



Dit rapport is een uitgave van het NIVEL.
De gegevens mogen worden gebruikt met
bronvermelding.

**Zorgaanbod, organisatie en strategie van gezondheidscentra in
Nederland**
Verschillen, trends en bekostiging

R.S. Batenburg
R.R.J. Kalf

U vindt dit rapport en andere publicaties van het NIVEL in PDF-format op: www.nivel.nl

ISBN 97-9461-2204-00

<http://www.nivel.nl>

nivel@nivel.nl

Telefoon 030 2 729 700

Fax 030 2 729 729

©2010 NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt worden door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het NIVEL te Utrecht. Het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning in artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

Inhoud

Voorwoord	5
1 Inleiding	7
2 Gezondheidscentra in Nederland: een beknopt historisch overzicht	11
2.1 Ontwikkeling in aantal gezondheidscentra in Nederland	11
2.2 Beleidsmatige ontwikkelingen	12
3 Onderzoeksmethoden en gegevensverzamelingen	19
3.1 Inleiding	19
3.2 Opzet deelonderzoek 1: website- en jaarverslaggegevens van de (LVG-) gezondheidscentra	19
3.3 Opzet deelonderzoek 2: diepte-interviews met enkele gezondheidscentrabestuurders	21
4 Resultaten deelonderzoek 1: website- en jaarverslaganalyse van de LVG-gezondheidscentra	25
4.1 Inleiding	25
4.2 Verschillen tussen de centra in hun presentatie van het zorgaanbod	26
4.3 Verschillen tussen de centra in presentatie van de organisatie	29
4.4 Verschillen tussen de centra in presentatie van strategische kenmerken	31
4.5 Samenvatting	33
5 Resultaten deelonderzoek 2: diepte-interviews met enkele gezondheidscentrumbestuurders	35
5.1 Inleiding	35
5.2 Ontwikkelingen in het zorgaanbod van de centra	35
5.3 Ontwikkelingen in de organisatie van de centra	38
5.4 Ontwikkelingen in de strategie van de centra	41
6 Samenvatting en conclusies	43
Literatuurlijst	49
Bijlage: De Balanced Score Card vragenlijst voor gezondheidscentra	51

Voorwoord

Dit onderzoek is met subsidie van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) uitgevoerd door het NIVEL. Dank is verschuldigd aan alle gezondheidscentra die deel hebben genomen aan dit onderzoek en tevens aan de heer A. Eyck van de Landelijke Vereniging Georganiseerde eerste lijn (LVG) voor zijn gewaardeerde commentaar.

Utrecht, september 2010

1 Inleiding

De Nederlandse overheid zet sinds de jaren zeventig beleidsmatig in op versterking van de eerstelijnsgezondheidszorg. Daarbij worden de gezondheidscentra in de wijk gezien als een gewenste organisatievorm van een ‘gemoderniseerde’ en geïntegreerde eerste lijn. Het Ministerie van VWS geeft in meerdere van haar beleidsdocumenten aan dat van de eerstelijnsgezondheidszorg, en dus ook van de gezondheidscentra, wordt verwacht dat zij zorgverleners faciliteren die een laagdrempelig aanspreekpunt vormen dat dicht bij huis wordt aangeboden. Daarnaast wordt verwacht dat zij zorg leveren die op doelmatige en effectieve wijze wordt uitgevoerd, patiënten zo beperkt mogelijk doorverwijzen naar de juiste tweede lijn, en patiënten van juiste informatie voorzien voor preventie, behandeling en doorverwijzing.

Vanuit de bovenstaande beleidslijn stimuleert de overheid ook financieel de gezondheidscentra in Nederland. De eerste subsidieregeling stamt uit 1974 en kent tot op heden verschillende fasen en varianten. Een vast terugkerende doel van de subsidieregelingen is om startende gezondheidscentra in hun aanloopkosten te ondersteunen. In het nastreven van deze doelstelling is een kentering gekomen toen het vigerende beleid veranderde richting een terugtrekkende overheid, waarbij verzekeraars een sleutelpositie krijgen bij de financiering en contractering van (eerstelijns)zorgverleners. Door deze beleidswijziging is de financiering van gezondheidscentra complexer geworden, en afhankelijk van het gedrag en beleid van meerdere actoren en stakeholders. En hiermee is in breder verband de vraag aan de orde in hoeverre de overheid de directe financiële ondersteuning van gezondheidscentra in Nederland tot haar ‘systeemverantwoordelijkheid’ rekent. Een belangrijk moment was de initiële beslissing van het Ministerie om met de invoering van het nieuwe zorgstelsel in 2006 de zgn. (AWBZ) aanloop-subsidieregeling voor Vinex-locaties te beëindigen. Hierover is veel discussie ontstaan, waarna het Ministerie een afbouw- en tijdelijke regeling heeft ingezet en het momenteel nog ongewis is of de regeling alsnog aangepast, vervangen of opgevolgd zal worden. Ook op het moment van schrijven van dit rapport bestaan er tussen ‘veld’ en ‘beleid’ verschillen van inzicht over de wenselijkheid en vorm van financiële ondersteuning van gezondheidscentra, en ook binnen de politiek is er is verschil van mening.

Binnen deze complexe en gevoelige beleidscontext blijft er behoefte aan feiten en cijfers die kunnen bijdragen aan de discussie en met name de aannames die daarbij worden gemaakt. Zo lijkt het een simpel te beschrijven gegeven wat een gezondheidscentrum is en doet, maar er zijn in de loop der tijd allerlei samenwerkingsvormen binnen de eerste lijn ontstaan, waaronder zorggroepen. Hierdoor is het nuttig niet alleen de definitiekwestie rond gezondheidscentra aan de orde te stellen, maar ook te onderzoeken welke organisaties zich als zodanig positioneren, en hoe zij dat doen. Geeft het CBS aan dat er per 1 januari 2009 in Nederland 355 ‘gezondheidscentra’ zijn, op www.kiesbeter.nl staan adressen van in totaal 205 verschillende ‘gezondheidscentra’, en de Landelijke Vereniging Georganiseerde eerste lijn (LVG) schaaft op haar ledenlijst de gezondheidscentra

onder de categorie ‘samenwerkingsverbanden in de eerste lijn’, waarvan er 60 zelfstandig en 137 deel uitmaken van 19 verschillende ‘koepels’.

Dit rapport geeft de resultaten weer van een onderzoek met een tweeledige doelstelling. Ten eerste is het doel meer inzicht te geven in de omvang en samenstelling van de huidige ‘populatie’ gezondheidscentra in Nederland. Ten tweede is het doel meer inzicht te bieden in hun zorgaanbod, organisatie en strategie in relatie tot hun bekostiging en overheidssteun; nu en in het verleden. Daartoe zijn ook twee onderzoekslijnen gevolgd. Ten eerste is openbare informatie over de huidige groep gezondheidscentra in Nederland verzameld en geanalyseerd. Daarbij is specifiek gekeken naar verschillen tussen centra wat betreft hun locatie en jaar van oprichting. Beide kenmerken kunnen als *proxi's* fungeren voor (1) de periode waarin centra gebruik hebben *kunnen* maken van overheidssteun, en (2) de specifieke mogelijkheid waarin centra van de ‘Vinex-regeling’ gebruik hebben *kunnen* maken.¹

Ten tweede is met een aantal bestuurders van gezondheidscentra een diepte-interview gehouden. Hierbij is nader ingegaan hoe het zorgaanbod, de organisatie en strategie van het centrum zich door de tijd heen hebben ontwikkeld, en welke prestatie-indicatoren daarbij een rol spelen. Ook is ingegaan op de vraag hoe bestuurders hun bekostigingsstructuur hebben ontwikkeld, in relatie tot de overheidsfinanciering. Tevens is de zgn. Balanced Score Card methode uitgetoetst als instrument voor *self assessment*.

Opgebouwd van breed naar verdiepend wordt door beide onderzoeken een antwoord gegeven op de onderzoeksvraag:

1. Wat kan gezegd worden over het zorgaanbod, de organisatie en strategie van de huidige groep gezondheidscentra in Nederland op basis van openbare, secundaire bronnen, en hoe verschillen centra hierin naar locatie en leeftijd?
2. Welke rol hebben de bekostigingsstructuur en beleidsmaatregelen gespeeld bij de ontwikkeling van gezondheidscentra in termen van zorgaanbod, organisatie en strategie, vanaf hun oprichting, en zijn hierin systematische verschillen tussen centra te ontdekken, en zo ja, welke?

En in synthese samen gebracht in een conclusie en slotbeschouwing waarin de vraag centraal staat:

3. Welke conclusies kunnen op basis van de antwoorden op vraag 1 en 2 getrokken worden ten aanzien van de rol van publieke bekostiging bij het oprichten en consolideren van gezondheidscentra?

Voordat deze vragen in de achtereenvolgende hoofdstukken worden beantwoord, wordt eerst in hoofdstuk 2 kort ingegaan op de ontwikkeling van de gezondheidscentra in Nederland. Hierin worden enkele tijdslijnen geschetst en aandacht besteed aan relevante beleidsontwikkelingen en eerder onderzoek. Daarna wordt in hoofdstuk 3 de methode en gegevensverzameling van beide deelonderzoeken besproken. De resultaten van deelonderzoek 1 worden in hoofdstuk 4 gepresenteerd. In hoofdstuk 5 worden de resultaten

¹ Voor de stelselherziening konden overigens ook zogenaamde ‘aanloopcentra’ buiten Vinex-locaties in aanmerking komen voor een subsidie voor startende gezondheidscentra; bijvoorbeeld in wijken waar de eerstelijnszorgaanbieders in een gezondheidscentrum gingen samenwerken. We gaan in hoofdstuk 2 nader op de regelingen in.

van deelonderzoek 2 gepresenteerd. Hoofdstuk 6 sluit af met conclusies en aanbevelingen voor beleid en vervolgonderzoek.

2 Gezondheidscentra in Nederland: een beknopt historisch overzicht

2.1 Ontwikkeling in aantal gezondheidscentra in Nederland

Sinds de jaren 60 worden onder deze naam de eerste gezondheidscentra opgericht. Vanuit het Nederlands Huisartsen Instituut (later NIVEL) worden de centra geregistreerd (met als eerste publicatie Boerma, 1980). In 1974 was het aantal opgelopen tot 21 en dit steeg snel verder tot 120 gezondheidscentra in 1983 (Peters, 1984). Eind jaren '80 stagneert de groei van het aantal gezondheidscentra op ongeveer 140 centra (Boerma, 1987). Ondanks positieve onderzoeksevaluaties lag rond 1990 het aantal gezondheidscentra in Nederland nog steeds rond de 150 (Eyck, 2008, 2009; Hopman, 2009). Zo kwam uit het eerste groot-schalige NIVEL-onderzoek door Wijkel naar voren dat huisartsen die in gezondheidscentra werkzaam waren patiënten minder frequent naar de tweedelijns gezondheidszorg doorverwijzen in vergelijking met huisartsen die niet in een gezondheidscentrum werken (Peters en Wijkel, 1984). Niet alleen de verwijscijfers van gezondheidscentra bleken lager te liggen dan bij solo (huis)artsen, ook de ligduur per opname/verpleegdagen vertoonde deze trend. Verder werd er in 1984 vastgesteld dat de meerkosten van gezondheidscentra ruimschoots gecompenseerd werden door besparingen als gevolg van een verminderd gebruik aan ziekenhuisvoorzieningen (Peters, 1984).

Op 1 januari 1992 berekende het NIVEL het aantal gezondheidscentra in Nederland op 161 (Hingstman en Hoekstra, 1998). In deze peiling zijn tevens een aantal kenmerken van de gezondheidscentra nader onderzocht. Zo kwam naar voren dat 3,4% van alle huisartspraktijken in een gezondheidscentrum gevestigd was, en dat 8,8% van alle huisartsen hierbinnen werkzaam waren. Ook werd geschat dat 1 miljoen mensen (toen 7% van de Nederlandse bevolking) bij een gezondheidscentrum stond ingeschreven. Daarnaast waren de kenmerken van de gezondheidscentra:

- de gemiddelde grootte van een huisartspraktijk binnen een gezondheidscentrum lag op 2.259 personen;
- de meeste gezondheidscentra waren te vinden in de Randstad, in nieuwbouwwijken en groeikernen;
- onder het dak van een gezondheidscentrum waren gemiddeld zeven disciplines te vinden;
- in ongeveer 80 procent van de centra was een fysiotherapeut gevestigd, in meer dan de helft van de centra werd ook ziekenverzorging en verloskunde vertegenwoordigd;
- het aantal ondersteunende functies was relatief hoog, in bijna de helft van de Nederlandse gezondheidscentra is een coördinator werkzaam;
- in ruim veertig procent van de gezondheidscentra zijn huisartsen werkzaam in loondienst.

Tot 1998 registreerde het NIVEL de gezondheidscentra in Nederland die een subsidie van het CVZ ontvingen. Hierdoor was er ook een werkdefinitie van wat onder een gezondheidscentrum verstaan wordt. In het kader van de Regeling subsidies AWBZ en Ziekenfondswet uit 2000, is in paragraaf 2.7.20 (artikelen 2.7.20.1 en 2.7.20.2) vastgelegd dat

een gezondheidscentrum is: “een door een instelling beheerd samenwerkingsverband, waar vanuit een gemeenschappelijke huisvesting integrale eerstelijnszorg wordt verleend door ten minste twee huisartsen, twee wijkverpleegkundigen, één maatschappelijk werkende en zo mogelijk vertegenwoordigers van andere disciplines in de eerste lijn.”.

Na 1999 worden de gezondheidscentra niet meer als zodanig geregistreerd. Voor de recente periode vanaf 2000 geldt wel dat vrijwel alle gezondheidscentra die geïntegreerde eerstelijnszorg aanbieden (en daarvoor enige vorm van aanvullende financiering ontvingen) zijn aangesloten bij de Landelijke Vereniging Georganiseerde eerste lijn (LVG). Het aantal leden van de LVG dat als ‘samenwerkingsverband in de eerste lijn’ te boek staat, al dan niet als onderdeel van een koepel (een organisatie waar verschillende centra bestuurlijk deel van uitmaken), bedraagt thans 197. Dit is exclusief vier dependances/vestigingen, een zevental samenwerkingsverbanden/centra die ‘aspirant-lid’ zijn, en de 24 koepelorganisaties zelf waar een groot aantal van de centra onderdeel van uitmaken. In de meeste gevallen heten de samenwerkingverbanden in de eerste lijn die LVG-lid zijn ook ‘gezondheidscentrum’ (of hebben ‘gezondheidscentrum’ in hun naam staan), maar er zijn ook andere benamingen zoals ‘medisch centrum’.

Momenteel staan de gezondheidscentra zoals op www.thesauruszorgenwelzijn.nl² officieus gedefinieerd als “centra waarin onder één dak een samenwerkingsverband is van huisartsenzorg, maatschappelijk werk en wijkverpleging; soms wordt ook fysiotherapie, verloskunde, ziekenverzorging, farmacie en dieetadvies geboden”. Ter vergelijking, het CBS telde tot 2003 de gezondheidscentra in Nederland onder de SBI-code 85154 als een ‘bedrijf’, en hanteerde daarbij de definitie: “extramurale gezondheidszorg door een combinatie van disciplines, eventueel in combinatie met een maatschappelijk werker”. Sinds 2005 definieert het CBS de gezondheidscentra als ‘vestiging’, en hanteert zij als definitie: “gezondheidszorg zonder overnachting door een instelling of maatschap, waarin verschillende disciplines werkzaam zijn, zoals huisartsen, maatschappelijk werkers en wijkverpleegkundigen en in veel gevallen fysiotherapeuten en apothekers”. Deze laatste definitie vertoont een redelijke maar geen volledige overlap met de definitie op de website www.thesauruszorgenwelzijn.nl.

