



Advies VINEX-regeling

Evaluatie van de subsidieregeling voor geïntegreerde
gezondheidscentra in grootschalige nieuwbouwlocaties

In opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

30 maart 2018





1	Inleiding	4
	1.1 Opdracht	4
	1.2 Onderzoeksvragen	4
	1.3 Aanpak	4

2	Achtergrond van de subsidieregeling	6
	2.1 Historie	6
	2.2 Huidige regeling	7
	2.3 Feiten en cijfers	8
2.4 Evaluatie regeling oktober 2017	9	

3	Beschouwing	11
	3.1 Ontwikkeling 1: gereguleerde marktwerking	11
	3.2 Ontwikkeling 2: naar kostenbeheersing door sterke eerste lijn	12
	3.3 Ontwikkeling 3: nieuwe bekostiging	13
3.4 Ontwikkeling 4: aanbod en vraag worden integraal	14	

4	Analyse	17
	4.1 De subsidieregeling in de context	17
	4.2 Marktfalen en staatssteun	18
	4.3 Huidige bekostiging, rol zorgverzekeraars	19
	4.4 Conclusie	20
4.5 Alternatieve oplossingen	20	

5	Advies	23
---	---------------	----





1

Inleiding

- 1.1 Opdracht
- 1.2 Onderzoeksvragen
- 1.3 Aanpak



1 Inleiding



1.1 Opdracht

Op 15 juni 2017 heeft de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) de subsidieregeling voor eerstelijns gezondheidscentra in grootschalige nieuwbouwlocaties (voorheen 'VINEX-regeling') met een jaar verlengd. In een brief van diezelfde datum heeft zij aan de Tweede Kamer meegedeeld dat de regeling zal worden geëvalueerd en dat aan de hand van deze evaluatie zal worden besloten of en hoe de subsidieregeling moet worden voortgezet. De directie Curatieve Zorg van het ministerie heeft adviesbureau Zorgmarkten gevraagd deze evaluatie uit te voeren, en daarbij de rapportage van een eerdere externe evaluatie van 2 oktober 2017 (hierna: het evaluatierapport) te betrekken.

1.2 Onderzoeksvragen

Conform de opdracht van het ministerie beantwoorden wij in dit document een hoofdvraag en enkele deelvragen. De hoofdvraag luidt:

- Dient de subsidieregeling 'eerstelijns centra in grootschalige nieuwbouwlocaties' te worden gecontinueerd of kan deze worden beëindigd?

De deelvragen luiden:

- Is een subsidieregeling nog nodig?
- Is deze subsidieregeling effectief? Wat zijn eventuele neveneffecten?
- Zijn er alternatieve oplossingen om het doel te bereiken? Wat zijn de voor- en nadelen dáárvan?

1.3 Aanpak

In deze rapportage beantwoorden wij de onderzoeksvragen op basis van deskresearch. Er heeft geen consultatie plaatsgevonden. Wij beschrijven hierna eerst de geschiedenis van de subsidieregeling en de belangrijkste kenmerken ervan (Hoofdstuk 2, *Achtergrond*). Wij beperken ons daarbij tot de feiten die voor het vervolg van deze rapportage van belang zijn.

In de *Beschouwing* (Hoofdstuk 3) schetsen wij aan de hand van vier thema's de (ontwikkeling van de) zorgmarkt waarin de subsidieregeling haar werking heeft. Dit zijn de thema's:

- Gereguleerde marktwerking (paragraaf 3.1)
- Kostenbeheersing door sterke eerste lijn (paragraaf 3.2)
- Nieuwe bekostiging (paragraaf 3.3)
- Aanbod en vraag worden integraal (paragraaf 3.4)

In de *Analyse* (Hoofdstuk 4) bezien wij de subsidieregeling en de onderzoeksvragen vanuit het perspectief van de beschouwing in het voorafgaande hoofdstuk. Is er – gegeven de ontwikkeling van de zorgmarkt – sprake van marktfalen? Zo ja, is de subsidieregeling daar de beste oplossing voor? En welke alternatieven zijn er om de beoogde doelen te behalen?

In *Advies* (Hoofdstuk 5) beantwoorden wij de deelvragen en de hoofdvraag.

Hierbij merken wij op dat dit advies zich richt op het al dan niet voortzetten van de subsidieregeling. Het advies houdt geen beoordeling van de lopende subsidietrajecten in.





2

Achtergrond van de subsidieregeling

- 2.1 Historie
- 2.2 Huidige regeling
- 2.3 Feiten en cijfers
- 2.4 Evaluatie regeling oktober 2017



2 Achtergrond van de subsidieregeling



De subsidieregeling richt zich op geïntegreerde eerstelijnscentra (gezondheidscentra), waar meerdere eerstelijns zorgaanbieders vanuit verschillende disciplines samenhangende zorg leveren. Dit zijn in ieder geval een of meer huisartsen, en daarnaast bijvoorbeeld fysiotherapeuten, diëtisten, logopedisten of een apotheek. In bestaande woonwijken ontstaan gezondheidscentra doordat zorgaanbieders 'uit zichzelf' besluiten om te gaan samenwerken, bijvoorbeeld om bedrijfseconomische redenen (zoals het beter benutten van praktijkruimte of delen van overheadkosten), of om betere zorg te kunnen bieden. In nieuw te bouwen woonwijken zijn er omstandigheden die het opstarten van samenwerking kunnen belemmeren. Doordat de nieuwbouw bijna altijd stapsgewijs wordt opgeleverd kan het soms enkele jaren duren voordat er voldoende patiënten zijn om een gezondheidscentrum rendabel te maken. Zorgverzekeraars en banken zijn – is het uitgangspunt van de regeling – in die periode niet altijd bereid dit risico te dragen.

2.1 Historie

Een laagdrempelig zorgaanbod dicht bij de burger is een doelmatig middel om het gebruik van tweedelijns zorg te beperken. De aanname is dat dat gebruik van tweedelijns zorg de zorg duurder maakt. Al sinds het midden van de zeventiger jaren stimuleert de overheid de vorming van gezondheidscentra door subsidieverlening. De subsidieregelingen golden oorspronkelijk voor alle gezondheidscentra, dus ook die buiten nieuwbouwwijken, en dekten de meerkosten ten opzichte van de normatieve kosten. Met de invoering van marktwerking in 2006 zou deze algemene vorm van subsidieverlening in eerste instantie worden beëindigd. Minister Hoogervorst van VWS schrijft hierover aan de Tweede Kamer: “De huidige regeling is rigide en biedt onvoldoende mogelijkheden voor financiële ondersteuning van meer hybride vormen van samenwerking. De middelen die met de huidige regeling zijn gemoeid,

blijven wel beschikbaar voor multidisciplinaire samenwerkingsverbanden. Omdat het niet mogelijk is dit te regelen vanaf 2006, blijft de subsidie gehandhaafd in 2006. Het CTG-ZAio krijgt vervolgens de opdracht om dit per 1 januari 2007 in de bekostigingssystematiek van eerstelijnszorgaanbieders te verwerken. Met deze middelen en met de mogelijkheden tot het maken van afspraken over de lokale component, krijgen zorgverzekeraars meer mogelijkheden om gezondheidscentra te ondersteunen.”

Medio 2007 besloot de minister – mede op aandringen van de Landelijke Vereniging Georganiseerde eerste lijn (LVG) en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) – de beëindiging van subsidieverlening voor VINEX-locaties terug te draaien. Het stimuleren van samenwerkingsverbanden op die locaties was – aldus de minister – weliswaar een taak van de zorgverzekeraars, maar zou in 2007 en 2008 toch nog door de overheid gestimuleerd worden, omdat samenwerking in de praktijk moeizaam van de grond kwam.

