd naar
de totale lasten over 1979
per centrum.
 - De eerste twee kolommen zijn
gebaseerd op de werkelijke op-
brengsten en kosten over 1979,
de laatste drie kolommen be-
vatten fiktieve berekeningen
(zie voor een toelichting en
verantwoording par. 4.3.).
 - Zie voor de opbouw van de pos-
ten Bijlage 5.

Centrum 1	lasten 1979	honorarium 1979	honorarium norm 2000	honorarium norm 2210	honorarium norm 2600
a. personeelskosten hulpverleners	65,8	33,1	42,6	47,1	54,7
b. personeelskosten overig		5,7	7,3	7,7	7,9
c. huisvesting	17,0	3,2	4,1	4,4	4,5
d. praktijkkosten	4,8	4,9	6,4	6,9	7,2
e. bureau/organisa- tiekosten	5,8	1,1	1,5	1,6	1,7
f. financierings- kosten	6,6	1,6	2,1	2,2	2,3
Subtotaal	100	49,7	64,0	69,8	78,2
Overige baten		6,5	6,5	6,5	6,5
Totaal		56,2	70,5	76,3	84,7

Centrum 2	lasten 1979	honorarium 1979	honorarium norm 2000	honorarium norm 2210	honorarium norm 2600
a. personeelskosten hulpverleners	45,4	31,0	40,7	42,8	48,7
b. personeelskosten overig	20,6	3,0	3,5	3,7	3,8
c. huisvesting	20,3	4,8	6,7	6,8	7,4
d. praktijkkosten	4,0	3,4	4,3	4,5	4,8
e. bureau/organisa- tiekosten	4,7	1,3	1,8	1,8	2,0
f. financierings- kosten	5,0	1,4	1,8	1,9	2,0
Subtotaal	100	44,9	58,7	61,5	68,7
Overige baten		2,6	2,6	2,6	2,6
Totaal		47,6	61,3	64,1	71,4

Centrum 3	lasten 1979	honorarium 1979	honorarium norm 2000	honorarium norm 2210	honorarium norm 2600
a. personeelskosten hulpverleners	64,0	28,7	39,7	43,8	50,6
b. personeelskosten overig	21,0	4,9	6,8	6,9	7,0
c. huisvesting	9,3	2,8	3,8	3,9	4,0
d. praktijkkosten	1,1	4,4	6,0	6,2	6,5
e. bureau/organisa- tiekosten	4,5	1,0	1,4	1,4	1,5
f. financierings- kosten	-	1,4	1,9	2,0	2,0
Subtotaal	100	43,2	59,7	64,2	71,6
Overige Baten		35,1	35,1	35,1	35,1
Totaal		78,3	94,7	99,3	106,7

Centrum 4	lasten 1979	honorarium 1979	honorarium norm 2000	honorarium norm 2210	honorarium norm 2600
a. personeelskosten hulpverleners	57,4	11,4	57,2	59,8	66,0
b. personeelskosten overig	9,0	0,7	5,9	6,4	7,2
c. huisvesting	15,8	2,3	8,2	8,4	9,2
d. praktijkkosten	7,0	1,2	6,8	7,2	7,9
e. bureau/organisa- tiekosten	5,7	0,7	3,2	3,3	3,6
f. financierings- kosten	5,1	0,4	1,8	1,9	2,3
Subtotaal	100	16,6	83,2	87,1	96,2
Overige Baten		-	-	-	-
Totaal		16,6	83,2	87,1	96,2

Centrum 5	lasten 1979	honorarium 1979	honorarium norm 2000	honorarium norm 2210	honorarium norm 2600
a. personeelskosten hulpverleners	39,4	31,9	39,0	41,5	47,2
b. personeelskosten overig	20,8	3,9	4,1	4,2	4,2
c. huisvesting	28,2	4,2	5,2	5,3	5,6
d. praktijkkosten	7,6	4,0	4,6	4,7	4,9
e. bureau/organisa- tiekosten	3,8	1,3	1,5	1,5	1,7
f. financierings- kosten	0,3	1,4	1,6	1,6	1,7
Subtotaal	100	46,7	56,2	58,8	65,3
Overige baten		1,2	1,2	1,2	1,2
Totaal		47,9	57,4	60,0	66,6