2.2 Beleidsmatige ontwikkelingen

De jaren '70

Reeds in 1966 werd in beleidsnotities geconstateerd dat samenwerking binnen de eerste lijn tussen huisartspraktijken, maatschappelijk werk, apotheken, fysiotherapiepraktijken en tandartspraktijken een kwaliteitsverhogend effect kan hebben. Naar aanleiding hiervan nam de rijksoverheid zich voor de geïntegreerde zorg te bevorderen door de oprichting van wijkgezondheidscentra, waar een huisarts, maatschappelijk werker en wijkverpleegkundige onder één dak. Daarnaast was het van belang dat gezondheidscentra zo centraal

² De Thesaurus Zorg en Welzijn is een trefwoordenbestand van ruim 17.000 termen op het brede terrein van zorg en welzijn, en een gezamenlijk product van de kennisinstellingen: MOVISIE, het Nederlands Jeugdinstituut / NJi en Vilans.

mogelijk in een wijk gepland werden. Deze beleidsintenties gaven een impuls aan de opkomst van gezondheidscentra in Nederland (Hopman, 2009).

In 1974 start de overheid met de overheidssubsidie ‘Voorlopige Stimuleringsregeling Wijkgezondheidscentra’, welke verstrekt werd aan samenwerkingsverbanden die zich als wijkgezondheidscentra presenteerden. In 1978 werd de regeling opgevolgd en juridisch ondergebracht in artikel 52 van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ).³ Op deze juridische basis werden (tekort)subsidies verstrekt die bedoeld waren ter dekking van de hogere kosten voor, onder meer, huisvesting en de tijdsinvestering voor samenwerking. Het jaar erop, in 1979, werd met de ‘Voorlopige Subsidieregeling Samenwerkingsverbanden Eerstelijnsgezondheidszorg’ ingevoerd de regeling verder geconcretiseerd. Van belang was dat de subsidiëring van gezondheidscentra apart werd gedefinieerd als ‘Zwaarder Gestructureerde Samenwerkingsverband’, ter onderscheid van de ‘Lichter Gestructureerde Samenwerkingsverbanden’, ‘Hometeams’, bestaande uit huisartsen, wijkverpleegkundigen en maatschappelijk werk die niet onder een dak gevestigd waren.

De jaren '80 en '90

Na enige jaren te hebben gefunctioneerd, werd in 1987 de subsidieregeling ‘Voorlopige Subsidieregeling Samenwerkingsverbanden Eerstelijnsgezondheidszorg’ herzien, onder het Besluit Subsidiëring Gezondheidscentra (BSG). Hierin werd naast de subsidiëring van de Zwaarder en Lichter Gestructureerde Samenwerkingsverbanden ook de subsidiëring van de aanloop- en Vinex-centra geregeld. Vanaf 1990 werd de regeling juridisch verankerd in artikel 39 van de Wet financiering volksverzekeringen (WFV).

Tegelijkertijd kwam de regeling in de jaren '90 onder druk te staan. Een belangrijke aanpassing in 1987 van de BSG was reeds dat er maxima werd gesteld op het aantal toekenningen. In 1992 werd de subsidiëring van de Home Teams ingetrokken. Daarna is gedurende de jaren '90 tevens overwogen de regeling geheel in te trekken als onderdeel van de stelselwijziging onder staatssecretaris Simons. Zover is het niet gekomen, want in 2000 werd de regeling integraal opgenomen in de Regeling subsidies AWBZ en Ziekenfondswet. Deze subsidieregeling werd tot 1999 uitgevoerd door de Ziekenfondsraad en daarna door het College voor Zorgverzekeringen (CVZ).

De periode 2000-2006

In 2004 werd de ‘Intentieverklaring Versterking Eerstelijnszorg’ ondertekend om ervoor te zorgen dat de eerstelijnsgezondheidszorg zijn rol als poortwachter naar de tweede lijn kan handhaven, alsook om tot een kwalitatief hoogwaardige en doelmatige zorg te komen en de samenwerking binnen de eerstelijnszorg te versterken. Deze verklaring werd ondertekend door het ministerie van VWS, beroepsgroeporganisaties, patiëntorganisaties, Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en LVG). Deze partijen willen in het ‘Landelijk Overleg Versterking Eerstelijnsgezondheidszorg’ (LOVE) de bevordering van de multidisciplinaire samenwerking bevorderen.

³ Dit duurde tot 1990. Vanaf dat jaar werd de regeling juridisch vastgelegd door artikel 39 van de Wet financiering volksverzekeringen (WFV).

Ook is in 2005 de beleidsregel 'Regionale Ondersteuning' ingegaan, welke bedoeld was om de vele zorginitiatieven te ondersteunen en de samenwerking in de eerste lijn te verbeteren. Hierbij werden regionale ondersteuningsstructuren (ROS'en) gevormd, maatschappelijke ondernemingen die de integratie en samenwerking binnen de eerstelijnszorg stimuleren. De beleidsregel voorzag in vergoedingen voor het uitvoeren van regionale ondersteuning van eerstelijnszorg voor huisartsen, verloskundigen, oefentherapeuten Cesas/Mensendieck, fysiotherapeuten, logopedisten en GGZ.

De beleidsregel bestond uit twee modules: de module 'Regionale Ondersteuning Eerstelijnszorg', welke bedoeld was om de vele zorginitiatieven te ondersteunen en de samenwerking in de eerste lijn te verbeteren, en de module 'Kwaliteitsontwikkeling', welke bestemd was voor de NHG voor het opstellen van standaarden voor huisartsen en verloskundigen (Schouten, 2006). Ter ondersteuning bij het maken van goede en heldere afspraken tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders werd tevens een praktijkplan opgesteld door het College voor Zorgverzekeringen en het bureau KPMG Business Advisory Services (zie www.cvz.nl).

De beleidsregel leek succesvol. In 2006 bracht het College Toezicht Zorgverzekeringen het rapport '*Besteding gelden regionale ondersteuning eerstelijnszorg*' uit. Daarin werd geconstateerd dat er dankzij de nieuwe opzet van de ondersteuningsactiviteiten meer samenwerking was gekomen tussen de verschillende eerstelijnsberoepsgroepen. Er was sprake van meer transparantie, een betere prioritering en beter inzet van gelden. Wel werd geconstateerd dat er een te beperkt budget was voor ondersteuning, en ook dat er sprake was van weerstand van huisartsen tegen de nieuwe ondersteuningstructuur binnen de eerste lijn, zoals vorm gegeven in de eerder genoemde beleidsregel 'Regionale Ondersteuning' (Schouten, 2006).

Een breekpunt in de traditie van financiële ondersteuning van gezondheidscentra in hun opbouw- en aanloopfase ontstond echter in hetzelfde jaar, 2006. In het jaar ervoor kwam er een einde aan de Wet financiering volksverzekeringen (WFV) als juridische basis voor de subsidiëring van de gezondheidscentra in Nederland. En in 2006 kwam ook de subsidieregeling voor de financiering van de aanloopfase van gezondheidscentra te vervallen. Zoals hierboven beschreven, bood deze regeling centra extra financiële ruimte geboden om via een 'aanloopcentra', in een aanloopfase van vijf jaar toe te groeien naar een sluitende exploitatie.⁴ Daarna kon een beroep worden gedaan op de reguliere subsidieregeling voor gezondheidscentra. Alhoewel niet exclusief voor hen bedoeld, was deze regeling vooral van belang voor startende centra in Vinex-gebieden. Daarmee verviel een belangrijke prikkel en voorwaarde om een gezondheidscentrum op te starten. De regeling compenseerde de periode dat een centrum niet volledig uit de regulier tarieven gefinancierd kon worden, en nieuwe bewoners zich ook als nieuwe patiënten konden aanmelden.

⁴ Deze was vastgelegd in de eerder geciteerde artikelen 2.7.20.1 en 2.7.20.11 van de Regeling subsidies AWBZ en Ziekenfondswet. De opheffing van deze regeling is vastgelegd in artikel 6.2.39a.1, onder Paragraaf 2.2.3a. 'Beëindiging subsidiëring gezondheidscentra' van Wijziging Regeling subsidies AWBZ (IZ/VU-2737128; 5.12.2006) p. 4-5 & toelichting p.7-8. Staatscourant 22.12.2006. nr. 250. p. 42.

De periode vanaf 2006

De subsidieregeling voor de aanloopfinanciering werd in 2006 niet direct en geheel opgeheven, maar afgebouwd naar 90% in 2007, en 60% in 2008. Deze jaren gelden tevens als een overgangperiode naar een nieuw financieringsstelsel voor de eerste lijn, vastgelegd door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) in de Beleidsregel 'Geïntegreerde eerstelijnszorg en innovatie'. Kern van de nieuwe beleidsregel is dat nu de zorgverzekeraars de eerstelijnszorgsamenwerkingsverbanden financieren, en wel via de module 'Geïntegreerde Eerstelijns Zorg' (ook wel GEZ of GEL genoemd). Ook kan 'innovatie' in de eerste lijn binnen de beleidsregel, via de zorgverzekeraars, gefinancierd worden. Gesteld kan worden dat in de jaren tussen 2006 en 2009 alle belanghebbenden (eerstelijnszorgverleners, zorgverzekeraars, overheden) moeite hadden om hun nieuwe rol en positie binnen het stelsel te vinden en in te nemen. De beleidsregel geldt evenwel nog steeds, totdat een nieuw systeem van structurele financiering van geïntegreerde eerstelijnszorg en ketenzorg is vastgesteld.

Het uitgangspunt van de Beleidsregel 'Geïntegreerde eerstelijnszorg en innovatie' is dat geïntegreerde eerstelijnszorgsamenwerkingsverbanden volledig bekostigd worden via de Wet Marktordening Gezondheidszorg (WMG). Zoals aangegeven is een voornaam verschil met de vorige regelingen dat zorgverzekeraars nu het volledige bedrag via het vrije tarief geïntegreerde eerste lijn kunnen inzetten. De eerstelijnszorgverleners kunnen vervolgens in aanmerking komen voor deze financiering op basis van een contract met de verzekeraar. Voor dit contract onderhandelt de zorgverzekeraar over de financiering van het geïntegreerde zorgaanbod met het gezondheidscentrum, hetgeen vastgelegd dient te worden in zgn. zorgprogramma's en een zorgaanbodplan. Juridisch is dit vastgelegd in de module 'Regie en organisatie van geïntegreerde eerstelijnszorg', als onderdeel van de WMG.

Vanzelfsprekend hebben de gezondheidscentra in Nederland zich ook aan de nieuwe Beleidsregeling Geïntegreerde eerstelijnszorg en innovatie moeten aanpassen. Centra kunnen via zorgverzekeraars een beroep doen op de genoemde module 'Samenwerking ten behoeve van geïntegreerde zorgproducten' of 'Innovatie ten behoeve van nieuwe zorgprestaties'. De Beleidsregel voorziet echter niet in de opbouw- en opstartfinanciering van gezondheidscentra in Vinex-locaties.⁵ Omdat hierdoor de oprichting van nieuwe centra in Vinex-gebieden dreigde te stagneren, en net oprichtte centra in grote financiële problemen dreigde te raken, ontstond een reeks van debatten en (aanpassingen) van beleidsmaatregelen rond de (toen eigenlijk dus niet-bestaande) 'Vinex-regeling'. In chronologische volgorde waren de belangrijkste gebeurtenissen:

- Begin 2008 werd een motie van aangenomen van het kamerlid Van Gerven (SP) waarin de Tweede Kamer de minister van VWS opriep om toch een publieke regeling in stand te houden ter financiering van de aanloopkosten totdat een bevredigende reguliere financiering is geregeld (TK 2007-2008; 29247 nr. 66; 14.2.2008).
- Ook in het voorjaar van 2008 stelden kamerleden Schippers (VVD) en Van Gerven (SP) de minister een aantal kritische vragen over de gang van zaken rond de subsidieverlening en de rol van het CVZ daarin, waarna Minister Klink aangaf dat er sprake

⁵ Zie Wijziging Regeling Zorgverzekering (nr.Z/VU-2777006; 4.7.2007) in Staatscourant. 11.7.2007. nr. 131; p. 15.

was van een trage ('stroperige') verwerking van de aanvragen door het CVZ (antwoorden op vragen TK 2007-2008; 2431 & 2432; 20.5.2008)

- Op verzoek van kamerlid Schippers kwam de minister in juli 2008 met de zogenaamde 'Doelstellingenbrief' (3 juli 2008; TK 2007-2008; 29247, nr. 76) waarin de visie van de 'Dynamische eerstelijnszorg' verder werd uitgewerkt (TK 2007-2008; 29247, nr. 64 & 69)⁶, waaronder een 'adequate aanloopregeling voor gezondheidscentra in Vinex-wijken' per 1 januari 2009.
- In 2009 werden er wederom kamervragen aan de minister gesteld over de overgangsregeling door het CVZ (TK 2008-2009; 3018; 26.5.2009), waarop Minister Klink o.a. antwoordde dat 'de huidige subsidieregeling ingewikkeld en administratief belastend is' en dat 'de afhandelingsduur van twee jaar te lang is en hiervoor geen goede redenen zijn.' (antwoorden op vragen TK 2008-2009; 3018; 22.6.2009).
- In mei 2009 gaat de nieuwe tijdelijke subsidieregeling voor geïntegreerde eerstelijnscentra in 'grootschalige nieuwbouwlocaties in voorheen onbebouwd gebied' – met minimaal 8.000 inwoners – in (TK 2008-2009; 29247, nr. 92; 15.5.2009).

De tijdelijke subsidievoorziening voor startende gezondheidscentra in nieuwbouwggebieden kent als belangrijkste motief de terughoudendheid van zorgverzekeraars om te investeren, de vertraging in oplevering van huizen waardoor de instroom van nieuwe patiënten stagneert, en de terughoudendheid bij banken in de kredietverstrekking. Voor de jaren 2009 en 2010 is per jaar € 3 miljoen via de VWS begroting ter beschikking gesteld (zie ook TK 2009–2010, 32222 XVI, nr. 2). Anders dan voorheen, voert VWS de regeling zelf uit. Zowel bestaande als nieuwe aanloopcentra kunnen een beroep doen op de tijdelijke regeling. Op het moment van deze rapportage is niet duidelijk hoe tijdelijk de tijdelijke regeling zal zijn.

Tot slot

Een andere beleidsontwikkeling waar gezondheidscentra de laatste jaren mee te maken hebben gekregen is de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo). Deze is in 2007 ingegaan en bepaalt formeel de compensatieregelingen voor personen/patiënten die niet meer zelfstandig aan de samenleving kunnen meedoen. Voor de eerste lijn en gezondheidscentra betekent dit een nieuwe oriëntatie op de breedte van het eigen samenhangende aanbod en het medisch-sociale netwerk waarin zij als eerstelijnszorgverleners functioneren. Belendend beleid is dat gemeenten en verzekeraars onder de Wmo samenwerkingsverbanden opzetten om ketensamenwerking te stimuleren. De publicatie van hierboven genoemde 'Dynamische eerstelijnszorg' en de 'Doelstellingenbrief' van januari en juli 2008 zijn hierbij van belang. Hiermee wordt de eerste lijn verder verbreed, gekoppeld aan een wijk- en doelgroepenbenadering en nauwere samenwerking met welzijn en preventie. Gezondheidscentra hebben daarmee een extra stimulans gekregen om preventieve taken en periodieke controles uit te voeren. In dit verband wordt wel gesproken van een transformatie van Ziekte en Zorg ('ZZ') naar Gezondheid en Gedrag ('GG'), zoals verwoord in het breed verspreide en bediscussieerde RVZ-rapport *Zorg voor je gezondheid! 2010*. Hiermee hangen ook veranderingen in de beroepenstructuur samen. Binnen de gezondheidscentra zijn relatief veel praktijkondersteuner huisarts

⁶ Zie ook: 'Dynamische eerstelijnszorg'; CZ/EKZ/2825209; 25.1.2008; TK 2007-2008; 29247, nr. 56.