Voor de uitvoering van dit besluit werd gebruik gemaakt van een toen nog in de Zorgverzekeringswet opgenomen mogelijkheid om het College voor Zorgverzekeringen tijdelijk subsidies te laten verstrekken “voor zorg of andere diensten, ten aanzien waarvan het voornemen bestaat deze te doen opnemen in de te verzekeren prestaties” (art. 68 Zvw, vervallen door de Veegwet VWS 2013). De inhoud van de regeling werd opgenomen in de Regeling zorgverzekering onder de titel “Subsidiëring samenwerkingsverbanden VINEX-locaties 2007-2008”.

De toelichting vermeldt: “Met de LVG en ZN is afgesproken dat de komende twee jaar zal moeten worden bezien op welke manier samenwerkingsverbanden in VINEX-locaties bekostigd kunnen worden, zodat er voldoende prikkels zijn voor verzekeraars en aanbieders om een dergelijk samenwerkingsverband op te zetten. Ik benadruk hierbij de voorkeur te geven aan bekostiging van centra in VINEX-locaties onder de Wet





marktordening gezondheidszorg (Wmg) per 2009. Vandaar dat deze subsidieparagraaf dus tijdelijk van aard is.”

Omdat er signalen waren dat het tijdelijke karakter van deze regeling de gezondheidscentra onvoldoende zekerheid gaf, nam de Tweede Kamer begin 2008 de motie Van Gerven aan, waarmee het kabinet werd gevraagd publieke regeling voor VINEX-locaties voort te zetten totdat een bevredigende reguliere financiering zou zijn geregeld. Dit was door minister Klink overigens ontraden: *“Wij hebben de partijen gevraagd om goed na te denken en om goed te onderbouwen waarom de subsidie gehandhaafd moet worden. Wellicht kan een gedeelte onder de Wmg komen te vallen. Mijn voorkeur gaat ernaar uit om 100% bij de Wmg onder te brengen. Ik zal samen met de partijen, inclusief de NZa, hier goed naar kijken, met de kanttekening dat er wel een toereikende regeling moet komen en blijven voor de VINEX-locaties.”*

De verlenging werd vervolgens aangekondigd als onderdeel van een pakket van maatregelen om te komen tot ‘dynamische eerstelijnszorg’: met het oog op *“goede toegang en bereikbaarheid eerste lijn in Vinex-wijken”* zal er in 2009 een adequate aanloopregeling voor gezondheidscentra in Vinex-wijken komen. De inhoud daarvan maakt de minister in een brief van mei 2009 bekend: ook in 2009 en 2010 zal er subsidie kunnen worden verstrekt voor samenwerkingsverbanden in grootschalige nieuwbouwlocaties. De regeling zal niet langer door CVZ worden uitgevoerd, maar onderdeel worden van de VWS-begroting.

De nieuwe minister (Schippers) meldt in 2011 dat er ook na 2010 een subsidieregeling zal blijven voor eerstelijnscentra in grootschalige nieuwbouwlocaties, en maakt daarbij een nieuw beleidskader bekend. Dat zal gelden tot en met 2013. Andermaal wordt daarbij een heroverweging aangekondigd: *“In deze periode wordt bezien of en zo ja hoe de onderhavige financiering vanaf 2014 kan plaatsvinden. Gezondheidscentra*

tra dienen er derhalve rekening mee te houden dat met ingang van 2014 geen subsidies meer worden verstrekt.”

Als de minister de kamer in mei 2014 informeert over een nieuwe tariefstructuur voor huisartsenzorg, meldt zij dat de regeling ook in 2015 en volgende jaren nog zal gelden. *“Bij de doorontwikkeling van het nieuwe model zal nader bekeken moeten worden welke rol verzekeraars kunnen oppakken en of dit onderdeel kan gaan uitmaken van de reguliere bekostiging.”*

In juni 2017 kondigde de minister aan dat de regeling in afwachting van de resultaten van een externe evaluatie ook in 2018 nog zou gelden.

Duidelijk is, dat steeds is bedoeld om de subsidieregelingen een tijdelijk karakter te geven; de ‘definitieve oplossing’ zal moeten komen van zorgverzekeraars, via de zorgtarieven.

2.2 Huidige regeling

De nu geldende subsidieregeling is gebaseerd op de Kaderwet VWS-subsidies. Op grond van die wet kan de minister subsidies verstrekken voor onder meer activiteiten op het terrein van de gezondheidszorg. De voorwaarden waaronder dat kan zijn ingevuld in de Kaderregeling subsidies OCW, SZW en VWS. De kaderregeling bepaalt dat subsidievoorwaarden in een beleidsregel kunnen worden vastgelegd. Voor eerstelijnscentra in nieuwbouwlocaties gelden op dit moment de beleidsregels voor het subsidiëren van eerstelijnscentra in grootschalige nieuwbouwlocaties 2018.





De subsidie heeft sinds 2011 de vorm van een instellingssubsidie, dat wil volgens de Kaderregeling zeggen 'een subsidie voor dezelfde of in hoofdzaak dezelfde voortdurende, structurele activiteiten van een instelling'. In 2009 in 2010 was de subsidie nog een projectsubsidie; een 'subsidie voor activiteiten aan een instelling of een natuurlijk persoon die anders dan als instellingssubsidie wordt verstrekt'. Het subsidiebedrag is minimaal € 125.000 en maximaal € 300.000 per gezondheidscentrum per jaar. De subsidie eindigt op het moment waarop er 8.000 patiënten zijn, en maximaal vijf jaar na de start van het zorgaanbod. Blijft het aantal patiënten achter door vertraging in de bouw, dan kan de subsidie met maximaal twee jaar worden verlengd, bij een gelijkblijvende bovengrens van (5 x € 300.000 =) € 1,5 miljoen.

De belangrijkste voorwaarden om in aanmerking te komen voor een subsidie zijn volgens deze beleidsregels:

- het centrum moet zich vestigen in een voorheen onbebouwd gebied, waar nieuwbouw wordt gepleegd voor een vooraf beoogd aantal van 8.000 of meer bewoners;
- het zorgaanbod moet bestaan uit minimaal 3 disciplines, waaronder in ieder geval huisartsenzorg;
- het zorgaanbod is geïntegreerd: zorginterventies worden tussen de disciplines gecoördineerd en afgestemd. Als de zorgverleners niet bij dezelfde exploitant in dienst zijn, is er een gezamenlijke visie en een samenwerkingsovereenkomst;
- er zijn schriftelijke afspraken met de preferente zorgverzekeraar over geïntegreerde eerstelijnszorg.

De exploitant zal worden belast met een dienst van algemeen economisch belang (daeb). Dat betekent volgens de beleidsregels dat de exploitant de taak heeft om tijdens de realisatie van de nieuwbouwlocatie geïntegreerde eerstelijnszorg te verlenen en verder te ontwikkelen.

2.3 Feiten en cijfers

Het aantal gezondheidscentra in Nederland is moeilijk te achterhalen: verschillende bronnen hanterende verschillende definities en noemen dus verschillende aantallen. Volgens InEen zijn er zo'n 60 gezondheidscentra en 25 koepels van gezondheidscentra lid van InEen. Een koepel is een hoofdvestiging met meerdere gezondheidscentra op lokaal niveau. Onder de 25 koepels vallen zo'n 150 centra. Gezondheidscentra met professionals in loondienst zijn op een enkele uitzondering na allemaal lid van InEen. Dit betekent dat er in ieder geval meer dan 210 gezondheidscentra zijn in Nederland. Het Nivel (zie [paragraaf 3.1](#)) noemt een aantal van 150. De Rabobank schat het aantal in 2014 echter al op 500 (Cijfers en Trends, Thema-update Gezondheidszorg). Vanaf 2009 zijn er 9 gezondheidscentra die zijn ingestroomd in de subsidieregeling. De onderstaande figuur laat zien welke aantallen instellingen er in een bepaald jaar nog in de regeling zaten en welke subsidiebedragen daarmee gemoeid waren. In deze cijfers is te zien dat het gebruik van de regeling in de afgelopen jaren is teruggelopen.