Centrum 6	lasten 1979	honorarium 1979	honorarium norm 2000	honorarium norm 2210	honorarium norm 2600
a. personeelskosten hulpverleners	57,2	52,3	54,8	60,4	69,6
b. personeelskosten overig	18,5	8,9	9,2	9,3	9,4
c. huisvesting	8,4	5,1	5,2	5,2	5,3
d. praktijkkosten	9,6	7,9	8,3	8,5	8,9
e. bureau/organisa- tiekosten	6,1	1,8	1,8	1,9	2,0
f. financierings- kosten	0,3	2,5	2,7	2,6	2,7
Subtotaal	100	78,4	81,9	87,9	98,0
Overige baten		-	-	-	-
Totaal		78,4	81,9	87,9	98,0

Centrum 7	lasten 1979	honorarium 1979	honorarium norm 2000	honorarium norm 2210	honorarium norm 2600
a. personeelskosten hulpverleners	61,9	45,3	62,0	65,7	74,8
b. personeelskosten overig	12,8	4,3	6,2	6,8	7,9
c. huisvesting	6,2	6,4	8,4	8,8	9,9
d. praktijkkosten	5,6	4,4	6,2	6,7	7,8
e. bureau/organisa- tiekosten	10,0	2,0	2,7	2,8	3,2
f. financierings- kosten	3,5	1,9	2,5	2,7	3,1
Subtotaal	100	64,2	87,9	93,6	106,7
Overige baten		4,6	4,6	4,6	4,6
Totaal		68,8	92,5	98,2	111,3

Centrum 8	lasten 1979	honorarium 1979	honorarium norm 2000	honorarium norm 2210	honorarium norm 2600
a. personeelskosten hulpverleners	57,1	45,8	59,6	63,7	72,8
b. personeelskosten overig	24,5	14,0	17,3	18,0	19,0
c. huisvesting	9,2	7,1	8,9	9,2	10,2
d. praktijkkosten	1,4	4,9	6,7	7,3	8,3
e. bureau/organisa- tiekosten	5,1	2,6	3,2	3,4	3,6
f. financierings- kosten	2,7	2,4	3,1	3,3	3,6
Subtotaal	100	76,8	98,8	104,9	117,5
Overige baten		11,7	11,7	11,7	11,7
Totaal		88,5	110,5	116,6	129,2

Centrum 9	lasten 1979	honorarium 1979	honorarium norm 2000	honorarium norm 2210	honorarium norm 2600
a. personeelskosten hulpverleners	48,4	44,1	44,0	46,9	54,0
b. personeelskosten overig	12,3	4,2	4,6	5,1	6,0
c. huisvesting	8,0	7,0	6,8	7,1	8,0
d. praktijkkosten	2,9	4,6	4,7	5,1	5,9
e. bureau/organisa- tiekosten	15,6	2,1	3,5	3,6	3,9
f. financierings- kosten	12,8	2,1	2,1	2,2	2,5
Subtotaal	100	64,0	65,7	70,0	80,3
Overige baten		6,0	6,0	6,0	6,0
Totaal		70,0	71,7	76,0	86,3

Centrum 10	lasten 1979	honorarium 1979	honorarium norm 2000	honorarium norm 2210	honorarium norm 2600
a. personeelskosten hulpverleners	62,8	29,8	47,7	52,0	60,7
b. personeelskosten overig	15,8	4,1	6,9	7,6	8,5
c. huisvesting	3,2	3,7	5,6	6,0	6,7
d. praktijkkosten	1,8	3,8	6,3	6,9	7,8
e. bureau/organisa- tiekosten	9,4	1,1	1,8	1,9	2,2
f. financierings- kosten	7,1	1,4	2,4	2,5	2,8
Subtotaal	100	43,9	70,6	77,0	83,6
Overige baten		12,6	12,6	12,6	12,6
Totaal		56,5	83,2	89,6	101,2