(POH), Nurse Practitioners (NP) en Physician Assistants (PA) die vooral op het terrein van controle, monitoring en preventie taken van de huisarts overnemen dan wel aanvullen. Ook lijken de gezondheidscentra een voortrekkersrol te kunnen spelen bij de beleidsintentie om informatiesystemen steeds meer te integreren. De ketenzorg-georiënteerde Keteninformatiseringssystemen (KIS) zijn hiervan voorbeelden alsook de bestaande regionale Elektronisch Patiëntendossiers (EPD) en het Landelijke Schakelpunt (LSP) dat uitwisseling van patiëntgegevens op nationaal niveau mogelijk moet maken.

3 Onderzoeksmethoden en gegevensverzamelingen

3.1 Inleiding

Zoals in de vorige hoofdstukken beschreven, registreren de meeste gezondheidscentra zich sinds 2000 centraal door hun lidmaatschap van de Landelijke Vereniging Georganiseerde eerste lijn (LVG). De LVG vertegenwoordigt gezondheidscentra onder de noemer ‘samenwerkingsverbanden in de eerste lijn’ en ‘koepels van samenwerkingsverbanden’. Op de website van de LVG staan 60 namen van samenwerkingsverbanden in de eerste lijn die niet, en 137 samenwerkingsverbanden die wél onderdeel uitmaken van een koepel. Daarnaast staan er 7 samenwerkingsverbanden als aspirant lid op de website. Deze samenwerkingsverbanden dragen in 85% van de gevallen de naam ‘gezondheidscentrum’ (of dit maakt onderdeel uit van de volledige naam). Daarnaast kennen de samenwerkingsverbanden allerlei andere benaming als ‘medisch centrum’, ‘eerstelijnscentrum’, of de naam van de Koepel zoals in het geval van Vitae. De LVG geeft zelf op haar website aan dat onder de eerstelijnsverbanden ook eerstelijnscentra, huisartsen onder één dak (HOED), en gezondheidszorg onder één dak (GOED) vallen. We spreken hieronder verder voor de consistentie en het gemak van 197 gezondheidscentra die lid zijn van de LVG. Door deze keuze vallen centra die niet lid zijn van de LVG in eerste instantie buiten dit onderzoek. Dit is op zich geen groot probleem omdat de organisatiegraad van de LVG zeer hoog is. Desondanks is in deelonderzoek 2 wel hiermee rekening gehouden, door ook één gezondheidscentrum voor een diepte-interview te werven dat geen lid is van de LVG.

3.2 Opzet deelonderzoek 1: website- en jaarverslaggegevens van de (LVG-) gezondheidscentra

Op basis van de website van de LVG (www.lvg.org) is een eigen databestand opgesteld met naam en adresgegevens van alle LVG-geregistreerde zelfstandige gezondheidscentra, inclusief gezondheidscentra die onder de koepels vallen. Vervolgens zijn twee basiskenmerken van alle centra verzameld, waarvan in hoofdstuk 1 werd beargumenteerd dat deze een indicatie geven van de beleidsontwikkelingen waarmee deze te maken kunnen hebben gehad, namelijk ‘leeftijd’ (oprichtingsjaar) en locatie.

Wat betreft locatie is bepaald welke gezondheidscentra op een Vinex-locatie zijn gevestigd. Hiertoe is gebruik gemaakt van de richtlijnen op www.vinex-locaties.nl. Aan de hand van het adres van de gezondheidscentra is bepaald of deze op een Vinex-locatie is gevestigd of niet. Op het niveau van koepels kunnen we dus tevens berekenen hoeveel procent van de aangesloten centra op een Vinex-locatie gevestigd is.

Vervolgens is een *web search* uitgevoerd. Hierbij zijn de websites bezocht van alle 197 zelfstandige gezondheidscentra en centra die onderdeel uitmaken van een koepel. Via de *site map* van de website is gekeken naar beschikbare en relevante informatiebronnen,

waaronder alle pagina's en subsites, maar ook documenten zoals jaarverslagen. Omdat op 90% van de onderzochte websites geen jaarverslag aanwezig en/of *download*-baar was, is tevens getracht onder de zelfstandige centra en koepels het jaarverslag te werven via een email- en telefonische wervingsronde. De respons hierop was 20% onder de koepels, en 30% op het niveau van de zelfstandige gezondheidscentra. In totaal is van 60% van de koepels en van 45% van de zelfstandige centra een jaarverslag verkregen. De verkregen jaarverslagen zijn doorgenomen, maar hieruit bleek dat de informatie uit jaarverslagen zeer sterk verschillend is. Dit maakte het niet haalbaar om op basis van jaarverslagen betrouwbare (secundaire) vergelijkingen tussen een groot deel van de gezondheidscentra te maken. Wel kunnen de gegevens uit de jaarverslagen de website-gegevens aanvullen. Er is dan ook voor gekozen om de website van de centra als belangrijkste, vergelijkbare secundaire databron te gebruiken.

Omdat nagenoeg elke website een *site map* kent, is deze in eerste aanleg gebruikt om de beschikbare informatie in één oogopslag te bekijken. Vervolgens is van hieruit verder de *content* van de website geanalyseerd. Op basis hiervan is gecodeerd of er *iets* op de website of in het jaarverslag is genoemd ten aanzien van:

- het jaartal van oprichting, naast locatie het tweede achtergrondkenmerk van de centra;
- het zorgaanbod; een reeks van zorgdisciplines (aansluitend bij de 'Monitor Multidisciplinaire Samenwerking in de Eerste Lijn' van het NIVEL) namelijk:
 - o Huisartsenzorg,
 - o Fysiotherapie,
 - o Diëtist,
 - o Apotheek,
 - o Maatschappelijk werk,
 - o Verloskundige,
 - o Psycholoog/psychiater,
 - o Logopedie,
 - o (wijk/praktijk)verpleegkundigen,
 - o Consultatiebureau,
 - o Jeugdgezondheidszorg,
 - o Oefentherapeut mensendieck/Cesar,
 - o Bloedafnamedienst/prikpost,
 - o Thuiszorg,
 - o Tandarts,
 - o Manuele therapie,
 - o Ouderenzorg/werk,
 - o Ergotherapie,
 - o Apotheekservicepunt,
 - o Dermatoloog.
- de organisatie; een reeks van organisatieonderdelen waarmee klanten en andere stakeholders specifiek geïnformeerd en bediend kunnen worden, namelijk:
 - o Klachtencommissie,
 - o Raad van toezicht,
 - o Klachtenregeling,
 - o Patiënt/cliënt-tevredenheidonderzoek,

- Cliëntenraad,
 - Privacyregeling,
 - Certificering fysiotherapie en/of apotheek,
 - Accreditatie huisartsen,
 - Klachtenformulier online,
 - Ondernemingsraad,
 - Medewerkertevredenheid onderzoek.
- de strategie; onderscheidende kenmerken en innovaties, te weten:
- E-consult,
 - Wetenschappelijk onderzoek,
 - Elektronisch patiëntendossier.

De resultaten van deze zoek- en coderingsactie zijn verwerkt in de aangelegde Excel-database. Hierbij is simpelweg geturfd of de bovenstaande kenmerken zijn genoemd of niet. Uiteraard kan men twijfelen aan het feit of websites een betrouwbare informatiebron vormen voor het verzamelen van vergelijkbare gegevens van gezondheidscentra. In het analyseren van alle websites hebben we echter geconstateerd dat alle centra deze als primaire publieke informatiebron naar buiten toe gebruiken. De websites kennen daarbij een vergelijkbare opbouw, waarbij de presentatie van het zorgaanbod en de organisatie een vast onderdeel van de website vormen. Deze onderdelen zijn dan ook, op een uitzondering na, terug te vinden via de *site maps*. Desondanks is het belangrijk om aan te geven dat deze codering strikt genomen alleen een directe meting vormt van wat centra kennelijk belangrijk genoeg vinden om op hun website te presenteren aan de buitenwereld. Het is daarmee dus een afgeleide meting ('*proxi*') van wat centra daadwerkelijk aan aanbod- en organisatiekenmerken hebben. Om dit direct te meten zou een ander soort onderzoek plaats moeten vinden, bijvoorbeeld een (periodieke) survey onder bestuurders van centra; waarvoor overigens ook de nodige meetproblemen gelden.

3.3 Opzet deelonderzoek 2: diepte-interviews met enkele gezondheidscentra-bestuurders

Voortbouwend op het eerste deelonderzoek onder alle gezondheidscentra in Nederland is een gerichte selectie gemaakt van een aantal zelfstandige centra en koepels om aanvullend, kwalitatief onderzoek uit te voeren. Gekozen is voor het doen van diepte-interviews met de meest ervaren bestuurder(s) van centra en koepels, om de ontwikkeling van hun zorgaanbod en organisatie vanuit strategisch en historisch perspectief te bespreken. Voor het benaderen van de bestuurders werd daar waar mogelijk gebruik gemaakt van persoonlijke contacten. Voorafgaand aan het interview zijn zoveel mogelijk aanvullende documenten verzameld en is een vooraf te versturen vragenlijst opgesteld (zie hieronder).

Gekozen is voor een gestratificeerde selectie van 5 koepels en 4 zelfstandige gezondheidscentra zodat beide type centra evenveel vertegenwoordigd zijn. Ten tweede is bij de selectie rekening gehouden met het oprichtingsjaar van het centrum of de koepel. Het jaar 2003 is daarbij als 'afkapjaar' gehanteerd, aangezien in dat jaar een belangrijke omslag in de subsidieregeling voor de gezondheidscentra werd geëffectueerd. Ten derde was een

selectiecriteria van het gezondheidscentrum op een Vinex-locatie gevestigd is of niet, dan wel of een meerderheid van de centra onder een koepel op een Vinex-locatie gevestigd is of niet. Hiermee kan (zoals eerder in hoofdstuk 1 aangegeven) rekening gehouden met de specifieke (financiële) opstartproblematiek waarmee centra in onontgonnen gebieden te maken hebben, en waarvoor ooit ook de Vinex-regeling in het leven is geroepen.

Tabel 3.1 laat zien hoe de 5 geselecteerde koepels en 4 geselecteerde zelfstandige centra verdeeld zijn over de 8 combinaties van de drie selectiecriteria.

Tabel 3.1: De geselecteerde koepels en individuele gezondheidscentra voor deelonderzoek 2

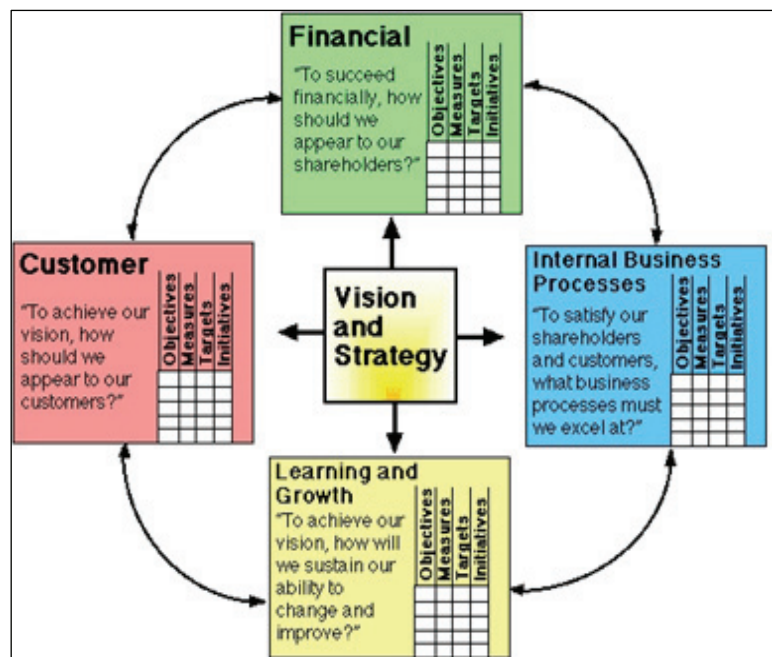
Koepel van gezondheidscentra	Minderheid centra op VINEX locatie	Meerderheid centra op VINEX locatie
Vóór 2003 opgericht	<ul style="list-style-type: none"> • Koepel A • Koepel B • Koepel E 	<ul style="list-style-type: none"> • Koepel C
Na 2003 opgericht	<ul style="list-style-type: none"> • Koepel D 	
Zelfstandige gezondheidscentra	Niet op VINEX locatie	VINEX locatie
Vóór 2003 opgericht	<ul style="list-style-type: none"> • Centrum A 	<ul style="list-style-type: none"> • Centrum B
Na 2003 opgericht	<ul style="list-style-type: none"> • Centrum C 	<ul style="list-style-type: none"> • Centrum D

De 9 geselecteerde koepels en individuele gezondheidscentra zijn vanaf november 2009 tot in het voorjaar van 2010 telefonisch benaderd voor een face-to-face interview met de hoogste bestuurder, zijnde de directeur of centrummanager. Uiteindelijk is met 6 van de 9 benaderde koepel- en centrabestuurders een interview gerealiseerd. Met drie bestuurders (van koepel A, en de zelfstandige centra B en D) bleek het niet mogelijk om binnen de gestelde termijn een afspraak te maken voor het interview, ondanks herhaalde en persoonlijke pogingen. Hoewel er strikt genomen geen sprake was van weigering om aan het onderzoek deel te nemen, werd wel duidelijk dat deze bestuurders het interview geen prioriteit gaven. Ondanks dat werd aangegeven dat het onderzoek onder de onafhankelijkheid van het NIVEL werd uitgevoerd, en de gegevens volledig vertrouwelijk en geanonimiseerd werden verwerkt, was men toch terughoudend c.q. aarzelend om mee te werken. Zo kwam in deze drie gevallen van uitstel uiteindelijk (en helaas) afstel. Een belangrijk en onbedoeld gevolg van de niet-deelname van de twee centrabestuurders is dat er geen bestuurders van zelfstandig centra op een Vinex-locatie geïnterviewd zijn.

Om het face-to-face interview met de 6 koepel- en centrabestuurders te verrijken die wel aan het interview deelnamen, is een vragenlijst opgesteld welke voorafgaand aan het interview naar de desbetreffende persoon per email wordt verzonden. Hierbij werd gevraagd of hij/zij de vragenlijst wilde doornemen en voor zover mogelijk in te vullen voorafgaand aan het interview. Gekozen is voor een vragenlijst die het moeilijkst meetbare onderdeel van dit onderzoek operationaliseert, namelijk de strategie en onderscheidende kenmerken (innovaties) van de organisatie.

De opgestelde vragenlijst is gebaseerd op het zgn. *Balanced Scorecard model*. Dit instrument werd rond 1990 ontwikkeld door de bedrijfskundigen Kaplan en Norton van de Harvard Universiteit (Kaplan, 1996; Discussienota, 2010). Het kan worden gebruikt om de strategie en de prestaties van zowel profit als non-profit organisaties in kaart te brengen, omdat het zowel financiële als niet-financiële domeinen omvat. De doelen van deze vier prestatiedomeinen worden gestuurd door de centrale visie en strategie van de organisatie. Op basis van de domeinspecifieke doelen kunnen meetinstrumenten, normen en (verbeter)acties worden gedefinieerd. De vier domeinen zijn extern gericht (i.c. het klant/marktperspectief, en leer/groei-perspectief) en intern gericht (financiële perspectief en interne procesperspectief). De wederzijdse pijlen die de domeinen met elkaar verbinden geven aan dat een organisatie haar optimale prestatie bereikt als de prestaties van de vier afzonderlijke domeinen in balans ('*balanced*') zijn. Figuur 3.1 visualiseert het Balanced Score Card model in haar originele (Engelstalige) vorm.