	Begroot (x € 1.000)	Werkelijk (x € 1.000)	Aantal centra	Waarvan toetreders
2009	3.000	2.799	13	
2010	3.000	2.782	14	2
2011	3.000	1.974	10	-
2012	3.000	1.370	7	-
2013	2.000	1.312	6	1
2014	2.000	1.319	8	2
2015	2.000	1.314*	4	-
2016	2.000	1.532*	5	2
2017	2.000	*	7	2
2018 ... 2023	2.000	*	3	-

Bron: rijksbegroting.nl en ministerie VWS, * nog niet (definitief) bekend.





Het evaluatierapport constateert van vijf van deze gezondheidscentra dat er daadwerkelijk een geïntegreerd zorgaanbod tot stand is gekomen. Van de overige instellingen hebben wij dit niet gecontroleerd. De genoemde aantallen geven daarmee niet per definitie aan dat in alle gevallen het doel van de regeling is bereikt.

2.4 Evaluatie regeling oktober 2017

De subsidieregeling is in 2017 al door een externe partij geëvalueerd. Het evaluatierapport bevat de conclusie dat de regeling voor nieuwe aanvragen beëindigd kan worden. De evaluatie is gebaseerd op informatie van vijf centra die van de subsidieregeling gebruik maken of maakten. Met drie van deze centra was de subsidiërelatie in 2017 al geëindigd. De andere twee ontvingen in 2017 nog wel subsidie. Met inbegrip van deze twee waren er in 2017 acht gesubsidieerde centra.

De subsidieregeling is effectief geweest, volgens het evaluatierapport. De geraadpleegde centra zouden volgens eigen zeggen zonder de regeling niet van de grond zijn gekomen of niet draaiend gehouden kunnen worden. Op de nieuwbouwlocaties is het doel van de regeling - een ontstaan van een multidisciplinair zorgaanbod - volgens het evaluatierapport bereikt.

Volgens het evaluatierapport zou de subsidieregeling met ingang van 2019 kunnen worden beëindigd: grootschalige nieuwbouw wordt slechts in beperkte mate verwacht, en dan vooral in stedelijke gebieden waar geen marktfalen hoeft te worden verondersteld. In die gebieden kan bestaande (zorg)infrastructuur in omliggende wijken makkelijk worden uitgebreid.

De subsidieregeling vult aanvaardbare kosten aan, maar volgens het evaluatierapport hebben sommige deelnemers ook behoefte aan financiering/bevoorschotting van aanloopkosten en investeringen. Wij komen daarop hierna terug.

Wij merken op dat het evaluatierapport (naast de vraag of de regeling zou moeten worden voortgezet) vooral ingaat op de werking en de uitvoerbaarheid van de regeling zelf, vanuit het perspectief van de betrokken gezondheidscentra. De aanbevelingen van het evaluatierapport (buiten het advies om de regeling per 2019 te beëindigen) gaan dan ook vooral over een betere toepassing van de regeling.





3

Beschouwing

- 3.1 Ontwikkeling 1: gereguleerde marktwerking
- 3.2 Ontwikkeling 2: naar kostenbeheersing door sterke eerste lijn
- 3.3 Ontwikkeling 3: nieuwe bekostiging
- 3.4 Ontwikkeling 4: aanbod en vraag worden integraal

3 Beschouwing



In dit hoofdstuk beschouwen we de context waarin de regeling werkzaam is, en hoe die context zich in de loop van de tijd ontwikkeld heeft. Wij kijken daarbij vooral naar de periode waarin de subsidieregeling beperkt was tot 'VINEX-locaties'. Dat is de periode van 2009 tot heden. Deze beschouwing doen wij aan de hand van een viertal ontwikkelingen:

- [Gereguleerde marktwerking \(paragraaf 3.1\)](#)
- [Kostenbeheersing door sterke eerste lijn \(paragraaf 3.2\)](#)
- [Nieuwe bekostiging \(paragraaf 3.3\)](#)
- [Aanbod en vraag worden integraal \(paragraaf 3.4\)](#)

Deze beschouwing vormt de basis voor de analyse in [Hoofdstuk 4](#).

3.1 Ontwikkeling 1: gereguleerde marktwerking

De eerstelijnscentra leveren voornamelijk curatieve zorg. Voor (ook) dit deel van de zorg is sinds de inwerkingtreding van de Zorgverzekeringswet in 2006 gereguleerde marktwerking het uitgangspunt. De verzekerde burgers hebben recht op het door de overheid vastgestelde zorgpakket. Private zorgverzekeraars kopen die zorg in bij zorgaanbieders. De overheidsbemoediging is stapsgewijs afgebouwd. Voor eerstelijnszorg betekent dit bijvoorbeeld meer vrije prijsvorming en meer mogelijkheden voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars om zelf prestaties af te spreken. Voor tweedelijns- en langdurige zorg zijn budgetten met omzetgarantie stapsgewijs afgebouwd en worden kapitaallasten zoals investeringen in gebouwen niet meer gegarandeerd vergoed. Zorgaanbieders lopen hierdoor meer bedrijfseconomisch risico.

Zorgverzekeraars moeten de zorginkoop zo organiseren dat zij kunnen voldoen aan hun zorgplicht. Dit betekent dat de verzekerde zijn aanspraak op de zorg die in het verzekerde pakket valt ook daadwerkelijk waar moet kunnen maken. Dat geldt voor de inhoud en de omvang van de zorg, maar ook voor kwaliteit, tijdigheid en bereikbaarheid. Hoewel de aanspraak van de verzekerde nog grotendeels 'monodisciplinair' is beschreven – de aanspraak op multidisciplinaire zorg geldt met name bij chronische ziektes, zoals COPD en astma, diabetes en hartfalen – is wel een ontwikkeling naar een meer multidisciplinaire benadering zichtbaar. De NZa schrijft bijvoorbeeld in Marktscan eerstelijnszorg 2016: *“De NZa vindt het een belangrijke ontwikkeling dat sommige zorgverzekeraars stappen zetten van inkoop per sector naar inkoop per regio, over verschillende sectoren heen. (...) Ook in het zorgveld onderzoekt men hoe substitutie goed van de grond kan komen. De FMS en LHV hebben bijvoorbeeld onlangs in een handreiking beschreven welke punten huisartsen en specialisten kunnen betrekken bij hun afspraken om tot samenwerking en substitutie te komen. Regie vanuit de zorgverzekeraar is daarbij onontbeerlijk. Zorgverzekeraars kunnen in de inkoop actiever inzetten op concrete substitutieafspraken, onder andere door regionaal in te kopen en niet per sector. De NZa vindt dat multidisciplinaire samenwerking de norm zou moeten worden. Daarmee lijkt de houdbaarheidsdatum van het door de overheid sturen op een budgettair kader per sector wellicht ook in zicht te komen.”*

Het inkoopbeleid van zorgverzekeraars voor 2018 geeft een wisselend beeld ten aanzien van de inkoop van multidisciplinaire zorg. Dit komt waarschijnlijk doordat het beleid al moest worden bekendgemaakt terwijl de nieuwe tariefstructuur (zie [paragraaf 3.3](#)) nog niet was 'doorgerekend'. VGZ en Zilveren Kruis melden bijvoorbeeld voor 2018 dat de resultaten van deze doorrekening zullen worden afgewacht. VGZ geeft daarbij aan dat voor 2018 geen nieuwe gezondheidscentra zullen worden gecontracteerd. CZ meldt in het inkoopbeleid 2018 te streven naar *“een wijkgerichte,*





integrale samenwerking met een centrale rol voor de huisartsenzorg en de wijkverpleging”, en kondigt aan dat een nieuw financieringsmodel voor ondersteuning en infrastructuur zal worden ontwikkeld, om samenwerkingsverbanden en netwerkstructuren van zorgaanbieders in de eerste lijn te ondersteunen. Wij hebben signalen dat zorgverzekeraars hun zorginkoop 2019 meer op de nieuwe tariefstructuur zullen afstemmen, zodat (regio-georiënteerde) inkoop van multidisciplinaire zorg meer aandacht zal krijgen.