Centrum 11	lasten 1979	honorarium 1979	honorarium norm 2000	honorarium norm 2210	honorarium norm 2600
a. personeelskosten hulpverleners	61,5	35,1	57,2	63,3	74,4
b. personeelskosten overig	9,6	6,0	9,7	10,8	12,0
c. huisvesting	8,3	3,4	5,5	6,1	6,8
d. praktijkkosten	6,3	5,1	8,3	9,2	10,3
e. bureau/organisa- tiekosten	9,4	1,2	2,0	2,2	2,6
f. financierings- kosten	4,9	1,8	2,9	3,2	3,5
Subtotaal	100	52,6	85,7	94,8	109,7
Overige baten		14,4	14,4	14,4	14,4
Totaal		67,0	100,1	109,2	124,0

Centrum 12	lasten 1979	honorarium 1979	honorarium norm 2000	honorarium norm 2210	honorarium norm 2600
a. personeelskosten hulpverleners	38,8	54,4	109,4	118,9	138,0
b. personeelskosten overig	34,5	9,3	17,2	17,2	17,3
c. huisvesting	15,6	5,2	9,7	9,7	9,8
d. praktijkkosten	5,1	8,5	16,0	16,3	17,0
e. bureau/organisa- tiekosten	6,9	1,9	3,6	3,6	3,8
f. financierings- kosten	./..0,9	2,7	4,9	4,8	4,9
Subtotaal	100	81,9	160,7	170,5	190,8
Overige baten		3,9	3,9	3,9	3,9
Totaal		85,8	164,6	174,4	194,7

Centrum 13	lasten 1979	honorarium 1979	honorarium norm 2000	honorarium norm 2210	honorarium norm 2600
a. personeelskosten hulpverleners	53,7	39,7	51,6	55,2	63,2
b. personeelskosten overig	15,8	4,9	5,9	6,5	7,7
c. huisvesting	15,4	5,4	7,3	7,7	8,6
d. praktijkkosten	3,7	4,6	5,8	6,3	7,3
e. bureau/organisa- tiekosten	10,0	1,6	2,1	2,2	2,6
f. financierings- kosten	1,3	1,9	2,4	2,6	3,0
Subtotaal	100	58,0	75,2	80,6	92,4
Overige baten		2,2	2,2	2,2	2,2
Totaal		60,2	77,3	82,8	94,6

Centrum 14	lasten 1979	honorarium 1979	honorarium norm 2000	honorarium norm 2210	honorarium norm 2600
a. personeelskosten hulpverleners	41,4	29,1	46,9	48,9	53,6
b. personeelskosten overig	22,2	8,4	14,1	14,4	15,1
c. huisvesting	17,7	8,0	12,2	12,4	12,9
d. praktijkkosten	5,0	3,2	5,6	5,9	6,4
e. bureau/organisa- tiekosten	4,3	2,0	3,1	3,2	3,3
f. financierings- kosten	9,5	3,7	5,9	6,0	6,2
Subtotaal	100	54,4	87,7	90,8	97,6
Overige baten		2,7	2,7	2,7	2,7
Totaal		57,1	90,5	93,6	100,3

Centrum 15	lasten 1979	honorarium 1979	honorarium norm 2000	honorarium norm 2210	honorarium norm 2600
a. personeelskosten hulpverleners	67,1	46,4	43,9	48,6	56,4
b. personeelskosten overig	9,5	7,9	7,5	8,0	8,2
c. huisvesting	4,1	4,5	4,3	4,5	4,7
d. praktijkkosten	6,4	7,0	6,6	7,1	7,5
e. bureau/organisa- tiekosten	5,2	1,6	1,6	1,6	1,7
f. financierings- kosten	7,6	2,3	2,1	2,3	2,4
Subtotaal	100	69,7	66,0	72,1	80,9
Overige baten		1,3	1,3	1,3	1,3
Totaal		71,0	67,3	73,4	82,2