Figuur 3.1: Het oorspronkelijke Balanced Scorecard model (Kaplan en Norton, 1996)



Voor dit (deel)onderzoek is het *Balanced Score Card* model vertaald voor gezondheidscentra in Nederland. Concreet is een set van ruim 50 items opgesteld, verdeeld over de vier prestatiedomeinen, waarop de bestuurder gevraagd wordt de eigen organisatie te beoordelen, meestal door middel van een rapportcijfer. Ook werd hen gevraagd dit ten opzichte van 5 jaar geleden en een vergelijkbaar gezondheidscentrum of koepel in de regio of provincie te doen. Daarnaast werden in de vragenlijst ook enkele algemene vragen over organisatie en bekostiging gesteld. In de bijlage is een voorbeeld-vragenlijst ter verrijking van een interview met een koepelbestuurder opgenomen. Het vertalen en voorleggen van de Balanced Score Card aan bestuurders van gezondheidscentra is

‘experimenteel’ opgezet. Vooraf was bekend dat centra te maken hebben met veel prestatie-indicatoren die door verschillende partijen worden toegepast. Het voornaamste doel van deze exercitie was dan ook om te verkennen of men zichzelf met de Balanced Score Card goed zou kunnen beoordelen, en om het interview een zekere ‘basis’ te geven.

Voor het interview werd alle relevante documentatie en het jaarverslag doorgenomen. Tijdens het interview waren steeds twee onderzoekers aanwezig. Hierbij voerde één het gesprek, de ander maakte de notulen. Indien het niet mogelijk was met twee onderzoekers te gaan werd een taperecorder gebruikt om het gesprek op te nemen. Na afloop van het interview werden een interviewverslag opgesteld en ter verifiëring naar de geïnterviewde(n) gezonden. Omwille van de strategische inhoud van de informatie die tijdens het interview werd verstrekt was de wens van een aantal bestuurders om de resultaten anoniem te verwerken. Om deze reden zijn de uitkomsten van de interviews in het volgende hoofdstuk wel samengevat, maar worden deze niet in zijn geheel hier opgenomen.

4 Resultaten deelonderzoek 1: website- en jaarverslag-analyse van de LVG-gezondheidscentra

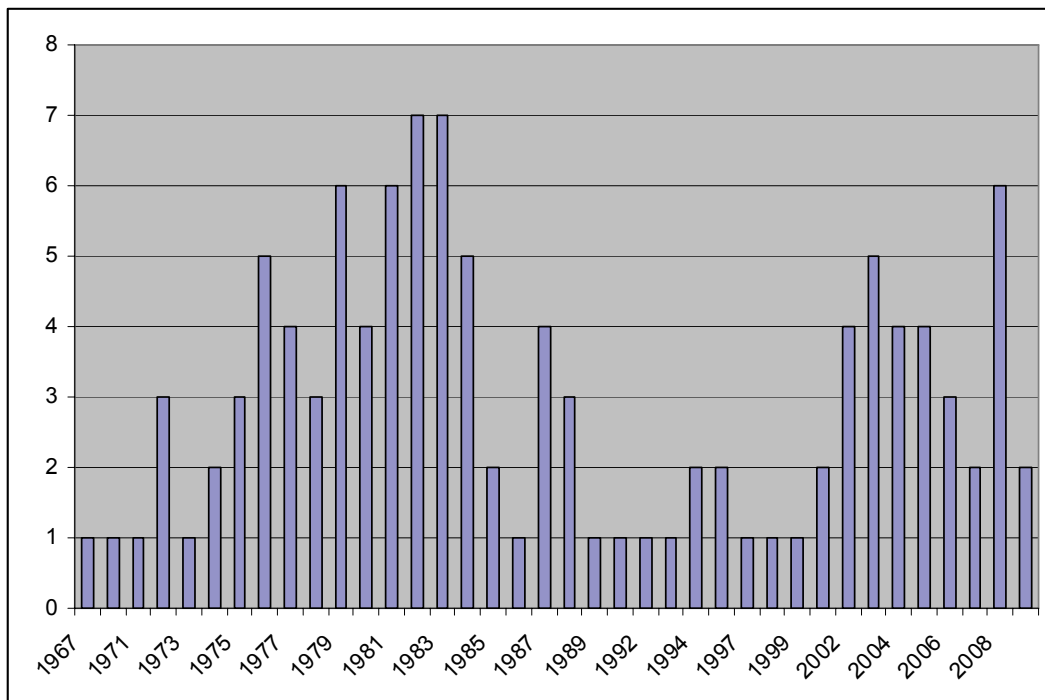
4.1 Inleiding

Zoals aangegeven is uitgegaan van 197 gezondheidscentra zoals deze op de LVG-website als apart lid staan vermeld. Van deze 197 is 70% onderdeel van een koepel van samenwerkingsverbanden.

Uit een eerste analyse blijkt dat 20% van de in totaal 197 gezondheidscentra op een Vinex-locatie is gevestigd. De centra die deel uitmaken van een koepel zijn relatief vaker op een Vinex-locatie gevestigd, 24%, tegen 12% onder de niet-gebonden ('zelfstandige') gezondheidscentra.

Ten tweede is nagegaan in welk jaar de centra zijn opgericht. Helaas was dit niet voor alle centra via de openbare bronnen goed te achterhalen. Van 112 centra (59%) kon het oprichtingsjaartal wel worden vastgesteld, waarbij aangemerkt moet worden dat hieronder de centra die deel uitmaken van een koepel wat oververtegenwoordigd zijn. Op basis hiervan is figuur 4.1 opgesteld. De verdeling naar jaar van oprichting is tweetoppig. De eerste golf van centra is opgericht tot aan het midden van de jaren tachtig. Daarna is de groei gestabiliseerd (zoals eerder in hoofdstuk 2 beschreven), maar vanaf 2002 is er sprake van een tweede golf van oprichtingen.

Figuur 4.1: Verdeling jaar van oprichting van 112 LVG-samenwerkingsverbanden/gezondheidscentra



Nadere analyse leert dat het gemiddelde vestigingsjaar van de centra die onder een koepel een redelijk aantal jaren terug telt. 34% van de centra die onder een koepel vallen is na 2000 opgericht, tegen 13% van de ‘zelfstandige’ centra.⁷ En ook geldt dat de leeftijd van de centra die op een Vinex-locatie gevestigd zijn relatief jong is. Gemiddeld zijn deze centra rond 1994 opgericht, terwijl de centra op een niet-Vinex-locatie gemiddeld rond 1984 zijn opgericht. Hierbij moet bedacht worden dat de Vinex-aanduiding zelf pas in 1984 is gebruik werd genomen.

4.2 Verschillen tussen de centra in hun presentatie van het zorgaanbod

Via de website en jaarverslagen als openbare bronnen, is gekeken welke gegevens gepresenteerd worden over het zorgaanbod van de gezondheidscentra. Hieronder worden de verschillen die er tussen de centra bestaan in termen van (deze) presentatie van het zorgaanbod getoond, uitgesplitst naar de drie achtergrondkenmerken: (1) of zij al dan niet deel uitmaken van een koepel, (2) of ze op een Vinex-locatie gevestigd zijn, en (3) of zij vóór of na 2003 zijn opgericht, zijnde de recente golf van centraoprichtingen in Nederland.

Hierbij wordt op voorhand verwacht dat centra die deel uitmaken van een koepel op hun website of in hun jaarverslag duidelijker hun zorgaanbod presenteren dan andere ‘zelfstandige’ centra. Lidmaatschap van een koepel brengt immers schaalgrootte met zich mee, dat zich kan uiten in een breder zorgaanbod en een betere *exposure* daarvan. We zullen in de analyse hiermee rekening houden door aparte analyses uit te voeren voor centra die onderdeel uitmaken van een koepel, en centra die niet onder een koepel vallen. *Binnen* beide groepen maken we vervolgens onderscheid tussen (1) centra die vóór en na 2003 zijn opgericht, en (2) centra die wel en niet op een Vinex-locatie zijn gevestigd. Hierbij hebben we twee verwachtingen:

- (1) De relatief ‘oude’ centra zullen op hun website/jaarverslag een breder zorgaanbod laten zien dan de ‘jongere’ centra. Eén van de oorzaken hiervoor zou kunnen zijn dat zij daadwerkelijk relatief veel zorgaanbod hebben, hetgeen kan samenhangen met het feit dat zij meer gebruik hebben kunnen maken van de overheidsregelingen die voor de eeuwwisseling beschikbaar waren. Hierbij is het uiteraard niet uitgesloten dat ook andere factoren een rol spelen die het zorgaanbod (en de presentatie daarvan) bepalen.
- (2) De centra die op een Vinex-locatie gevestigd zijn zullen op hun website/jaarverslag een breder zorgaanbod laten zien dan de centra die niet op een Vinex-locaties gevestigd zijn. Ook hiervoor zou één van de oorzaken kunnen zijn dat de Vinex-centra daadwerkelijk meer zorgaanbod hebben, hetgeen kan samenhangen met het feit dat zij gebruik hebben kunnen maken van de specifieke Vinex-regelingen die beschikbaar zijn/waren. Ook hierbij is het uiteraard niet uitgesloten dat ook andere factoren een rol spelen die het zorgaanbod (en de presentatie daarvan) bepalen.

Voor beide verwachtingen geldt dat deze niet als ‘strikte hypothesen’ geformuleerd zijn, maar eerder als aannames die richting geven aan de analyse.

⁷ Het verschil in gemiddeld oprichtingsjaar (1984,03 versus 1990,01) is op 5%-niveau significant (t-toets; verschil=5,98 jaar; standaardfout=2,53; p=0,020).

Tabel 4.1 toont eerst de resultaten waarbij de centra vergeleken worden die vóór en na 2003 opgericht zijn. Hierbij moet bedacht worden dat het hierbij om ‘slechts’ 60% van de centra gaat waarvan het oprichtingsjaar via de beschikbare bronnen vastgesteld kon worden (n=112).

Tabel 4.1: Percentage centra dat op haar website en/of in haar jaarverslag een bepaalde zorgdiscipline presenteert, uitgesplitst naar gezondheidscentra die al dan niet onder een koepel vallen, en uitgesplitst naar oprichting vóór of na 2003

Zorgaanbod	Centra onder koepel		Zelfstandige centra (niet onder een koepel)	
	opgericht vóór 2003	opgericht na 2003	opgericht vóór 2003	opgericht na 2003
Huisartsenzorg	98%	91%	96%	100%
Fysiotherapie	89%	82%	88%	50%
Diëtist	70%	50%	80%	50%
Apotheek	64%	41%	56%	75%
Maatschappelijk werk	93%	73%	84%	50%
Verloskundige	23%	27%	52%	75%
Psycholoog/psychiater	31%	23%	60%	0%
Logopedie	15%	23%	48%	25%
(Wijk/Praktijk)Verpleegkundigen	36%	23%	36%	0%
Consultatiebureau	41%	14%	32%	0%
Jeugdgezondheidszorg	39%	18%	40%	0%
Oefentherapeut mensendieck/Cesar	10%	5%	16%	0%
Bloedafnamedienst/prikpost	21%	18%	36%	25%
Thuiszorg	30%	9%	44%	50%
Tandarts	10%	5%	12%	25%
Manuele therapie	3%	5%	20%	0%
Ouderenzorg/werk	3%	9%	12%	0%
Ergotherapie	0%	0%	8%	0%
Apotheekservicepunt	10%	14%	0%	0%
Dermatoloog	0%	0%	0%	0%
<i>Gemiddeld aantal gepresenteerde disciplines</i>	<i>6,5</i>	<i>5,0</i>	<i>7,8</i>	<i>5,3</i>
N	61	22	25	4

Wat bevestigd wordt, is dat de centra opgericht vóór 2003 een groter zorgaanbod presenteren op hun website en in hun jaarverslag. Qua gemiddelde lijkt het verschil vooral groot voor de groep centra die niet onder een koepel vallen (7,8 versus 5,3), maar hierbij is de subgroep die na 2003 is opgericht eigenlijk te klein om daar duidelijke conclusies aan te verbinden. Bekijken we daarom alleen de verschillen binnen de groep centra die onder een koepel vallen, dan blijkt dat de ‘oudere’ centra vooral vaker apotheek, consultatiebureau, jeugdgezondheidszorg en thuiszorg als zorgaanbod presenteren dan de ‘jongere’ centra. Vergelijken we de gemiddelden binnen de groep centra die vóór 2003 zijn opgericht, dan zien we dat de centra die deel uitmaken van een koepel juist niet publiekelijk een diverser zorgaanbod presenteren dan de zelfstandige centra (6,5 tegen gemiddelde 7,8). Dit is tegengesteld aan onze verwachting, en wordt vooral veroorzaakt door het feit dat de ‘oudere’ zelfstandige centra opvallend vaker verloskundige, psychologische hulp, thuiszorg en manuele therapie op hun website presenteren.

De volgende tabel 4.2. toont vervolgens de verschillen als we uitsplitsen naar het feit of de centra op een Vinex-locatie gevestigd zijn of niet. Nu hebben de resultaten wel weer betrekking op de gehele groep centra die LVG-lid zijn (n=197).

Tabel 4.2: Percentage centra dat op haar website en/of in haar jaarverslag een bepaalde zorgdiscipline presenteert, uitgesplitst naar gezondheidscentra die al dan niet onder een koepel vallen, en uitgesplitst naar vestiging op Vinex-locatie of niet

Zorgaanbod	Centra onder koepel		Zelfstandige centra (niet onder een koepel)	
	gevestigd op Vinex-locatie	niet gevestigd op Vinex-locatie	gevestigd op Vinex-locatie	niet gevestigd op Vinex-locatie
Huisartsenzorg	97%	92%	75%	82%
Fysiotherapie	94%	64%	63%	66%
Diëtist	74%	49%	38%	57%
Apotheek	69%	40%	63%	46%
maatschappelijk werk	86%	56%	63%	52%
Verloskundige	34%	23%	63%	38%
Psycholoog/psychiater	29%	29%	50%	38%
Logopedie	31%	18%	38%	43%
(Wijk/Praktijk)Verpleegkundigen	20%	27%	0%	21%
Consultatiebureau	34%	21%	25%	20%
Jeugdgezondheidszorg	46%	13%	38%	23%
Oefentherapeut mensendieck/cesar	9%	11%	25%	13%
Bloedafnamedienst/prikpost	26%	17%	38%	18%
Thuiszorg	9%	16%	38%	31%
Tandarts	11%	8%	13%	11%
Manuele therapie	6%	4%	13%	11%
Ouderenzorg/werk	3%	4%	0%	5%
Ergotherapie	3%	0%	13%	7%
Apotheekservicepunt	23%	2%	0%	0%
Dermatoloog	0%	0%	0%	0%
<i>Gemiddeld aantal gepresenteerde disciplines</i>	<i>6,8</i>	<i>4,9</i>	<i>6,5</i>	<i>5,6</i>
N	33	104	7	53

Afgaande op de gemiddelden, zien we dat centra die op Vinex-locaties gevestigd zijn volgens verwachting een breder zorgaanbod op hun website of in hun jaarverslag laten zien. Binnen de groep zelfstandige centra is het verschil wat kleiner (6,5 om 5,6), waarbij de Vinex-subgroep weer wat klein is (n=7) om een betrouwbare subgroep-vergelijking te kunnen maken. Binnen de centra die onder een koepel vallen, is het duidelijk dat de Vinex-centra een relatief breed zorgaanbod presenteren (6,8 diensten tegen 4,9). Dit verschil komt vooral tot uiting in de fysiotherapie, jeugdgezondheidszorg, apotheek en het apotheek-servicepunt, jeugdgezondheidszorg en maatschappelijk werk. De centra op Vinex-locaties binnen de koepel-groep presenteren overigens ook enkele disciplines minder vaak op hun website/jaarverslag, zoals thuiszorg.