In het rapport ‘Het perspectief van zorggroepen en gezondheidscentra op onderhandelingen en contracten met zorgverzekeraars’ (Nivel, 2017) wordt wel geconstateerd dat er een toenemende tevredenheid is onder gezondheidscentra over het contracteringsproces. Als mogelijke verklaring hiervoor worden de landelijke overgangsafspraken voor de GEZ-financiering genoemd. Het Nivel constateert dat *“bij de GEZ-module de helft van de respondenten aangeeft dat de bekostigingsafspraken op een begroting of offerte van de eigen organisaties is gebaseerd”*. Het Nivel constateert ook dat de helft van de gezondheidscentra (meer dan het jaar ervoor) afspraken heeft gemaakt over innovatie en constateert dat het erop lijkt dat de interactie tussen gezondheidscentra aan de ene kant en zorgverzekeraars aan de andere kant productiever is geworden. Er is volgens het rapport nog wel ruimte voor verbetering. Zo geeft bijvoorbeeld het merendeel van de gezondheidscentra aan dat zij geen ruimte hebben ervaren om te onderhandelen over een meerjarig contract (71%). Een verklaring hiervoor is volgens het Nivel dat gezondheidscentra in een overgangsjaar zitten, maar dat ze per 2018 of 2019 alsnog een meerjarig contract krijgen aangeboden door hun zorgverzekeraar.

Verder valt op dat het rapport meldt dat 69% van de gezondheidscentra aangeven voldoende financiële ruimte hebben om te kunnen innoveren. Ook wordt gerapporteerd dat van alle gezondheidscentra ruim 60% aangeeft dat in de contractering géén afspraken zijn gemaakt over

groei, behoud of afbouw van financiële reserves. Ook geeft maar 16% van de gezondheidscentra aan dat zij financiële verantwoording hebben afgelegd volgens een door de zorgverzekeraar opgelegd format. Ter vergelijking: voor de zorggroepen ligt dit percentage op 56%.

3.2 Ontwikkeling 2: naar kostenbeheersing door sterke eerste lijn

Er is behoefte aan ‘een dynamische eerstelijnszorg’, schrijft minister Klink in 2008 in zijn visie op de eerstelijnszorg. De burger heeft behoefte aan toegankelijke zorg dicht bij huis met een integrale, op preventie gerichte aanpak, achter één voordeur. Behandelingen die voorheen in de tweede lijn werden uitgevoerd, zouden daar ook bij kunnen horen. De overheid zal daarom onder meer moeten inzetten op ‘betere samenhang in de zorg’ en voor ‘meer innovatie, ondernemerschap en betere zorginkoop’. Om dat eerste doel te bereiken kondigt de minister aan dat gemeenten een aantoonbare rol in het gezondheidszorgbeleid moeten gaan spelen, door met verzekeraars en zorgaanbieders gemeenschappelijke doelen te formuleren, en af te stemmen hoe de zorg integraal georganiseerd kan worden. Voor het tweede doel komt “goede toegang en bereikbaarheid eerstelijns in Vinex-wijken” op de agenda, waarvoor een “adequate aanloopregeling” zal worden voorgesteld. Met deze nieuwe visie komt in 2008 ook de subsidieregeling weer in beeld.

Zijn opvolger minister Schippers zag in de geïntegreerde eerstelijnszorg ook een middel om de stijging van zorgkosten te beteugelen. Al in het eerste hoofdlijnsakkoord dat zij in 2011 met zorgverzekeraars en ziekenhuizen sloot is vastgelegd dat partijen substitutie van de tweede

¹ 22-6-2012: convenant huisartsenzorg 2012/2013
16-7-2013: onderhandelaarsresultaat eerste lijn 2014 tot en met 2017
1-6-2017: bestuurlijk akkoord huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg 2018





lijn naar de eerste lijn nastreven. In daarna volgende akkoorden met de eerste lijn¹ zijn 'multidisciplinaire zorg dicht bij huis' en 'versterking van de eerste lijn' belangrijk thema's. Huisartsen zijn de 'poortwachters' voor de tweede lijn, en de regisseurs die binnen de eerste lijn de veranderingen moeten vormgeven. Ze nemen steeds meer (zowel psychische als somatische) zorgtaken voor hun rekening.

Door de versterking van de eerste lijn en de overheveling van zorgtaken (wijkverpleging en basis-ggz) stijgen de uitgaven voor eerstelijnszorg sterk: van 8,8 miljard in 2012 tot 12,7 miljard in 2017. (bron: Marktscan Eerstelijnszorg NZa). Daarmee neemt dus ook het belang voor de zorgverzekeraars toe en kan ook een grotere rol aan hen worden toegedicht.

In de akkoorden voor 2018 is een bedrag van € 75 miljoen per jaar gereserveerd voor overheveling van de tweede lijn naar de eerste lijn om zo substitutie mogelijk te maken.

Zie hiervoor ook www.zorgopdejuisteplek.nl.

Als het gaat om versterking van de eerste lijn verdienen ook de regionale ondersteuningsstructuren (ROS'en) vermelding. Sinds 2005 ondersteunen de (in een landelijk netwerk samenwerkende) ROS'en samenwerking en kennisontwikkeling in de eerste lijn. De bekostiging vindt plaats via een tarief per inwoner van een regio, dat zorgverleners in de eerste lijn in rekening brengen bij de zorgverzekeraar. De bekostiging vindt plaats via een tarief per inwoner van een regio, dat via Zorgverzekeraars Nederland aan de regionale netwerken wordt uitgekeerd.

3.3 Ontwikkeling 3: nieuwe bekostiging

Of een subsidieregeling noodzakelijk is, hangt zoals in hoofdstuk 2 aan de orde kwam samen met de vraag of het tarief voor de zorg die in gezondheidscentra wordt geleverd rekening houdt met (of ruimte biedt voor) de aanloopkosten. Meer specifiek gaat het dan om tarieven voor zorg die onder de basisverzekering valt: het zorgen voor beschikbaarheid van niet-verzekerde zorg is geen verantwoordelijkheid van de overheid. En nog meer specifiek: de tarieven voor huisartsenzorg. Huisartsenzorg vormt zowel volgens de definitie van 'gezondheidscentrum' in de subsidieregeling, als in de praktijk, de kern van het zorgaanbod in een gezondheidscentrum.

De prestaties en tarieven voor huisartsenzorg worden vastgesteld door de NZa. Ze kunnen betrekking hebben op monodisciplinaire huisartsenzorg en op multidisciplinaire zorg, dus zorg die door meerdere zorgverleners wordt geleverd maar die wel tot de huisartsenzorg wordt gerekend.