Centrum 16	lasten 1979	honorarium 1979	honorarium norm 2000	honorarium norm 2210	honorarium norm 2600
a. personeelskosten hulpverleners	62,3	43,1	51,0	56,3	66,3
b. personeelskosten overig	19,4	7,4	8,8	9,6	11,3
c. huisvesting	5,9	4,2	4,9	5,5	6,4
d. praktijkkosten	5,4	6,1	7,2	7,9	9,3
e. bureau/organisa- tiekosten	4,1	1,5	1,8	2,0	2,4
f. financierings- kosten	2,8	2,2	2,6	2,9	3,4
Subtotaal	100	64,5	76,3	84,3	99,1
Overige baten		5,4	5,4	5,4	5,4
Totaal		69,9	81,6	89,7	104,5

Centrum 17	lasten 1979	honorarium 1979	honorarium norm 2000	honorarium norm 2210	honorarium norm 2600
a. personeelskosten hulpverleners	42,5	40,2	44,4	48,3	55,5
b. personeelskosten overig	22,0	6,4	6,5	6,5	65,7
c. huisvesting	19,5	4,3	4,8	4,8	5,0
d. praktijkkosten	3,5	5,9	6,2	6,3	6,6
e. bureau/organisa- tiekosten	10,7	1,5	1,6	1,6	1,7
f. financierings- kosten	1,9	1,9	2,0	2,0	2,1
Subtotaal	100	60,2	65,4	69,6	77,5
Overige baten		2,3	2,3	2,3	2,3
Totaal		62,5	67,8	71,9	79,8

BIJLAGE 7: Analyse van de exploitatieresultaten 1979 (x f 100,-)
(samenvattend overzicht door het accountantsbureau samengesteld)

centrum	opbrengsttekort door het niet realiseren van de voor samenwerkingsverbanden geldende normen		opbrengsttekort door het niet bereiken van de landelijke norm (= 2.600 patiënten)		structurele verschillen		exploitatie tekort 1979
	norm 2.000 pat.	norm 2.210 pat. totaal			opbrengstverschillen	kosten verschillen onder aftrek overige baten ten opzichte van de landelijke norm	
1	190,9	52,2	231,1	131,6	671,6	-	1.046,3
2	94,0	19,3	113,3	49,4	196,0	-	358,7
3	283,5	16,6	300,1	38,7	16,3	-	355,1
4	77,5	31,6	109,1	45,6	83,0	-	237,7
5	115,2	27,4	142,6	63,9	-	55,0	151,5
6	95,6	26,4	122,0	43,0	-	38,8	126,2
7	12,6	21,4	34,0	36,0	7,3	-	77,3
sub totaal Amsterdamse centra	869,3	194,9	1.064,2	408,2	974,2	93,8	2.352,8
in %			45,2%				100%
8	409,3	129,9	539,2	283,4	128,2	-	950,8
9	164,9	66,2	231,1	161,7	213,0	-	605,8
10	61,9	48,0	109,9	92,5	236,3	-	438,7
11	39,2	64,4	25,2	92,8	187,0	-	305,0
12	198,0	18,4	216,4	40,3	-	2,0	254,7
13,1)	-	175,9	175,9	-	-	-	175,9
14	107,4	25,7	133,1	46,6	-	4,8	174,9
15	56,5	38,6	95,1	71,4	-	21,7	144,8
16	196,9	54,9	251,8	112,4	-	261,0	103,2
17	101,0	27,6	128,6	45,2	-	73,2	100,6
18	248,6	30,9	279,5	63,9	-	298,6	44,8
sub totaal overige centra	1.505,3	680,5	2.185,8	1.010,2	764,5	661,3	3.299,2
in %			66,3%				100%
totaal	2.374,6	875,4	3.250,0	1.418,4	1.738,7	755,1	5.652,0
in %			57,5%				100%

1) De praktijkuitoefening van dit centrum is eind 1979 gestart. Een nadere analyse van het exploitatieresultaat is niet zonder meer mogelijk aangezien zowel de lasten als de opbrengsten slechts betrekking hebben op een deel van het jaar.