4.3 Verschillen tussen de centra in presentatie van de organisatie

De tweede analyse betreft de organisatiekenmerken van de centra, zoals die ook weer via de websites en jaarverslagen van de centra gepresenteerd zijn. Ook hier maken we weer een eerste basisonderscheid tussen centra die onder een koepel vallen en centra die zelfstandig zijn. Daarbinnen onderscheiden we centra die vóór of na 2003 zijn opgericht, en centra die wel of niet op een Vinex-locatie zijn gevestigd. We gaan er vanuit dat centra die deel uitmaken van een koepel, meer organisatieonderdelen op hun website/jaarverslag presenteren dan centra die zelfstandig zijn. Een koepel kan immers als ‘moedermaatschappij’ haar centra meer organisatieonderdelen bieden, en ook de prikkel om deze te exposeren zal voor deze centra groter zijn. Daarnaast hebben we, analoog aan de vorige paragraaf, de verwachting dat:

- De relatief ‘oude’ centra op hun website of in hun jaarverslag meer organisatieonderdelen zullen presenteren dan centra die ‘jonger’ zijn. Eén van de oorzaken hiervoor zou kunnen zijn dat zij daadwerkelijk relatief veel organisatieonderdelen hebben, hetgeen kan samenhangen met het feit dat zij meer gebruik hebben kunnen maken van de overheidsregelingen die voor de eeuwwisseling beschikbaar waren. Hierbij is het uiteraard niet uitgesloten dat ook andere factoren een rol spelen die de organisatievorm (en de presentatie daarvan) bepalen.
- De centra die op een Vinex-locaties gevestigd zijn op hun website of in hun jaarverslag meer organisatieonderdelen zullen presenteren dan centra die niet op Vinex-locaties gevestigd zijn. Eén van de oorzaken hiervoor zou kunnen zijn dat zij daadwerkelijk relatief veel organisatieonderdelen hebben, hetgeen kan samenhangen met het feit dat zij meer gebruik hebben kunnen maken van de specifieke Vinex-regelingen die beschikbaar zijn/waren. Hierbij is het uiteraard niet uitgesloten dat ook andere factoren een rol spelen die de organisatievorm (en de presentatie daarvan) bepalen.

Tabel 4.3 toont eerst weer de resultaten waarbij de centra vergeleken worden die vóór en na 2003 opgericht zijn, en ook hierbij benadrukken we nogmaals dat het hierbij om 60% van de centra gaat waarvan het oprichtingsjaar via de beschikbare bronnen vastgesteld kon worden (n=112).

Tabel 4.3: Percentage centra dat op haar website en/of in haar jaarverslag een bepaald organisatieonderdeel presenteert, uitgesplitst naar gezondheidscentra die al dan niet onder een koepel vallen, en uitgesplitst naar oprichting vóór of na 2003

Organisatieonderdeel	Centra onder koepel		Zelfstandige centra (niet onder een koepel)	
	opgericht vóór 2003	opgericht na 2003	opgericht vóór 2003	opgericht na 2003
Klachtencommissie	70%	68%	64%	50%
Raad van toezicht	23%	23%	12%	0%
Klachtenregeling	62%	73%	60%	50%
Patiënt/cliënt-tevredenheidonderzoek	34%	14%	24%	50%
Cliëntenraad	49%	32%	32%	25%
Privacyregeling	44%	36%	60%	0%
Certificering fysiotherapie en/of apotheek	21%	18%	8%	50%
Accreditatie huisartsen	21%	18%	28%	75%
Klachtenformulier online	36%	45%	16%	25%
Ondernemingsraad	13%	14%	0%	0%
Medewerkertevredenheid onderzoek	13%	9%	0%	0%
<i>Gemiddeld aantal gepresenteerde organisatieonderdelen</i>	<i>6,5</i>	<i>5,0</i>	<i>7,8</i>	<i>5,3</i>
N	61	22	25	4

De centra die vóór 2003 zijn opgericht hebben gemiddeld meer organisatieonderdelen vermeld op hun website of in hun jaarverslag, dan de centra die na 2003 zijn opgericht. Dit geldt zowel voor de centra die deel uitmaken van een koepel, als zij die zelfstandig zijn. Dit is dus conform de verwachting. Het verschil wordt binnen de groep centra onder een koepel veroorzaakt door aspecten als patiënt/cliënt-tevredenheidonderzoek, cliëntenraad en privacyregeling, alhoewel de verschillen tussen de percentages niet zo heel groot zijn. Vergelijking binnen de groep zelfstandige centra is te zeer beperkt door de kleine subgroep van 4 centra die opgericht zijn na 2003.

De volgende tabel 4.4. toont vervolgens de verschillen in organisatiepresentatie als we uitsplitsen naar het feit of de centra op een Vinex-locatie gevestigd zijn. Nu hebben de resultaten wel weer betrekking op de gehele groep centra die LVG-lid zijn (N=197).

Tabel 4.4: Percentage centra dat op haar website en/of in haar jaarverslag een bepaald organisatieonderdeel presenteert, uitgesplitst naar gezondheidscentra die al dan niet onder een koepel vallen, en uitgesplitst naar vestiging op Vinex-locatie of niet

Organisatieonderdeel	Centra onder koepel		Zelfstandige centra (niet onder een koepel)	
	gevestigd op Vinex-locatie	niet gevestigd op Vinex-locatie	gevestigd op Vinex-locatie	niet gevestigd op Vinex-locatie
Klachtencommissie	89%	39%	13%	43%
Raad van toezicht	20%	18%	0%	5%
Klachtenregeling	83%	39%	13%	39%
Patiënt/cliënt-tevredenheidonderzoek	26%	38%	13%	13%
Cliëntenraad	31%	34%	13%	15%
Herhaalrecept via internet aanvragen	17%	15%	50%	34%
Privacyregeling	63%	23%	25%	39%
Certificering fysiotherapie en/of apothek	6%	14%	0%	7%
Accreditatie huisartsen	6%	16%	13%	15%
Klachtenformulier online	71%	13%	0%	20%
Ondernemingsraad	3%	9%	0%	0%
Medewerkertevredenheid onderzoek	3%	8%	0%	0%
<i>Gemiddeld aantal gepresenteerde organisatieonderdelen</i>	<i>4,0</i>	<i>2,5</i>	<i>0,9</i>	<i>1,9</i>
N	33	104	7	53

Uit de tabel komen twee verschillen uitkomsten naar voren. Ten eerste zien we binnen de centra onder een koepel, dat zij die op een Vinex-locatie gevestigd zijn zich op de website met gemiddeld meer organisatieonderdelen presenteren. Twee organisatieonderdelen springen daarbij in het oog, namelijk de privacyregeling en het on-line klachtenformulier. Binnen de groep zelfstandige centra is het omgekeerde het geval; hier presenteren Vinex-centra juist gemiddeld minder organisatieonderdelen op hun website. Het verschil tussen beide subgroepen zit hier in de klachtenregeling en het online klachtenformulier. Ook hier moet weer aangetekend worden dat deze Vinex-subgroep relatief klein is (n=7).

4.4 Verschillen tussen de centra in presentatie van strategische kenmerken

We sluiten dit deelonderzoek 1 af met de analyse van een aantal indicatoren die als 'strategisch-onderscheidend' kunnen gelden voor gezondheidscentra. Zoals in het vorige hoofdstuk aangegeven is dit het meest lastig te operationaliseren domein, omdat het sterk tijd- en contextafhankelijk is wat 'strategisch-onderscheidend' is. Dit gezegd hebbende, presenteren we hieronder de resultaten van de mate waarin de onderwerpen 'e-consult', 'wetenschappelijk onderzoek' en 'elektronisch patiëntendossier' op de website of in de jaarverslagen zijn genoemd. De subgroep-analyses zijn dezelfde als hiervoor, dat wil zeggen, we maken ten eerste onderscheid tussen centra die onder een koepel vallen of niet. Hierbij verwachten we wederom dat de 'koepel-centra' vaker de genoemde strategische onderwerpen op hun website presenteren dan de zelfstandige centra. Vervolgens verwachten we, gegeven deze uitsplitsing, dat de 'oudere' centra deze strategische

onderwerpen ook vaker noemen. Dit omdat zij, onder andere, meer gebruik hebben kunnen maken van de overheidsregelingen om in deze onderwerpen te investeren. Dezelfde redenering wordt getoetst voor de centra die op een Vinex-locatie gevestigd zijn. Hierbij verwachten we eveneens dat deze centra van de specifieke Vinex-regeling gebruik hebben kunnen maken om meer te investeren in deze strategische onderwerpen.

Tabel 4.5 presenteert de resultaten voor de eerste subgroep-analyse, waarbij we weer te maken hebben met alleen die centra waarvan het oprichtingsjaar bekend is (n=112).

Tabel 4.5: Percentage centra dat op haar website en/of in haar jaarverslag bepaalde strategische onderwerpen presenteert, uitgesplitst naar gezondheidscentra die al dan niet onder een koepel vallen, en uitgesplitst naar oprichting vóór of na 2003

Strategisch onderwerp	Centra onder koepel		Zelfstandige centra (niet onder een koepel)	
	opgericht vóór 2003	opgericht na 2003	opgericht vóór 2003	opgericht na 2003
E-consult	8%	18%	16%	0%
Wetenschappelijk onderzoek	8%	0%	8%	0%
Elektronisch patiëntendossier	18%	9%	12%	0%
<i>Gemiddeld aantal strategische onderwerpen gepresenteerd</i>	<i>0,34</i>	<i>0,27</i>	<i>0,36</i>	<i>0,00</i>
N	61	22	25	4

De subgroep-vergelijking wordt nu bemoeilijkt door de lage percentages. Het lijkt erop dat centra die vóór 2003 zijn opgericht vaker de drie strategische onderwerpen op hun website presenteren. Wanneer we weer de centra die onder een koepel vallen apart nemen, dan zien we aan de ene kant dat de ‘oude’ centra inderdaad vaker het EPD en wetenschappelijk onderzoek presenteren, maar aan de andere kant noemen de ‘jonge’ centra weer vaker het e-consult. We zien overigens ook dat de ‘oude’ centra onder een koepel weinig verschillen van de zelfstandige centra.

Kijken we vervolgens naar tabel 4.6, die de verschillen toont als we uitsplitsen naar het feit of de centra op een Vinex-locatie gevestigd zijn (analyse voor alle centra die LVG-lid zijn, n=197).

Tabel 4.6: Percentage centra dat op haar website en/of in haar jaarverslag bepaalde strategische onderwerpen presenteert, uitgesplitst naar gezondheidscentra die al dan niet onder een koepel vallen, en uitgesplitst naar vestiging op Vinex-locatie of niet

Strategisch onderwerp	Centra onder koepel		Zelfstandige centra (niet onder een koepel)	
	gevestigd op Vinex-locatie	niet gevestigd op Vinex-locatie	gevestigd op Vinex-locatie	niet gevestigd op Vinex-locatie
E-consult	9%	8%	0%	13%
Wetenschappelijk onderzoek	14%	4%	13%	2%
Elektronisch patiëntendossier	3%	12%	13%	3%
<i>Gemiddeld aantal strategische kenmerken gepresenteerd</i>	<i>0,26</i>	<i>0,24</i>	<i>0,25</i>	<i>0,18</i>
N	33	104	7	53

Afgaande op de gemiddelden, is er weinig tot geen verschil tussen de subgroepen te constateren. De gemiddelden zijn echter ook nu gebaseerd op lage percentages, waardoor deze een minder solide basis voor vergelijking bieden dan de voorgaande subgroep-analyses. De interpretatie van Tabel 4.6 is dan ook niet eenduidig. Aan de ene kant zien we dat de Vinex-centra wat vaker wetenschappelijk onderzoek noemen op hun website of in hun jaarverslag. Voor de andere twee strategische kenmerken is echter geen systematisch verschil tussen beide Vinex-subgroepen te ontdekken. We moeten hier dan ook concluderen dat deze analyse geen duidelijke conclusies toelaat.

4.5 Samenvatting

In dit hoofdstuk zijn we nagegaan of gezondheidscentra verschillen in hun presentatie van hun zorgaanbod, organisatie, en een aantal strategische onderwerpen, op hun website of in hun jaarverslag. Gegeven alle methodische beperkingen van deze analyses, komt naar voren dat centra die deel uitmaken van een koepel niet systematisch méér hun zorgaanbod, organisatieonderdelen of strategische kenmerken presenteren dan zelfstandige centra. Wel zien we dat centra die vóór 2003 zijn opgericht meer hun zorgaanbod en organisatieonderdelen presenteren dan centra die na dit jaar zijn opgericht. Centra die op een Vinex-locatie zijn gevestigd, presenteren alleen vaker hun zorgaanbod op hun website dan centra die niet op een Vinex-locatie zijn gevestigd. De verwachting dat het koepel-lidmaatschap, de leeftijd, of de locatie van een gezondheidscentra systematisch terug te zien is in de (publieke) profilering van een gezondheidscentrum komt dus maar zeer ten dele uit. Het blijkt daarbij ook methodisch lastig om tot een betrouwbare subgroep-analyse van centra te komen, aangezien een standaard achtergrondkenmerk als oprichtingsjaar niet via openbare informatiebronnen voor alle centra te achterhalen bleek, en bovendien een aantal organisatie- en strategische kenmerken zeer weinig via websites en jaarverslagen worden genoemd.

Ook al zijn de resultaten van de analyses in dit hoofdstuk dus inhoudelijk weinig uitsluitend (en daardoor minder ‘bevredigend’), het toont evenwel ook aan dat het gebruik van secundaire (website)gegevens van gezondheidscentra maar een beperkte toetsingskracht heeft. Dit geeft redenen om ook andere onderzoeksmethoden toe te passen om gezondheidscentra in Nederland in kaart te brengen, waardoor de uitdagingen van representativiteit, betrouwbaarheid en validiteit uiteraard even groot zijn. In contrast en als aanvulling van deze analyse van secundaire gegevens, presenteren we in het volgende hoofdstuk de resultaten van de kwalitatieve interviewgegevens zoals verzameld onder centrabestuurders van enkele gezondheidscentra.

5 Resultaten deelonderzoek 2: diepte-interviews met enkele gezondheidscentrumbestuurders

5.1 Inleiding

In hoofdstuk 3 is beschreven hoe de diepte-interviews met de bestuurders van enkele gezondheidscentra in Nederland zijn voorbereid en uitgevoerd. Aan het begin van elk interview werd steeds eerst de agenda besproken, i.c. de drie hoofdonderwerpen die hiervoor aan een secundaire analyse zijn onderworpen: (1) het zorgaanbod, (2) de organisatie en (3) de (toekomst)strategie van het zelfstandige centrum of koepel. Een belangrijk verschil met de vorige analyse is dat dieper op deze thema's in kon worden gegaan in termen van (a) ontwikkelingen in de tijd, en (b) de relatie met de bekostigingsstructuur.

De drie onderwerpen worden hieronder aan de hand van de interviewverslagen, vergelijkenderwijs over alle 6 de centra en koepels gepresenteerd. Deze resultaten worden op anonieme wijze weergegeven; op verzoek van een aantal geïnterviewde bestuurders.

5.2 Ontwikkelingen in het zorgaanbod van de centra

Aan de bestuurders is in de interviews allereerst gevraagd hoe en wanneer de koepel of het centrum is opgericht, en hoe deze zich qua zorgaanbod sindsdien hebben ontwikkeld.