Voor de monodisciplinaire huisartsenzorg geldt een tariefstructuur met verschillende componenten, waarvan de basis – het inschrijftarief en het consulttarief – sinds 2006 grotendeels gelijk is gebleven. Het inschrijftarief ziet vooral op het beschikbaar houden van het zorgaanbod; het wordt per kwartaal voor elke bij een praktijk ingeschreven patiënt in rekening gebracht bij de zorgverzekeraar en is gedifferentieerd naar leeftijd en postcode. Voor daadwerkelijke zorglevering geldt daar bovenop per patiëntencontact een consulttarief. Het inschrijftarief en het consulttarief zijn beide maximumtarieven. De maxima zijn door de NZa berekend voor de (monodisciplinaire) praktijk van ruim 2.000 patiënten. In aanvulling op deze 'basistarieven' kan de huisarts tarieven in rekening brengen voor bijvoorbeeld bijzondere verrichtingen en multidisciplinaire zorg. De indeling van die tarieven is in de loop van de jaren enkele keren gewijzigd.





Voor multidisciplinaire zorg gold van 2007 tot en met 2014 de zogenoemde GEZ-module, beschreven in de NZa-beleidsregel Geïntegreerde eerstelijnszorg en innovatie, later vervangen door beleidsregel Samenwerking ten behoeve van geïntegreerde eerstelijnszorgproducten. Een samenwerkingsverband (zoals een gezondheidscentrum), al dan niet met rechtspersoonlijkheid, kon deze prestatie in rekening brengen voor structurele multidisciplinaire samenwerking in de eerste lijn met het doel “een betere prijs/kwaliteitverhouding in de zorglevering rondom de patiënt(en) te realiseren”. Dit vereiste wel een voorafgaande overeenkomst tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar. Dit GEZ-tarief is te zien als een aanvulling op de ‘gewone’ tarieven voor eerstelijnszorg, voor bijvoorbeeld de personele kosten van coördinatie tussen de samenwerkende zorgverleners. In het evaluatierapport wordt opgemerkt dat de subsidieregeling in bepaalde gevallen afspraken over GEZ-tarieven in de weg heeft gestaan; zorgverzekeraars stelden dat ‘de coördinatie’ al via de subsidie werd betaald.

Vanaf 2010 zijn er ook beleidsregels voor ‘Prestatiebekostiging multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen’. Deze beleidsregels gelden voor multidisciplinaire zorgverlening bij diabetes, hart- en vaatziekte en COPD en astma. Deze zorg wordt ook wel ketenzorg genoemd, en wordt geleverd door zogenoemde zorggroepen, samenwerkingsverbanden van zorgaanbieders in de eerste lijn.

Met ingang van 2015 geldt voor de bekostiging van huisartsenzorg het ‘segmentenmodel’ waarin zowel de monodisciplinaire als de multidisciplinaire zorg zijn opgenomen. De beleidsregel Huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg onderscheidt een eerste segment met daarin onder andere het al genoemde inschrijf- en consulttarief (nog steeds maximumtarieven), een tweede segment met tarieven voor ketenzorg en voor de organisatie en infrastructuur, zowel van die ketenzorg als van (zie hieronder) andere multidisciplinaire zorg, en een derde segment met aan (een af te spreken) resultaat gekoppelde tarieven.

Zo’n resultaat kan bijvoorbeeld een bepaald niveau van bereikbaarheid zijn, of een bepaalde uitkomst van multidisciplinaire zorgprogramma’s.

De O&I-prestaties van het tweede segment hebben als doel om (multidisciplinaire) samenwerking tussen zorgverleners te stimuleren “waarbij de patiënt de voordelen ervaart van het continue verbeteren van de kwaliteit en/of kosten van zorg”. Ze kunnen worden afgesproken voor wijkmanagement (optimalisatie van samenwerking in de eerste lijn gericht op een bepaalde wijk), voor ketenzorg (de organisatie van de bekende ketens COPD, astma, diabetes en cardiovasculair management) of voor regiomanagement (optimalisatie van samenwerking in een regio van 100.000 of meer ingeschreven verzekerden). Er is ook nog een restcategorie voor ‘uitlopende GEZ-afspraken’ uit het verleden.

Al de prestaties van segment 2 worden afgesproken (en in rekening gebracht) *per bij de praktijk ingeschreven verzekerde*. Het is aannemelijk dat verzekeraars in de tariefafspraken aansturen op tarieven die in de buurt liggen van een landelijk gemiddelde. Om die reden zullen waarschijnlijk pas bij het bereiken van een landelijk gemiddelde praktijkomvang de tarieven in dit segment voor het gezondheidscentrum kostendekkend worden.

3.4 Ontwikkeling 4: aanbod en vraag worden integraal

Zowel het aanbod van als de vraag naar eerstelijnszorg ontwikkeling zich in de richting van ‘integraal en multidisciplinair’.

De NZa signaleert in de al genoemde marktscan dat aan de aanbodkant het aantal solopraktijken afneemt, en dat zorg steeds meer in samenwerkingsverbanden wordt geleverd. Dat heeft onder meer te maken met de toename van het aantal parttimers, de toename van het aantal ondersteunende functies en de toegenomen aandacht voor bedrijfsma-





tig werken. De verwachting van de zorgverleners is volgens de NZa dat deze trend zich zal voortzetten.

Volgens de marktscan zijn mede door de GEZ-opslagen in de afgelopen jaren veel samenwerkingsverbanden ontstaan. Nagenoeg alle huisartsen zijn aangesloten bij zorggroepen en andere samenwerkingsverbanden. Door de inzet van ROS-gelden zijn professionalisering en slagkracht in de eerste lijn sterk toegenomen.

Aan de vraagkant staan zorgconsumenten die steeds hogere verwachtingen hebben van zorgverleners. Met de hogere levensverwachting neemt het aantal chronische aandoeningen – en daarmee de behoefte aan een multidisciplinaire aanpak – toe. De zorgconsument kan zich via internet steeds makkelijker oriënteren en maakt – ook onder invloed van het eigen risico – steeds bewustere keuzes.

Tenslotte wordt ook de zorg zelf steeds meer vanuit een integraal perspectief bekeken. De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg sprak al in 2010 van de noodzaak om de aanpak te verleggen van zorg en ziekte naar gezondheid en gedrag, en adviseerde in het verlengde daarvan in 2017 om aan te sturen op meerjarige afspraken tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders waarbij de patiënt centraal staat. Als concreet voorbeeld daarvan worden de afspraken van zorgverzekeraar Menzis met de huisartsen in de 25 gezondheidscentra van Arts en Zorg genoemd. Daarin staat de patiënt centraal en niet de behandeling. De huisartsen bepalen zelf hoe zij een bedrag per patiënt inzetten.

De landelijke nota gezondheidsbeleid die de overheid volgens de Wet publieke gezondheid (Wpg) elke vier jaar opstelt ondersteunt deze trend. Met het oog op het doel preventie een prominente plaats te geven in de gezondheidszorg zal multidisciplinaire zorgverlening verder moeten worden ontwikkeld. Van zorgverzekeraars, zorgverleners en

gemeenten wordt verwacht dat zij afspraken maken over preventieve activiteiten op wijk-/buurniveau. Gemeenten zijn verplicht een eigen gezondheidsbeleid vast te stellen, en daarbij de prioriteiten van het landelijk beleid in acht te nemen. Door de invoering van de invoering van de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo) lijkt de ontwikkeling van gezondheidscentra een impuls te krijgen: met name in kleinere gemeenten is het Wmo-loket in een gezondheidscentrum gevestigd.





4

Analyse

- 4.1 De subsidieregeling in de context
- 4.2 Marktfalen en staatssteun
- 4.3 Huidige bekostiging, rol zorgverzekeraars
- 4.4 Conclusie
- 4.5 Alternatieve oplossingen

4 Analyse



In dit hoofdstuk bezien wij de subsidieregeling en de onderzoeksvragen vanuit de in hoofdstuk 3 geschetste context. In paragraaf 4.1 kijken wij naar de omgeving waarin de regeling werkt. In [paragraaf 4.2](#) is de blik van buiten naar binnen, en gaan wij na of de oorspronkelijke uitgangspunten van de regeling (nog) wel gelden. In [paragraaf 4.3](#) worden de nieuwe bekostiging en de rol van de zorgverzekeraar beschreven. Na de tussenconclusie in [paragraaf 4.4](#) worden in [4.5](#) nog enkele alternatieven geschetst. De hoofdvraag – moet de subsidieregeling al dan niet worden voortgezet – wordt in [hoofdstuk 5](#) beantwoord.

4.1 De subsidieregeling in de context

In het voorgaande is duidelijk geworden dat ‘de eerste lijn’ in de periode waarin ook de subsidieregeling van kracht was onmiskenbaar aan kracht en aan belang heeft gewonnen. Datzelfde geldt voor het multidisciplinaire karakter van de zorg die in de eerste lijn wordt geleverd. De zorguitgaven in de eerste lijn nemen toe, ook door overhevelingen en substitutie. Deze ontwikkeling zal zich naar verwachting voortzetten.

Ontwikkelingen als vergrijzing en oplopende zorgkosten maken een sterke eerste lijn met een multidisciplinair aanpak steeds noodzakelijker. Als ergens – zoals in een nieuwbouwwijk – nieuwe vraag ontstaat naar eerstelijns zorg, dan mag daarom worden verwacht dat een multidisciplinair aanbod minstens dezelfde en mogelijk zelfs een betere ‘marktkans’ heeft als een monodisciplinair aanbod. Het laat zich aanzien dat de kansen voor het multidisciplinaire aanbod daarbij in de toekomst steeds gunstiger zullen worden. Naarmate het aantal samenwerkingsverbanden op de ‘bestaande’ locaties toeneemt wordt de kans dat het samenwerkingsverband een nieuwbouwlocatie ‘erbij neemt’ groter.

Dit laatste is afgaande op het evaluatierapport ook aannemelijk voor die gebieden waar tot en met 2021 nog grootschalige nieuwbouw wordt

verwacht: “Het betreft hier veelal herontwikkeling van voormalige bedrijfsterrainen en “inbreien” in stedelijk gebied zoals Amsterdam en Utrecht. Veelal is er dan in de nabije omgeving een aanbod dat zich ook richt op die nieuwe wijken en is er grotere belangstelling voor zorgverleners zich daar te vestigen. Hier lijkt in de regel “markt-falen” niet aan de orde en zou de subsidieregeling in deze gebieden niet van toepassing zijn”. Deze situatie zal in ieder geval tot 2025 zo blijven, volgens het evaluatierapport.

Het belang van een sterke eerste lijn wordt ook in de verschillende hoofdlijnenakkoorden beschreven. In de akkoorden voor de eerste lijn is ook de ‘multidisciplinaire zorg dicht bij huis’ als belangrijk thema benoemd.

Het evaluatierapport beschrijft ook dat naar verwachting pas in de periode 2025 – 2030 of later een aantal gebieden in beeld komen waar naar verwachting voldaan gaat worden aan een minimum aantal van 8000 inwoners. “Voor de langere termijn zijn op basis van provinciale- en stedelijke plannen nog 5 gebieden in beeld gekomen die ontwikkeld zullen worden waar naar verwachting voldaan gaat worden aan een minimum aantal van 8.000 inwoners. Het gaat dan eerder om de periode 2025-2030 of later.”

Wij constateren daarom dat huidige omgeving waarin de subsidieregeling geldt geen aanleiding meer geeft om de regeling te verlengen.





4.2 Marktfalen en staatssteun

“Het opstarten van gezondheidscentra in grootschalige nieuwbouwlocaties gaat gepaard met specifieke aanloopproblemen. Zo zijn zorgverzekeraars terughoudend met het doen van investeringen, omdat het onduidelijk is of er voldoende verzekerden in de wijk komen wonen. Door uitgestelde oplevering van huizen loopt de instroom van bewoners en dus ingeschreven patiënten dikwijls vertraging op. Daarnaast verstrekken banken vaak onvoldoende krediet, of tegen hoge rentelasten, om de aanloopfase van het centrum gefinancierd te krijgen. Er zijn dus diverse problemen voor het realiseren van geïntegreerde eerstelijnszorg op grootschalige nieuwbouwlocaties. Door deze specifieke marktproblemen kunnen gezondheidscentra daar niet van de grond komen. Vanwege dit marktfalen en gelet op het publieke belang wordt (...) het ontwikkelen en aanbieden van geïntegreerde eerstelijnszorg tijdens de realisatie van grootschalige nieuwbouwlocaties in voorheen onbebouwd gebied aangewezen als dienst van algemeen economisch belang (DAEB) (...).”

De subsidieregeling is volgens het beleidskader 2018 bedoeld als een middel om een ‘marktfalen’ te herstellen. Het gevolg van het marktfalen is volgens het beleidskader dat er op grootschalige nieuwbouwlocaties geen gezondheidscentra tot stand komen. Als oorzaken van het falen wijst de regeling aan: terughoudendheid van zorgverzekeraars, onvoldoende of te dure mogelijkheden om de aanloopfase te financieren en het vaak voorkomen van vertragingen in bouw en daarmee in de toestroom van patiënten.

Zonder nut en noodzaak van het doel van de regeling – de beschikbaarheid van een multidisciplinair zorgaanbod – te betwisten: voor de beantwoording van de onderzoeksvragen is het van belang om na te gaan of er inderdaad sprake is van marktfalen, en of dat inderdaad komt door de beschreven oorzaken. Het evaluatierapport wijst in de

richting van een bevestigend antwoord: de ‘onderzochte’ centra geven aan dat zij er zonder de regeling niet zouden zijn geweest, of voortijdig hadden moeten stoppen (p. 15, nr. 10). Wij denken dat deze conclusie genuanceerd moet worden.

Als er sprake is van marktfalen, dan kan dit niet uitsluitend aan de zorgmarkt worden toegerekend, maar lijkt het eerder te gaan om een falen van de kapitaalmarkt.

Kijken wij naar de markt voor zorg waarop de basisverzekering recht geeft, dan vallen binnen de geïntegreerde eerstelijnszorg waar de subsidieregeling zich op richt alleen zorg bij diabetes, COPD en astma, en hart- en vaatziekten. Alleen bij die aandoeningen heeft de verzekerde een formele aanspraak op multidisciplinaire zorg. Voor andere zorg die onder de basisverzekering valt en die doorgaans in de geïntegreerde centra wordt aangeboden gelden in principe monodisciplinaire aanspraken. We kunnen dus stellen dat – zolang de zorgverzekeraar ervoor zorgt dat zijn verzekerde de genoemde multidisciplinaire zorg en de monodisciplinaire zorg tijdig kan krijgen – er geen sprake is van een falende zorgmarkt. Omdat in het huidige zorgstelsel een zorgverzekeraar hier ook in kan voorzien via samenwerkende (maar niet in één gebouw gevestigde) individuele aanbieders, kan uit het feit dat gezondheidscentra niet of niet zonder aanloopproblemen van de grond komen niet bij voorbaat worden geconcludeerd dat de zorgmarkt faalt.