De meeste koepels zijn ontstaan uit een fusie. Zo is één koepel ontstaan uit een fusie van twee stichtingen, waar ten tijde van de fusie 17 gezondheidscentra onder vielen. Sinds de fusie zijn er nog zes bij gekomen, waarvan de meeste op een Vinex-locatie zijn opgericht. Een andere koepel is ontstaan door een fusie van twee bestaande gezondheidscentra. Vervolgens zijn er nog vier centra opgericht, waarvan enkele op een Vinex-locatie. Nog een andere koepel is ontstaan door een fusie van verschillende stichtingen. Tenslotte is één koepel ontstaan uit het gezamenlijk opzetten van een viertal gezondheidscentra. In de jaren daarna werden er nog zes gezondheidscentra opgezet. Een aantal centra werden zelfstandig opgezet door de koepel, in een Vinex wijk en in een wijk waarvan men vond dat de eerstelijnszorg niet toereikend was. Daarnaast ontstonden enkele centra in samenspraak met andere partijen, zoals de overname van een huisartsenpraktijk in verband met pensionering. Tussen de koepels zijn er ook verschillen te zien in de wijze waarop men nieuwe centra opzet. Zo zorgen sommige koepels ervoor dat bij de oprichting direct alle benodigde zorgverleners aanwezig zijn. Andere koepels zorgen bij de opzet van een centrum op een Vinex-locatie ervoor dat er één huisarts aanwezig is, maar daarbij wordt het betrekken van nieuwbouw zo lang mogelijk uitgesteld. Ook zijn er koepels die bij de opzet van een centrum op een Vinex-locatie beginnen met een 'nul-uren contract' en dit uitbreiden zodra het aantal patiënten toe neemt.

Bij de twee geïnterviewde zelfstandig centra ging de oprichting anders, kleinschaliger en geleidelijker. De oprichting van één centrum was het lokale initiatief van drie huisartsen, waarbij hun praktijken werden samengevoegd en andere disciplines werden betrokken. Het andere zelfstandige centrum is opgericht doordat een aantal huisartsen uit de regio

met pensioen wilden gaan. Om dit te ondervangen en het gemakkelijk te maken voor nieuw te vestigen huisartsen werd het gezondheidscentrum opgericht.

Wat betreft groei sinds de oprichting zijn er ook verschillen tussen de geïnterviewde koepels en zelfstandige gezondheidscentra. De meeste koepels hebben sinds de oprichting te maken met een sterke groei in het aantal patiënten, hetgeen samenhangt met de groei van het aantal aangesloten centra. De koepels voorzien ook een verdere groei in het aantal patiënten. Drie koepels kennen expliciete groeidoelstellingen, namelijk het patiëntenbestand vergroten met 50%. Deze groei wil één koepel realiseren door zich buiten de eigen regio te vestigen. Andere koepels willen de groei liever binnen de eigen regio verwezenlijken. Zo geeft één koepel aan groei te willen bereiken door zich te vestigen op het platteland en in achterstandswijken. Een andere koepel geeft aan te willen groeien door het ‘opkopen’ van praktijken in de eigen regio. Bij alle koepels geldt dat de onderhandelingspositie met de zorgverzekeraar een belangrijke reden is om te groeien. Zorgverzekeraars gaan volgens de koepels niet in onderhandeling met te kleine koepels of zelfstandige centra. Groei wordt tevens van belang gezien om een goede samenwerkingspartner te kunnen zijn met andere partijen. De meeste koepels stellen zich ten doel een ‘strategisch speler’ te worden, zich verder te ontwikkelen in protocollen voor chronische zorg, met meer partijen samen te werken, en mee te kunnen praten met de tweede lijn. Wat dit laatste betreft zijn er twee koepels die aangeven een zelfstandig behandelcentrum (ZBC) te willen oprichten om zo meer zorg uit de tweede lijn naar de eerste lijn te halen. Groei is voor de zelfstandige gezondheidscentra overigens veel minder van belang. Zo richt één zelfstandig centrum zich liever op het optimaliseren van de zorg, en het andere zelfstandig centrum op het leveren van goede en doelmatige facilitaire diensten. De twee zelfstandige centra hebben dan ook een redelijk stabiele patiëntenpopulatie. Wel is het zo dat de zelfstandige centra een toename in het aantal personeelsleden kennen. De zelfstandige centra geven aan dat patiënten meer zorg vragen dan voorheen en dat er meer taken voor de zorgverleners zijn, zoals bijvoorbeeld invulling geven aan zorgprogramma’s.

Bij de interviewvragen over de groei en ontwikkeling in het zorgaanbod, is de bestuurders tevens gevraagd welke rol de externe financiering hierbij gespeeld heeft.

Het gebruik van de CVZ-subsidie vormt een gemeenschappelijke financieringsbasis waarvan alle geïnterviewde zelfstandige centra en koepels in het verleden gebruik hebben gemaakt. De koepels geven daarnaast aan dat zij ook aanvullende financiering hebben verkregen. Eén koepel heeft financiering vanuit de gemeente gekregen in de vorm van de bouw van vier gezondheidscentra. Een andere koepel heeft in het verleden voor de oprichting van twee gezondheidscentra gebruik gemaakt van de Besluit Subsidiering Gezondheidscentra (BSG) regeling. De twee zelfstandige centra hebben geen structurele aanvullende financiering verworven. Wel heeft één centrum financiering gekregen uit de M&I gelden.

Op dit moment zijn alle geïnterviewde koepels en zelfstandige centra voor hun inkomsten afhankelijk van de zorgverzekeraar. Allen investeren relatief veel tijd in het onderhandelen met de dominante zorgverzekeraar in de regio, m.n. over de financiering van cliënten en behandelingen. Als gevolg hiervan brengen de koepels en centra hun klanten

in kaart, onderverdeeld naar chronisch zieken, zoals diabetici, patiënten met COPD en ouderen. Alle koepels en zelfstandige centra geven aan dat (tot op heden) de overige zorgverzekeraars in de regio de afspraken gemaakt met de dominante zorgverzekeraar volgen. Alle koepels en zelfstandige centra hebben met hen een keten-DBC voor diabetes afgesloten. Het krijgen van vergoedingen voor andere zorgprogramma's is in de meeste centra/koepels nog niet van start gegaan. Wel zijn de meeste koepels/centra bezig met het opzetten van zorgprogramma's voor COPD en hartfalen. Naast onderhandelingen met de dominante zorgverzekeraar geven enkele koepels aan ook te onderhandelen met andere partijen, maar dit is een precair/politiek proces.

Qua financiering noemen alle koepels en zelfstandige gezondheidscentra het probleem dat zorgverzekeraars niet op één lijn zitten. Hierdoor moeten er veel aparte afspraken gemaakt worden. Ook wordt steeds onduidelijker of de niet-dominante zorgverzekeraars in de regio de afspraken met de dominante zorgverzekeraar wel zullen blijven volgen. Twee koepels geven desondanks aan dat zij de samenwerking en onderhandelingen met de dominante zorgverzekeraar in de regio als positief ervaren, en er sprake is van een 'partnership'.

In tabel 5.1 worden de antwoorden die hierboven besproken zijn in tabel vorm samengevat.

Tabel 5.1: Antwoorden van koepels en centra op een aantal vragen over het zorgaanbod samengevat

	Koepel B	Koepel C	Koepel D	Koepel E
Vinex	10%	83%	33%	12,5%
Oprichtingsjaar	1982	1999	2003	1985
Huidig aantal patiënten	≈80.000	≈160.000	≈50.000	≈40.000
Contract met zorgverlener	Loondienst	Loondienst	Zelfstandige praktijken	Loondienst
Knelpunten bij zorgaanbodontwikkeling	Niet uniform indicatoren zorgverzekeraars Binnenhalen van mannelijke huisartsen	Bindingsproblemen hoogopgeleide vrouwen Informatiesystemen en programma's gericht op monodisciplinaire zorg	Zorgverzekeraars niet op 1 lijn Individuele afspraken grote zorgverzekeraars Zorgverzekeraars solisten in stand houden	Monodisciplinaire zorg vaak niet in achterstandswijken Niet uniform indicatoren zorgverzekeraars
Groei	Uitbreiding patiëntenpopulatie	Stabiele patiëntenpopulatie	Groei personeel Uitbreiding patiëntenpopulatie	-
	Gezondheidscentrum A		Gezondheidscentrum C	
Vinex	Nee		Nee	
Oprichtingsjaar	1978		2007	
Huidig aantal patiënten	≈18.000		≈35.000	
Contract met zorgverlener	Zelfstandige praktijken en maatschappen		Zelfstandige praktijken	
Overige verzekeraar of partij				
Knelpunten bij zorgaanbodontwikkeling	Samenwerking ziekenhuis Innovatiegelden binnen halen Onduidelijkheid of zorgverzekeraars afspraken met voornaamste zorgverzekeraar blijven volgen		Individuele afspraken grote zorgverzekeraars	
Groei	Groei personeel Stabiele patiëntenpopulatie		Groei personeel in loondienst Stabiele patiëntenpopulatie	

5.3 Ontwikkelingen in de organisatie van de centra

Ten tweede is aan de bestuurders in het interview gevraagd hoe hun organisatie is opgebouwd, en welke prestatie-indicatoren zij zelf hanteren om hun organisatieontwikkelingen te monitoren. Hierbij is met hen specifiek gereflecteerd op het Balanced Score Card instrument dat in hoofdstuk 3 is beschreven.

In termen van organisatieontwikkeling geven alle koepels en gezondheidscentra aan het klantenperspectief het belangrijkste te vinden. Zij brengen dit op verschillende manieren in kaart. Een aantal koepels en twee zelfstandige centra doen dit met behulp van het instrument Eerstelijnszorgcentra door Cliënten Bekeken (ECB). Twee andere koepels passen de Consumer Quality index (CQ-index) toe. Een argument voor deze koepels is dat aan het gebruik van de CQ-index minder kosten verboden zijn. Daarnaast geven alle koepels en centra aan dat zij klantprestatie-indicatoren hanteren die door de zorgverzekeraars voorgeschreven worden. De meeste centra en koepels zijn daarin volgend

voor wat betreft de zorgverzekeraar en de indicatoren die zij van belang achten. Eén koepel heeft juist in samenspraak met de dominante zorgverzekeraar een eigen klanttevredenheidsmodel ontwikkeld. Hierbij wordt ook specifiek in kaart gebracht of de zorgprogramma's daadwerkelijk zorgen voor minder ziekenhuisopnamen. Een andere koepel verricht driejaarlijks patiëntenonderzoek, een andere koepel kent een actieve cliëntenraad en verricht daarnaast klanttevredenheidsprojecten.

Met name de koepels noemen daarnaast nog andere prestatie-indicatoren. Zo heeft één koepel haar eigen prestatie-indicatoren ontwikkeld, zoals voorschrijfgedrag, productiecijfers, zittingen/consulten per klacht, maar ook medewerkertevredenheid. Ook heeft deze koepel een project opgezet met een onderzoeksinstituut bij twee van haar gezondheidscentra. De inzet van dit project is om een integrale kwaliteitsmeting mogelijk te maken waarin de prestatie-indicatoren gebruikt worden om enkele koepels onderling te benchmarken. Een andere koepel maakt gebruik van de Balanced Scorecard en geeft aan dat zij deelneemt aan een 'zorgkosten-onderzoek', waarbij de doelmatigheid van de eerstelijnszorg wordt onderzocht. De zelfstandige centra geven aan wat minder uitgebreid binnen de eerstelijnsdisciplines zelfstandig kwaliteitsmetingen te verrichten.

Tabel 5.2: Antwoorden van koepels en centra op een aantal vragen over organisatie-ontwikkeling en prestatie-indicatoren samengevat

	Koepel B	Koepel C	Koepel D	Koepel E
Vinex	10%	83%	33%	12,5%
Oprichtingsjaar	1982	1999	2003	1985
Toekomstontwikkeling	Verdubbelen aantal patiënten ZBC's oprichten (substitutie) Zelf verzekering aanbieden	Verdubbeling van het aantal patiënten Buiten regio infra-structuur gezondheidscentra Strategisch speler blijven	Groei naar 100.000 patiënten Strategisch partner worden Aanspreekpunt eerste lijn regio	Groei van aantal praktijken door overname Steeds betere kwaliteit van zorg leveren
Indicatoren	ECB Medewerkers-tevredenheidonderzoek Eigen indicatoren (productiecijfers, etc) Indicatoren zorgverzekeraar	Prestatie indicatoren balanced scorecard Indicatoren gegeven door zorgmanagers ECB Indicatoren zorgverzekeraar	CQ index klantenperspectief PIG model Patiëntenonderzoek Indicatoren zorgverzekeraar	Klanttevredenheid project CQ index klantenperspectief Indicatoren zorgverzekeraar
Balanced Score Card ingevuld	Nee	Nee	Ja	Nee
	Gezondheidscentrum A		Gezondheidscentrum C	
Vinex	Nee		Nee	
Oprichtingsjaar	1978		2007	
Toekomstontwikkeling	Optimaliseren geleverde zorg Samenwerking met andere GC		Facilitaire diensten leveren aan zorgverleners binnen GC Mee praten met tweede lijn	
Indicatoren	ECB Indicatoren zorgverzekeraar Kwaliteitsmeting binnen disciplines		ECB Medewerker tevredenheidonderzoek (dit jaar) Indicatoren zorgverzekeraar	
Balanced Score Card ingevuld	Ja		Ja	

De door ons ontwikkelde Balanced Score vragenlijst, zoals aangereikt voor elk interview, ervoeren alle koepels en centra de structuur en items als nuttig en herkenbaar. Wel vroegen enkele koepels zich af of de vragenlijst specifieke en diepgaand genoeg was. Een aantal koepels, en beide centra, gaven aan dat het maken van prestatievergelijkingen tussen de eigen centra en/of centra in de regio lastig was. Daarentegen was er ook één koepel die aangaf dat het maken van vergelijkingen met andere centra in de regio juist geen probleem was. Voor één koepel en één centrum gold dat zij moeite hadden met het maken van vergelijkingen van hun prestaties ten opzichte van twee jaar geleden. Dit kwam doordat zij dit niet bijhielden of door het relatief korte bestaan van de organisatie. Wat betreft de financiële prestatie-indicatoren gaf een zelfstandig centrum aan dat de vragen teveel gericht waren op organisaties waarbij de zorgverleners in loondienst zijn. Voor een aantal koepels was dit minder een probleem.

Tabel 5.2 geeft een overzicht van de verschillende antwoorden die in deze paragraaf besproken zijn van de bestuurders van de geïnterviewde koepels en centra.

5.4 Ontwikkelingen in de strategie van de centra

Ten derde is de bestuurders gevraagd wat nu volgens henzelf de strategie en het onderscheidend vermogen van de eigen organisatie is; gegeven de eerdere thema's over organisatieontwikkeling, financiering en prestatie-indicatoren.

Door een aantal koepels en één gezondheidscentrum wordt allereerst het hebben en ontwikkelen van specifieke en innovatieve zorgprogramma's genoemd. Hierbij wordt naar voren gebracht dat men een specifiek programma heeft voor valpreventie, of dat men als één van de eerste een diabetesprogramma (en DBC) gefinancierd kreeg. Een andere koepel gaf aan dat men innovatieve projecten opzet rond vrouwenbesnijdenis en obesitas bij kinderen, weer een andere koepel rond polyfarmacie (het gebruik van vijf of meer medicijnen) bij ouderen, een zelfstandig centrum geeft aan innovatieve projecten te hebben met betrekking tot pijn en stoppen met roken. Het andere zelfstandige centrum geeft aan onderscheidend te zijn wat betreft het optimaliseren van de zorgprogramma's voor diabetes en COPD, waarbij verschillende initiatieven tegelijkertijd worden ondernomen. Zo houden zij zich bezig met het opzetten en uitvoeren van integrale ouderenprogramma's.

Ten tweede wordt door een aantal koepels en één gezondheidscentrum ICT als onderscheidend genoemd. Hierbij wordt zorg op afstand genoemd met behulp van internet (E-health), het hebben van een eigen ICT-organisatie, of het hebben van een robot bij één van de apotheken. Eén van de zelfstandige centra geeft aan onderscheidend te zijn in ICT wat betreft veilig e-mail verkeer binnen het gezondheidscentrum en het lanceren van een patiëntenportaal waar patiënten terecht kunnen om bijvoorbeeld herhaalmedicatie aan te vragen.

Ten derde worden als onderscheidende factoren genoemd dat men als koepel of centrum nieuwe samenwerkingsvormen heeft en/of verkent. Eén koepel noemt dit het doorbreken van een 'organisatie-paradigma', een ander noemt de transparante samenwerking met de zorgverzekeraar als onderscheidend vermogen, weer een andere koepel het opzetten van apotheken. Eén zelfstandig centrum richt zich op 'wijkservice-zones'.

Tabel 5.3 geeft een overzicht van de verschillende antwoorden van de bestuurders van de geïnterviewde koepels en centra.

Tabel 5.3: Antwoorden van koepels en centra op een aantal vragen over onderscheidend vermogen samengevat

	Koepel B	Koepel C	Koepel D	Koepel E
Vinex	10%	83%	33%	12,5%
Oprichtingsjaar	1982	1999	2003	1985
Toekomst	Verdubbelen aantal patiënten	ZBC's oprichten (substitutie)	Zelf verzekering aanbieden Verdubbeling van het aantal patiënten	Buiten regio infrastructuur gezondheidscentra
Onderscheidend/innovatief	Ontwikkeling zorgprogramma's Pilot E-health Programma valpreventie	Infrastructuur gezondheidszorg Zorgkosten onderzoek	Organisatorisch ICT (robot)	Transparante communicatie met zorgverzekeraar Projecten opzetten, zoals vrouwenbesnijdenis, polyfarmaci en obese kinderen Polis i.s.m. zorgverzekeraar
	Gezondheidscentrum A		Gezondheidscentrum C	
Vinex	Nee		Nee	
Oprichtingsjaar	1978		2007	
Onderscheidend/innovatief	Specifieke projecten (pijnproject, stoppen met roken project) Wijkservicezones ICT (programmatuur opvragen gegevens, uitwisseling patiënt gegevens, patiëntenportaal)		Veel initiatieven tegelijk (zorgprogramma's, fragiele ouderen, preventie)	

6 Samenvatting en conclusies

Dit onderzoek is opgezet vanuit de vraag hoe gezondheidscentra in Nederland zich qua zorgaanbod, organisatie en strategie door de tijd hebben ontwikkeld, en welke rol beleidsontwikkelingen daarbij hebben gespeeld. Deze vraag wordt gesteld tegen de achtergrond van marktwerking in de gezondheidszorg, en veranderende opvattingen over de bekostiging van gezondheidscentra. Enerzijds nemen de gezondheidscentra, gezien hun ondernemerschap, een zekere voortrekkersrol in binnen de tendens tot meer marktwerking binnen de eerstelijnsgezondheidszorg. Anderzijds geldt de opvatting dat overheidsfinanciering van gezondheidscentra noodzakelijk en wenselijk is aangezien dit ondernemerschap plaats vindt binnen haar publieke verantwoordelijkheid. Hiermee is het een open vraag in hoeverre de overheid de directe financiële ondersteuning van gezondheidscentra in Nederland tot haar 'systeemverantwoordelijkheid' rekent.

Met dit onderzoek hebben we getracht een bijdrage te leveren aan deze vraagstelling door een beschrijving te geven van een groot aantal gezondheidscentra in Nederland, en de meningen van een aantal bestuurders van gezondheidscentra en koepels op een rij te zetten. De uitkomsten van beide deelonderzoeken worden hieronder kort samengevat aan de hand van de drie geformuleerde vraagstellingen.

(1) Wat kan gezegd worden over het zorgaanbod, de organisatie en strategie van de huidige groep gezondheidscentra in Nederland op basis van openbare, secundaire bronnen, en hoe verschillen centra hierin naar locatie en leeftijd?

De gezondheidscentra in Nederland hebben sinds de jaren zestig van de vorige eeuw eerst een snelle, daarna een langzamere groei ontwikkeld. Ondanks eerst positieve evaluaties van de meerwaarde van de (toen nieuwe) gezondheidscentra, is de groei halverwege de jaren tachtig sterk afgeremd, en is er pas in het laatste decennium weer sprake van groei en schaalvergroting door de opmars van de grotere gezondheidscentra en koepels.

Voor het eerste deel van dit onderzoek is een inhoudsanalyse gemaakt van de websites van alle 197 gezondheidscentra die thans als samenwerkingsverband lid zijn van de LVG. Hieruit blijkt dat centra die deel uitmaken van een koepel niet systematisch méér hun zorgaanbod, organisatieonderdelen of strategische kenmerken *online* presenteren. Wel zien we dat centra die vóór 2003 zijn opgericht meer hun zorgaanbod en organisatieonderdelen presenteren dan centra die na dit jaar zijn opgericht. Centra die op een Vinex-locatie zijn gevestigd, presenteren alleen vaker hun zorgaanbod op hun website of in hun jaarverslag dan centra die niet op een Vinex-locatie zijn gevestigd. Bij dit deelonderzoek blijkt het vooral methodisch lastig om tot een betrouwbare subgroep-vergelijking van centra te komen, doordat een standaard achtergrondkenmerk als oprichtingsjaar niet via openbare informatiebronnen voor alle centra te achterhalen bleek. Bovendien blijft het een prominent meetprobleem dat een aantal organisatie- en strategische kenmerken van

gezondheidscentra slechts indirect via websites en jaarverslagen kunnen worden vastgesteld.

(2) *Welke rol hebben de bekostigingsstructuur en beleidsmaatregelen gespeeld bij de ontwikkeling van gezondheidscentra in termen van zorgaanbod, organisatie en strategie, vanaf hun oprichting, en zijn hierin systematische verschillen tussen centra te ontdekken, en zo ja, welke?*

In aanvulling op het voorgaande deelonderzoek zijn ter beantwoording van deze vraag met semi-gestructureerde interviews kwalitatieve gegevens verzameld onder centra-bestuurders van een zestal (zoveel mogelijk verschillende) gezondheidscentra.

Hieruit blijkt dat alle centra gebruik hebben gemaakt van de financiële ondersteuning voor gezondheidscentra en samenwerkingsverbanden vanuit de overheid, waaronder tot voor kort de CVZ-regeling. Allen anticiperen op de afbouw van deze regeling. Over het algemeen vindt men het onduidelijk op welk subsidiebeleid ze eventueel nu wel kunnen rekenen en welke voorwaarden daarvoor gelden. De focus van alle bestuurders is primair gericht op onderhandelingen met zorgverzekeraars. De capaciteit en ambitie om deze onderhandelingen te voeren zijn het grootst bij de snel groeiende koepels. Zij verkennen het werven van nieuwe financiering door samenwerking met tweede lijn of ‘anderhalve lijns’ instellingen, en nieuwe mogelijkheden om met zorgverzekeraars strategisch samen te werken dan wel juist te beconcurreren. De centrabestuurders zijn, soms bewust, minder ambitieus zowel wat betreft hun financiële als de organisatorische ontwikkeling. Alle bestuurders van centra en koepels richten zich op het ontwikkelen van een onderscheidend vermogen, en investeren zonder uitzondering in innovaties voor hun specifieke cliëntengroepen en gebieden.

Alle bestuurders geven aan dat het onderhandelen met verschillende zorgverzekeraars over tarieven, contracten en prestatie-indicatoren een strategische maar ook lastige opgave is. Sommige koepels hebben de ambitie om hiervoor zoveel mogelijk onderhandelingsmacht te verzamelen, anderen proberen zo compact mogelijk hun centrum te besturen. Vanuit de centra zelf bezien is omvang (‘massa’) in termen van personeel en cliënten dus het meest bepalend voor de organisatieontwikkeling en bekostiging. Er lijkt te gelden dat de grote koepels groter willen worden, en de kleine centra klein willen blijven. Het feit of centra (onder koepels) op Vinex-locaties gevestigd zijn of worden lijkt geen specifieke invloed te hebben. Vanuit de omgeving van de centra bezien, is de regionale setting ten opzichte van andere eerste en tweede lijninstellingen en de positie van de dominante zorgverzekeraar medebepalend voor de bekostiging en organisatieontwikkeling.

De uit het bedrijfsleven afkomstige *Balanced Score Card* blijkt bij de geïnterviewde centra- en koepelbestuurders een bekend instrument te zijn om zowel de financiële en niet-financiële prestaties in vergelijkend perspectief, en via de *self assessment* methode te meten. In de praktijk gebruiken de bestuurders deze methode niet, omdat er reeds een grote variëteit aan andere indicatoren bestaat. De meeste koepels en centra hebben te maken met prestatie-indicatoren die ingegeven zijn door hun (dominante)

zorgverzekeraars. Enkele koepelbestuurders hebben echter ook zelf het initiatief genomen om prestatie-indicatoren te ontwikkelen, en die voor interne en externe *benchmarking* te gebruiken. De geënquêteerde bestuurders zijn, ongeacht locatie of leeftijd van hun centra of koepel, bewust en gericht bezig om hun zorgaanbod, organisatie en strategie verder te ontwikkelen om externe financiering zoveel mogelijk te waarborgen.

(3) Welke conclusies kunnen op basis van de antwoorden op vraag 1 en 2 getrokken worden ten aanzien van de rol van publieke bekostiging bij het oprichten en consolideren van gezondheidscentra?

De conclusie die uit het eerste deelonderzoek getrokken kan worden is dat secundaire (openbare) gegevens van gezondheidscentra beperkt zijn om hun zorgaanbod, de organisatie en zeker strategie cijfermatig in kaart te brengen. En daarmee is ook het doel om deze kenmerken van alle gezondheidscentra in Nederland te relateren aan hun bekostigingsstructuur (zoals die geïndiceerd kan worden aan de hand van (Vinex-)locatie en oprichtingsjaar/periode), slechts beperkt bereikt. De verschillen die tussen centra zijn gevonden, geven in ieder geval niet eenduidig aan dat centra die meer gebruik hebben kunnen maken van overheidsfinanciering ook een breder zorgaanbod of bredere organisatie kennen. De relatie tussen overheidsfinanciering en de strategie van de centra is op basis van de verzamelde gegevens ook niet te leggen. Hieruit concluderen we dat voor het representatief en cijfermatig analyseren van de veronderstelde relatie tussen bekostiging en (algemeen geformuleerd) prestaties van gezondheidscentra andere bronnen en methoden aangewend dienen te worden. Gedacht kan worden aan een grootschalige enquête onder centrabestuurders, het gebruik maken van methoden voor zelfregistratie, of gegevens van ‘derde partijen’ zoals zorgverzekeraars en inspecties. Bij al deze alternatieve methoden vormen – evenzeer als in het hier uitgevoerde deelonderzoek – validiteit, betrouwbaarheid en representativiteit een uitdaging. Dat geldt ook voor de definitie, identificatie en classificatie van wat ‘een gezondheidscentrum’ in Nederland is.

De conclusie uit het tweede deelonderzoek bieden wat meer aanknopingspunten voor verdere gedachtevorming over bekostiging van gezondheidscentra. De geïnterviewde centrabestuurders geven aan dat beleidsontwikkelingen en bekostigingsstructuren steeds een directe invloed hebben gehad op hun zorgaanbod, organisatie en strategie. Wel lijken zij steeds meer de omslag te maken die in de managementliteratuur bekend staat als het denken van ‘buiten naar binnen’ naar het denken van ‘binnen naar buiten’. Met name de koepelbestuurders voeren een strategie die uitgaat van de eigen kerncompetenties en de ambitie om daarmee de externe stakeholder-omgeving te beïnvloeden, in plaats van deze te laten domineren. Nagenoeg alle centrabestuurders geven aan dat zij vooral bezig zijn de toegenomen complexiteit in de bekostiging en beleidscontext te beheersen en daar waar mogelijk te reduceren. Het bestaan van de grote variëteit aan prestatie-indicatoren is hiervoor illustratief. Om de relatie tussen bekostiging en prestaties inzichtelijk te kunnen maken, is het dus wenselijk om de bestaande prestatie- en kwaliteitssystemen die voor gezondheidscentra bestaan (1) te inventariseren, (2) inhoudelijk en methodologisch met elkaar te vergelijken in een meta-analyse, en (3) te verkennen of hierin eenduidigheid aan te brengen is, gegeven de verschillende doelen waarvoor de prestatie- en kwaliteitssystemen gebruikt zullen worden. Het is aan te bevelen hierbij ook de arbeidsmarktpositie

van gezondheidscentra en koepels te betrekken, mede met het oog op het dreigende personeelstekorten en regionale verschillen. Ook lijkt het verstandig om een onderscheid te maken tussen centra die zelfstandig zijn of deel uitmaken van een koepel. Een onderscheid naar leeftijd lijkt hierbij minder relevant, maar naar locatie dient wel rekening te worden gehouden maar dan specifiek met betrekking tot de doel/patiëntenpopulatie waarop de centra zich richten.

De vraag welke rol publieke bekostiging speelt bij het oprichten en consolideren van gezondheidscentra blijft uiteindelijk ook een kwestie van politieke keuzes. Als we dit in historisch perspectief bekijken, dan zien we dat de gezondheidscentra in Nederland sinds de jaren zestig van de vorige eeuw eerst een snelle, daarna een langzamere groeiontwikkeling doorgemaakt. In totaal is het percentage huisartsen en patiënten dat via een gezondheidszorg wordt bediend landelijk relatief klein gebleven; behalve in de Vinex-gebieden. Ondanks positieve evaluaties van de meerwaarde van de (toen nieuwe) gezondheidscentra, is de groei halverwege de jaren tachtig sterk afgeremd, en is er pas in het laatste decennium weer sprake van groei. Deze golfbeweging is voor een deel te relateren aan de verandering in het subsidiebeleid, maar dit verklaart de facto niet waarom in het laatste decennium er weer een opleving is van het aantal opgerichte gezondheidscentra. Een deelverklaring kan zijn dat het hier centra betreft die onderling zijn samengegaan (schaalvergroting en consolidatie) en de nieuwe financierings-systematiek via de zorgverzekeraars juist hebben aangegrepen om zo meer onderhandelingsmacht te verwerven. Schaalvergroting was geen noodzakelijke strategie voor het verwerven van overheidssubsidie, maar na de stelselwijziging – voor het verwerven van financiële steun van zorgverzekeraars wél.

Kijken we naar de huidige gezondheidscentra dan profileren en organiseren deze zich in toenemende mate binnen een gereguleerde markt. Kijken we naar het ondernemersmodel van zowel de relatief oude als nieuwe gezondheidscentra, dan is duidelijk dat vestiging en/of nieuwe huisvesting altijd diepte-investeringen vergen die door zonder externe financieringsbronnen niet tot stand kunnen komen. Naast de overheid en zorgverzekeraars bieden banken, projectontwikkelaars en gemeenten vooralsnog weinig financiële houvast aan gezondheidscentra voor het realiseren van vestiging en/of nieuwbouwplannen. Bestaande koepels, gezondheidscentra of huisartspraktijken hebben zelden voldoende kapitaal om geheel nieuwe centra op te richten. Het is dus begrijpelijk dat centra of koepels van centra momenteel in bijna alle gevallen groeien op basis van samenwerking of ‘overname’ van bestaande praktijken en centra. In het verleden zagen we eveneens dat de vestiging van nieuwe centra sterk samenhang met het beschikbaar komen van overheidssubsidie. De laatste jaren is er dus een nieuwe ‘speelveld’ ontstaan, waarin zorgverzekeraars de oprichting van (nieuwe) gezondheidscentra zouden moeten ondersteunen, maar waarin deze weinig direct prikkels lijken te hebben om dat te doen. De bestuurders die voor dit onderzoek aan het woord zijn gelaten, geven dan ook unaniem aan dat de onzekerheid van externe startfinanciering groter is geworden, omdat al juist aan de reguliere bekostiging van de eerstlijnsproductie veel voorwaarden worden gesteld die veel onderhandeling met de zorgverzekeraars vergen.