De oorzaken die die in de gecursiveerde tekst voor het falen worden aangewezen, wijzen evenmin in de richting van het falen van de zorgmarkt. De ‘terughoudendheid van zorgverzekeraars’ om een in de opstartfase (onevenredig) hoge overheadkosten te dragen of aanloopkosten te financieren houdt mogelijk verband met het feit dat deze kosten niet volledig worden gecompenseerd in de risicoverevening, en (als geen efficiencywinst wordt bereikt) voor eigen rekening van de verzekeraar zouden blijven. De constatering dat nieuwe gezondheidscentra





onvoldoende financieringsmogelijkheden hebben, heeft te maken met de kapitaalmarkt en de rol van banken, en niet met de zorgmarkt. Het voorgaande rechtvaardigt naar onze mening de conclusie dat niet uitsluitend een falen van de zorgmarkt als belangrijkste oorzaak van eventuele opstartproblemen mag worden aangewezen. Dat betekent dat voortzetting van de regeling op basis van de huidige motivering niet voor de hand ligt.

De stelling dat de zorgmarkt op enkele uitzonderingen na vooral monodisciplinaire zorg (al dan niet geleverd in een multidisciplinaire setting) betreft, raakt de vraag of de subsidieregeling geen ongeoorloofde staatssteun inhoudt. Als wij aannemen dat de gezondheidscentra ook 'monodisciplinaire' zorgvragen vervullen (omdat dat in veel gevallen de aanspraak van de verzekerde is) is er een gerede kans dat huisartsen of bijvoorbeeld fysiotherapeuten die zich in een gesubsidieerd gezondheidscentrum vestigen voordelen genieten die hun zelfstandig gevestigde collega's die diezelfde zorg leveren niet hebben.

4.3 Huidige bekostiging, rol zorgverzekeraars

In hoofdstuk 3 kwam al aan de orde dat de tariefstructuur voor huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg tijdens de looptijd van de regeling een aantal keren gewijzigd is. In deze paragraaf bezien wij de noodzaak van een subsidieregeling in het licht van de huidige tariefstructuur. Bieden de huidige tarieven ruimte voor de opstartfase van een gezondheidscentrum? En wat is de rol van de zorgverzekeraar daarbij? De vragen zijn overigens niet nieuw: vóórdat de motie Van Gerven in 2008 afschaffing van de nog steeds geldende subsidieregeling voorkwam, diende het kamerlid al een motie in met de stelling dat de 'GEZ-tarieven' géén ruimte gaven voor financiering van aanloopkosten. De motie werd verworpen.

Zoals besproken gelden voor de multidisciplinaire zorg op dit moment vrije tarieven. In theorie zou er dus geen beletsel zijn om ze (al dan niet via een staffel) met de zorgverzekeraar overeen te komen op een bedrag waarmee een gezondheidscentrum ook in de aanloopfase kostendekkend kan werken. In de praktijk zijn daartegen echter twee praktische bezwaren, die wij ook terugzien in het evaluatierapport en andere onderzoeken: de tarieven gelden per ingeschreven patiënt, en verzekeraars streven naar marktconforme tarieven.

In de huidige bekostigingssystematiek is het tarief dat een zorgverlener in rekening brengt in bijna alle gevallen gekoppeld aan de levering van zorg aan een individuele patiënt. Dat is alleen anders bij de beschikbaarheidsbijdrage, die nog aan de orde komt in paragraaf 4.5. In de aanloopfase heeft het gezondheidscentrum weinig patiënten wat, als alle overheadkosten worden doorberekend, tot een per patiënt onevenredig hoog tarief zou leiden. Een verzekeraar zal dit hoge tarief in het algemeen alleen willen vergoeden als hier ook voordelen tegenover staan, zoals op termijn lagere zorgkosten, profilering op de verzekeringsmarkt, of het kunnen (blijven) voldoen aan de zorgplicht. Het evaluatierapport meldt dat *“een GEZ-module of prestatie O&I (...) gelet op de systematiek van een tarief per ingeschreven patiënt zeker de eerste jaren een te gering bedrag [zal] opleveren en zal daarmee nooit de bedoelde activiteiten en kosten daarvan kunnen dekken. Daarnaast staat het uitgangspunt van voldoende schaal (...) op gespannen voet met een nieuw centrum dat er vele jaren over doet om deze omvang te realiseren.”* Bankier ING onderschrijft dit in een rapport met de ondertitel 'Naar een geïntegreerde eerstelijnszorg in 2025' (2015) en wijst er daarnaast erop dat de toekomstige efficiencywinst moeilijk meetbaar is. Het zou – aldus ING – verklaren waarom de ontwikkeling van grotere samenwerkingsverbanden vooral plaatsvindt in gebieden waar één verzekeraar een relatief groot marktaandeel heeft, zoals Friesland en de regio Eindhoven.





Het Nivel trekt soortgelijke conclusies in haar rapport 'Het perspectief van zorggroepen en gezondheidscentra op onderhandelingen en contracten met zorgverzekeraars' (Nivel, 2017). In dit rapport wordt geconstateerd dat het bestaande gezondheidscentra en zorgverzekeraars steeds beter lukt passende afspraken te maken. Ook wordt in dit rapport een perspectief geschetst dat 2017 een overgangsjaar is en dat gezondheidscentra in 2018 en 2019 een meerjarencontract zal worden aangeboden. Deze toenemende tevredenheid kan erop wijzen dat partijen elkaar steeds beter vinden en zorgverzekeraars bereid zijn te betalen voor een geïntegreerd (multidisciplinair) eerstelijns zorgaanbod.

Ook op financieel vlak lijken de gezondheidscentra het goed te doen. Zo geeft 69% aan voldoende financiële ruimte te hebben om te innoveren. Dit duidt op financieel gezonde organisaties. Wel zouden zorgverzekeraars nog meer aandacht kunnen hebben voor de financiële situatie van de gezondheidscentra. Zo geeft 60% van de centra aan dat in de contractering géén afspraken zijn gemaakt over groei, behoud of afbouw van financiële reserves.

Wij concluderen dat de huidige tariefstructuur ruimte biedt voor de financiering van de opstartfase van gezondheidscentra. Gezondheidscentra en zorgverzekeraars lijken elkaar steeds beter te vinden bij het contracteren. De huidige bekostiging lijkt dus een positieve invloed te hebben op de beschikbaarheid van een multidisciplinair zorgaanbod. Deze tendens zal versterkt worden door de afspraken over substitutie en 'multidisciplinaire zorg dicht bij huis'.

Het benutten van de ruimte in de tarieven kan wel op praktische bezwaren stuiten. Die rechtvaardigen echter op zichzelf geen subsidieregeling. Zoals het evaluatierapport meldt, gebruiken zorgverzekeraars deze ook als argument om géén hogere tarieven af te spreken.

4.4 Conclusie

Wij hebben in het voorgaande geconstateerd dat de subsidieregeling om een aantal redenen niet verder zou moeten worden verlengd:

- De eerste lijn heeft aan kracht en belang gewonnen en gezondheidscentra nemen daarbij een belangrijke positie in;
- Als er in de komende jaren al nieuwbouw van enige omvang plaatsvindt, dan is dat in stedelijk gebied waar bestaande gezondheidscentra al zodanig zijn ingebed dat zij zich ook in de nieuwbouw zullen willen vestigen;
- De subsidieregeling is bedoeld geweest om een falen van de zorgmarkt te herstellen; als gezondheidscentra opstartproblemen ondervinden komt dit echter meer door problemen op de kapitaalmarkt;
- Beroepsbeoefenaars die zich in een gesubsidieerd gezondheidscentrum vestigen lijken voordelen te genieten die hun zelfstandig gevestigde collega's niet hebben, mogelijk is er sprake van ongeoorloofde staatssteun;
- De huidige tariefstructuur biedt ruimte voor de financiering van de opstartfase. Hierbij spelen wel praktische bezwaren, maar die zijn onvoldoende zwaar om een subsidieregeling te legitimeren;
- Zorgverzekeraars en gezondheidscentra blijken elkaar beter te vinden in de contractering; de situatie voor nieuwe gezondheidscentra is dus gunstiger dan voorheen.

Deze tussenconclusie is de basis voor het advies in hoofdstuk 5.





4.5 Alternatieve oplossingen

Zoals aangekondigd in paragraaf 1.2 gaan wij ook in op alternatieven voor de subsidieregeling.

Het belangrijkste alternatief ligt in passende tariefafspraken tussen de gezondheidscentra en zorgverzekeraars. Wij zien een drietal manieren om de totstandkoming daarvan te bevorderen.

- **Benut de rol van de gemeente**

Wij beschreven hiervoor hoe gemeenten volgens de Wpg periodiek een gemeentelijk gezondheidsbeleid moeten publiceren, waarbij zij de prioriteiten van het landelijke gezondheidsbeleid in acht nemen. Hoewel dit beleid meer de publieke gezondheid betreft en de gezondheidscentra zich vooral op het terrein van curatieve zorg bewegen, zien wij in het landelijke beleid wel ‘verwachtingen’ over de verdere ontwikkeling van multidisciplinaire zorgverlening en over samenwerking van zorgverzekeraars, zorgverleners en gemeenten op wijk-/buurniveau terug. Een verdere aanscherping of concretisering van deze verwachtingen in een volgende landelijke beleidsbrief zou kunnen bijdragen aan initiatieven op gemeenteniveau. Dat levert geen concrete oplossing voor de hoge aanloopkosten, maar zet mogelijk wel alle betrokkenen aan om ‘er samen uit te komen’. Een voorbeeld hiervan is te zien in Lelystad, waar de gemeente multifunctionele accommodaties faciliteert waar sociale en medische functies zich kunnen vestigen. Als dit soort initiatieven ontstaan wordt de vestiging van monodisciplinair zorgaanbod ontmoedigd. Gemeenten zouden in de Ruimtelijke Ordening kunnen aansturen op (betaalbare) huisvesting voor gezondheidscentra. Er zijn gemeenten die hier al het goede voorbeeld geven.

- **Onderzoek samenwerking tussen zorgverzekeraars**

In het voorgaande kwam aan de orde dat samenwerkingsverbanden makkelijker van de grond lijken te komen in gebieden waar één zorgverzekeraar een groot marktaandeel heeft. In gebieden waar dit niet zo is, kan een vergelijkbare situatie mogelijk door overleg of representatie worden gecreëerd. Mogelijk kan Zorgverzekeraars Nederland hier een rol in spelen. Dit zou wel op mededingingsrechtelijke bezwaren kunnen stuiten.

- **Bevorder ondernemerschap en samenwerking**

Wij zien dat er in een aantal gemeenten en regio's succesvolle initiatieven zijn zonder subsidie. Deze zouden als voorbeeld kunnen dienen voor toekomstige nieuwbouwlocaties. Mogelijk kunnen ROS'en of andere (nieuwe) regionale structuren hierbij als adviseur en aanjager worden ingezet. Als er modellen voor succesvolle businesscases zijn komen nieuwe initiatieven waarschijnlijk makkelijker van de grond. Dit zou verder kunnen worden verkend.

Mochten er in de toekomst – desondanks – redenen zijn om gezondheidscentra in nieuwbouwlocaties financieel te ondersteunen, dan zal een beschikbaarheidsbijdrage op grond van de Wmg daarvoor een geschikter middel zijn dan een subsidieregeling. Deze is speciaal bedoeld voor het bekostigen van vormen van zorg *“waarvan de kosten niet of niet geheel zijn toe te rekenen naar, of door middel van tarieven in de zin van deze wet in rekening te brengen zijn aan, individuele ziektekostenverzekeraars of verzekerden, of waarvan de bekostiging bij een zodanige toerekening dan wel een zodanige tarifiering marktverstoring zou werken, en die niet op andere wijze worden bekostigd”*. Het inzetten van de beschikbaarheidsbijdrage kan niet zonder wijziging van de AMvB ‘Besluit beschikbaarheidsbijdrage WMG’ en vereist nader onderzoek door de NZa. Nu geen of weinig nieuwbouw wordt verwacht lijkt het een te zwaar middel.





5 Advies



5 Advies



Op grond van de bovenstaande overwegingen komen wij tot de volgende beantwoording van de deelvragen van paragraaf 1.2.

- **Is een subsidieregeling nog nodig?**
- **Is deze subsidieregeling effectief? Wat zijn eventuele neveneffecten?**
- **Zijn er alternatieve oplossingen om het doel te bereiken? Wat zijn de voor- en nadelen dáárvan?**

Er is geen reden om te twijfelen aan de conclusie in het eerdere evaluatierapport dat de subsidieregeling effectief is geweest. Wij menen echter dat de regeling voor de toekomst niet meer nodig is. De voor de hand liggende reden hiervoor is dat voor de komende jaren geen grootschalige nieuwbouw wordt voorzien buiten het stedelijk gebied. In de stedelijke gebieden, waar mogelijk wel nieuwbouw van enige omvang zal plaatsvinden, kunnen al gevestigde zorgaanbieders het aanbod stapsgewijs – zonder subsidie – naar de nieuwbouw uitbreiden.

De huidige – recent aangepaste – tariefstructuur hoeft geen belemmering te zijn voor het maken van passende afspraken tussen gezondheidscentra en zorgverzekeraars. Wij hebben enkele manieren geschetst waarop dit gestimuleerd kan worden. Via de landelijke nota gezondheidsbeleid kunnen gemeenten en zorgverzekeraars aangespoord worden zich hiervoor in te spannen.

Wij constateerden dat het marktfalen dat de regeling beoogt op te lossen niet uitsluitend op het terrein van de zorg ligt, maar ook de kapitaalmarkt en ondernemerschap betreft. Daardoor bestaat het risico dat de regeling op die terreinen de gezondheidscentra bevoordeelt ten opzichte van monodisciplinaire zorgaanbieders, en marktverstoring werkt.

Verschillende in [hoofdstuk 3](#) beschreven factoren maken dat een sterke eerste lijn met een multidisciplinair aanbod steeds meer de norm wordt. Het is aannemelijk dat die ontwikkeling zich tegen de tijd dat weer grootschalige nieuwbouw wordt verwacht – in 2025 of later – zo ver heeft doorgezet dat geen aanvullende maatregelen meer nodig zijn. Deze ontwikkeling kan worden gestimuleerd met de in [paragraaf 4.5](#) beschreven maatregelen: het aanspreken van gemeenten via het landelijke gezondheidsbeleid, het (laten) samenwerken door zorgverzekeraars en het stimuleren van ondernemerschap bij de zorgaanbieders.

De antwoorden op de deelvragen leiden tot ons advies de subsidieregeling na 2018 niet meer in stand te houden voor nieuwe aanbieders.



Meer weten?

Zorgmarkten

Zorgmarkten is een bureau voor consultancy en interim-management op het gebied van organisatie, regulering en financiering van de zorg. Zorgmarkten heeft ruime ervaring met de uitvoering van complexe onderzoeken en het maken van adviezen op financieel-economisch of op organisatorisch vlak. Ook weet Zorgmarkten op efficiënte wijze en met passie en een gezonde dosis ambitie complexe projecten en programma's tot het gewenste resultaat te brengen. Dit advies is opgesteld door Cornelis Jan Diepeveen en Fred Landwaart.

Website: www.zorgmarkten.nl

E-mail: info@zorgmarkten.nl