De vraag is dan of de overheid hiervoor juist een stabiele financieringsbasis moet leveren, haar eigen voorwaarden voor financiering moet stellen, of juist haar financiële steun aan de gezondheidscentra geheel moet afschaffen. Maar ook is de vraag relevant of publieke bekostiging zich specifiek moet richten op de vestiging (via een ‘injectie’) of consolidatie (via een ‘infuus’) van nieuwe gezondheidscentra. Wil men de oorspronkelijke doelstelling vast houden om gezondheidscentra koplopers te laten zijn in een sterke geïntegreerde eerste lijn, dan is het ook zinvol om vanuit overheidswege de initiatieven tot inter-organisatorische samenwerking van gezondheidscentra financieel te blijven ondersteunen. Hierbij kan verwezen worden op het relatieve succes van gezondheidscentra die dankzij overheidssteun op Vinex-locaties snel een eerste lijnsvoorziening hebben kunnen opbouwen. De potentiële meerwaarde van multidisciplinaire samenwerking kan zich juist in nieuwe woongebieden ontwikkelen, maar de financiering ervan dient wel even snel met de groei van zorgaanbieders en zorgvragers mee te groeien. Het lijkt vooralsnog nodig om niet alleen een ‘financiële injectie’ maar ook een ‘financieel infuus’ voor nieuwe gezondheidscentra te mobiliseren, wellicht in *public-private partnerships*, om zo de gewenste samenhang binnen de eerste lijn op wijkniveau te realiseren. Afstemming met de huidige beleidsprogramma’s van de LVG, ROS-sen en subsidieprogramma zoals Op één Lijn biedt hierbij belangrijke mogelijkheden om de voorwaarden voor een dergelijke financiering ex-ante en ex-post te evalueren.

Literatuurlijst

- Bakker D.H. de, Polder J.J., Sluijs E.M., Treurniet H.F., Hoeymans N., Hingstman L., Poos M.J.J.C., Gijsen R., Griffioen D.J., Velden L.F.J. van der. Op één lijn. Toekomstverkenning eerstelijnszorg 2020. NIVEL en RIVM, 2005.
- Boerma W.G.W. Verminderde groei van het aantal gezondheidscentra. Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg, 65[23].
- Eyck A. Wet Maatschappelijke Ondersteuning. Landelijke Vereniging Georganiseerde eerste lijn, 2008.
- Eyck A. De weerbarstige werkelijkheid. De opbouw van gezondheidscentra onder marktwerking: een voorbeeld van bestuurlijke onmacht. Health Management Forum. 2 juni 2009, pp. 18-19.
- Hansen, J., Nuijen T., Hingstman L. Monitor multidisciplinaire samenwerkingsverbanden in de eerste lijn. NIVEL, 2007.
- Hingstman L., Hoekstra J. Gezondheidscentra peiling 1997: gezondheidscentra in Nederland op gemeenteniveau. NIVEL, 1998.
- Hopman E.P.C., Batenburg R., Bakker D.H. de. Organisatorische samenwerkingsverbanden binnen de eerste lijn – een inventarisatie. NIVEL, 2009.
- Kaplan, R., Norton, D. The Balanced Scorecard: Translating Strategy into Action. Harvard Business School Press, 1996.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Intentieverklaring Versterking Eerstelijnszorg, 2004. , ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Kamerstuk, Aanloopfinanciering geïntegreerde eerstelijnszorg in nieuwbouwgebieden. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 06-02-2009.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Kamerstuk, Doelstellingenbrief Eerstelijnszorg. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 03-07-2008.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Kamerstuk, Dynamische Eerstelijnszorg. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 25-01-2008.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Kamerstuk, Intentieverklaring versterking eerstelijnszorg. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 02-09-2004.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Kamerstuk, Praktijkplan geïntegreerde eerstelijnszorg. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 04-05-2006.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Kamerstuk, Versterking geïntegreerde eerstelijnszorg. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 03-09-2007.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. PIVOT 133. Volksgezondheidssubsidies, een institutioneel onderzoek naar het beleidsinstrument subsidiering op het terrein van volksgezondheid 1945-1997. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, PIVOT 133, 2002.
- Nederlandse Zorgautoriteit. Beleidsregel CV-7000-3.0.-2 Samenwerking ten behoeve van geïntegreerde eerstelijnszorgproducten. Nederlandse Zorgautoriteit, 2009.
- Nederlandse Zorgautoriteit. Beleidsregel CV-7000-4.0.-3/CA-359 Innovatie ten behoeve van nieuwe zorgprestaties. Nederlandse Zorgautoriteit, 2009.
- Nederlandse Zorgautoriteit. Factsheet Beleidsregel Samenwerking ten behoeve van geïntegreerde eerstelijnszorgproducten. Nederlandse Zorgautoriteit, 20-11-2008.
- Peters L. Discussie: Onderzoek naar gezondheidscentra. Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg, 62[2], 1984.
- Peters L., Wijkkel D. Meerkosten en besparingen van gezondheidscentra. Medisch contact, [3], 20-01-1984.
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg Zorg voor je gezondheid! Gedrag en gezondheid: de nieuwe ordening. Discussienota uitgebracht door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Den Haag, april 2010.
- Schouten I., Langeveld E., Maaten M., Faassen H. van. Besteding gelden regionale ondersteuning eerstelijnszorg. College Toezicht Zorgverzekeringen, 08-06-2006.

Bijlage: De Balanced Score Card vragenlijst voor gezondheidscentra



Nederlands instituut
voor onderzoek van de
gezondheidszorg

Otterstraat 118-124
Postbus 1568
3500 BN Utrecht
Telefoon 030 2 729 700

Onderzoek naar de structuur en dynamiek van gezondheidscentra

Koepel van gezondheidscentra

[NAAM KOEPEL]	Datum verzending deze interviewlijst: [..-.-.....] Datum afspraak bezoek: [..-.-..... om met dhr./mevr. [NAAM]
---------------	--

ALGEMENE VRAGEN

1. Zijn de centra die onder uw stichting vallen volgroeide centra of aanloopcentra?

	Volgroeid centrum	Aanloopcentrum
Gezondheidscentrum [NAAM]		
Gezondheidscentrum [NAAM]		
Gezondheidscentrum [NAAM]		
Gezondheidscentrum [NAAM]		
Gezondheidscentrum [NAAM]		
Gezondheidscentrum [NAAM]		

2. Zijn de centra die onder uw stichting vallen in de volgende jaartallen opgericht?

	Jaartal	Ja	Nee, namelijk
Gezondheidscentrum [NAAM]	[JAARTAL]		
Gezondheidscentrum [NAAM]	[JAARTAL]		
Gezondheidscentrum [NAAM]	[JAARTAL]		
Gezondheidscentrum [NAAM]	[JAARTAL]		
Gezondheidscentrum [NAAM]	[JAARTAL]		
Gezondheidscentrum [NAAM]	[JAARTAL]		

3. Hoe zijn de verschillende centra vanaf hun oprichting bij de opstart gefinancierd?

	Financiering bij oprichting
Gezondheidscentrum [NAAM]	
Gezondheidscentrum [NAAM]	
Gezondheidscentrum [NAAM]	
Gezondheidscentrum [NAAM]	
Gezondheidscentrum [NAAM]	
Gezondheidscentrum [NAAM]	

4. Hoe zijn de verschillende centra vanaf hun oprichting – in het algemeen omschreven – gegroeid?

	Groeiontwikkeling bij oprichting
Gezondheidscentrum [NAAM]	
Gezondheidscentrum [NAAM]	
Gezondheidscentrum [NAAM]	
Gezondheidscentrum [NAAM]	
Gezondheidscentrum [NAAM]	
Gezondheidscentrum [NAAM]	

VRAGEN MET BETREKKING TOT HET KLANTENPERSPECTIEF

5. Brengt u in kaart welke klanten bij de verschillende centra onder uw stichting gebruik maken van de diensten?

Ja, door middel van: (methode, overzicht, matrix, schema)
Nee, want: (reden)

6. In welke segmenten deelt u uw klanten in de meeste gevallen in, of hoe zou u deze willen indelen?

--

7. Kunt u aangeven welke klantsegmenten economisch het meest belangrijk zijn voor de verschillende centra die onder uw stichting vallen?

--

8. Onderstaand vindt u enkele aspecten die te maken hebben met het klantenperspectief. Kunt u door middel van een rapportcijfer een inschatting geven hoe uw koepel als geheel op deze aspecten scoort (1) op dit moment, (2) ten opzichte van 2 jaar geleden en (3) ten opzichte van vergelijkbare gezondheidscentra in uw regio?

	Op dit moment (rapportcijfer)	Ten opzichte van 2 jaar geleden (rapportcijfer)	Ten opzichte van vergelijkbare gezondheidscentra in uw regio (rapportcijfer)
Klanttevredenheid	_____	_____	_____
Klantrouw/loyaliteit	_____	_____	_____
Klant beveelt uw centrum aan anderen aan	_____	_____	_____
Aantal klachten	_____	_____	_____
Afhandeling klachten	_____	_____	_____
Wachttijden	_____	_____	_____
Doorlooptijden	_____	_____	_____

9. Zijn bovenstaande antwoorden van toepassing op alle centra die onder uw stichting vallen? Zo niet kunt u aangeven om welke centra dit gaat en wat hier anders voor is.

	Ja
	Nee, namelijk:

VRAGEN MET BETREKKING TOT FINANCIËEL PERSPECTIEF

10. Kunt u door middel van een rapportcijfer aangeven hoe u de financiële situatie van uw koepel beoordeeld (1) op dit moment, (2) ten opzichte van 2 jaar geleden en (3) ten opzichte van vergelijkbare gezondheidscentra in uw regio?

	Op dit moment (rapportcijfer)	Ten opzichte van 2 jaar geleden (rapportcijfer)	Ten opzichte van vergelijkbare gezondheidscentra in uw regio (rapportcijfer)
Financieel rendement	---	---	---
Solvabiliteit	---	---	---
Groei van de omzet	---	---	---
Beheersing/reductie van kosten	---	---	---
Voldoende productieomvang	---	---	---
Geconsolideerd financieel resultaat voor belastingen	---	---	---
Totale budget	---	---	---
Eigen vermogen	---	---	---
Weerstandsvermogen	---	---	---
Liquiditeit	---	---	---

11. Zijn bovenstaande antwoorden van toepassing op alle centra die onder uw stichting vallen? Zo niet kunt u aangeven om welke centra dit gaat en wat hier anders voor is.

	Ja
	Nee, namelijk:

VRAGEN MET BETREKKING TOT INTERN ORGANISATIEPERSPECTIEF

12. Onderstaand vindt u enkele knelpunten die te maken hebben met de interne organisatie. Kunt u door middel van een wegingscijfer van 1 (speelt niet) tot 5 (speelt prominent) aangeven hoezeer deze aspecten spelen in de centra onder uw stichting (1) op dit moment en (2) ten opzichte van vergelijkbare gezondheidscentra in uw regio?

	Op dit moment (wegingscijfer 1-5)	Ten opzichte van vergelijkbare gezondheidscentra in uw regio (wegingscijfer 1-5)
Efficiënter werken	—	—
Aantrekken van nieuw personeel	—	—
Vasthouden van zittend personeel	—	—
Afstoten van overtollig personeel	—	—
Onvoldoende personeel als gevolg van verlof- en vakantie-regelingen	—	—
Onvoldoende personeel door veel deeltijders	—	—
Geringe doorstroom van vrouwen naar hogere functies	—	—
Vergrijzing personeel	—	—
Ziekteverzuim	—	—
WAO-instroom	—	—
Beheersing werkdruk	—	—
Beperkingen als gevolg van arbeidstijden-regelingen	—	—
Lage productiviteit personeel	—	—
Hoge loonkosten	—	—
Arbeidsconflicten en spanningen in de organisatie	—	—
Overige knelpunten, namelijk: _____	—	—

13. Zijn bovenstaande antwoorden van toepassing op alle centra die onder uw stichting vallen? Zo niet kunt u aangeven om welke centra dit gaat en wat hier anders voor is.

	Ja
	Nee, namelijk:

14. Onderstaand vindt u een aantal thema's over het personeelsbeleid. Kunt u door middel van een rapportcijfer aangeven hoe u het personeelsbeleid van de centra die onder uw stichting vallen beoordeeld, (1) op dit moment, (2) ten opzichte van 2 jaar geleden en (3) ten opzichte van vergelijkbare gezondheidscentra in uw regio?

	Op dit moment (rapportcijfer)	Ten opzicht van 2 jaar geleden (rapportcijfer)	Ten opzichte van vergelijkbare gezondheidscentra in uw regio (rapportcijfer)
Personeelsplanning	_____	_____	_____
Wervingsbeleid	_____	_____	_____
Loopbaanbeleid	_____	_____	_____
Arbeidsvoorwaarden	_____	_____	_____
Exit-beleid, outplacement	_____	_____	_____
Arbeidsomstandigheden	_____	_____	_____
Ziekteverzuim	_____	_____	_____
Reïntegratiebeleid	_____	_____	_____
Medezeggenschap	_____	_____	_____

15. Zijn bovenstaande antwoorden van toepassing op alle centra die onder uw stichting vallen? Zo niet kunt u aangeven om welke centra dit gaat en wat hier anders voor is.

	Ja
	Nee, namelijk:

VRAGEN MET BETREKKING TOT INNOVATIE BINNEN UW ORGANISATIE

16. Welke belangrijke, nieuwe producten of diensten heeft uw stichting de laatste 5 jaar ontwikkeld voor de gezondheidscentra? Dit kan op allerlei gebieden zijn. Graag de vijf belangrijkste kort omschrijven.

17. Onderstaand vindt u enkele aspecten die te maken hebben met innovaties binnen uw organisatie. Kunt u door middel van een rapportcijfer aangeven hoe u de innovatiekracht van de centra die onder uw stichting vallen beoordeeld, (1) op dit moment, (2) ten opzichte van 2 jaar geleden en (3) ten opzichte van vergelijkbare gezondheidscentra in uw regio?

	Op dit moment (rapportcijfer)	Ten opzicht van 2 jaar geleden (rapportcijfer)	Ten opzichte van vergelijkbare gezondheidscentra in uw regio (rapportcijfer)
Het zelf ontwikkelen van nieuwe producten of diensten	—	—	—
Het aanboren van nieuwe doelgroepen	—	—	—
Het toepassen van nieuwe (zorg)technieken	—	—	—
Het toepassen van nieuwe management- en/of organisatiemethoden	—	—	—
Het uitvoeren van verbeterprojecten	—	—	—
Het uitbouwen van competenties door opleiding	—	—	—
Het benutten van talenten van personeel	—	—	—
Samenwerkingsverbanden met anderen	—	—	—
Het toepassen van ICT	—	—	—

18. Zijn bovenstaande antwoorden van toepassing op alle centra die onder uw stichting vallen? Zo niet kunt u aangeven om welke centra dit gaat en wat hier anders voor is.

	Ja
	Nee, namelijk:

AFSLUITENDE VRAGEN

19. Onderstaand vindt u een aantal veranderingen die in de centra die onder uw stichting vallen zouden kunnen voorkomen. Kunt u door middel van een wegingscijfer van 1 (speelt niet) tot 5 (speelt prominent) aangeven hoezeer deze aspecten spelen in de centra onder uw stichting (1) op dit moment, (2) ten opzichte van vergelijkbare centra in uw regio?

	Op dit moment (wegingscijfer 1-5)	Ten opzichte van vergelijkbare gezondheidscentra in uw regio (wegingscijfer 1-5)
Bezuinigingen	---	---
Andere organisaties die uw centra willen overnemen	---	---
Andere organisatie die u wilt overnemen	---	---
Een (bestuurlijke) fusie	---	---
Een verzelfstandiging of privatisering	---	---
Afstoting van onderdelen	---	---
Een interne reorganisatie	---	---
Snelle uitbreiding van het personeelsbestand	---	---
Snelle inkrimping	---	---
Herplaatsing van personeel	---	---
Om- en bijscholing van personeel	---	---
Verhuizing, verbouwing	---	---

20. Zijn bovenstaande antwoorden van toepassing op alle centra die onder uw stichting vallen? Zo niet kunt u aangeven om welke centra dit gaat en wat hier anders voor is.

	Ja
	Nee, namelijk: