

Vergaderjaar 2010–2011

29 247

Acute zorg

Nr. 150

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 5 september 2011

Door middel van dit schrijven bericht ik u over de wijze waarop ik het subsidiebeleid voor geïntegreerde eerstelijnscentra in VINEX¹-gebieden voort zal zetten. Als bijlage is het «Beleidskader eerstelijnscentra in grootschalige nieuwbouwlocaties» bijgesloten. Het beleidskader is het vervolg op het subsidiebeleid zoals opgenomen in de brief aan de Tweede Kamer van 15 mei 2009 (Kamerstukken II 2008–2009, 29 247, nr. 92). Dat subsidiebeleid had betrekking op de jaren 2009 en 2010. Het onderhavige beleidskader geldt voor de periode 2011 tot en met 2013.

Specifieke problematiek

De integrale zorg in de buurt, dichtbij de mensen, vind ik van groot belang. Zowel in steden als op het platteland. Het opstarten van geïntegreerde eerstelijnscentra in grootschalige nieuwbouwlocaties gaat gepaard met specifieke aanloopproblemen. Zo zijn zorgverzekeraars terughoudend met het doen van investeringen, omdat het onduidelijk is of er voldoende van hun verzekerden in de wijk komen wonen. Door uitgestelde oplevering van huizen loopt de instroom van bewoners en dus ingeschreven patiënten dikwijls vertraging op. Daarnaast verstrekken banken vaak onvoldoende krediet of tegen te hoge rentelasten om de aanloopfase van het centrum gefinancierd te krijgen.

Compensatieregeling

Het is van groot belang dat er ondanks bovengeschetste aanloopproblemen geïntegreerde zorg wordt aangeboden in grootschalige nieuwbouwlocaties. Daarom zullen bepaalde gezondheidscentra in grootschalige nieuwbouwlocaties contractueel worden belast met het aanbieden van die zorg bij wijze van dienst van algemeen economisch belang. Dit betekent dat zij de taak hebben om op die locaties geïntegreerde eerstelijnszorg te verlenen en verder te ontwikkelen. Hiertoe zullen zij gedurende de aanlooperperiode ter compensatie subsidie

¹ VINEX-gebieden zijn in 1993 door de minister van VROM aangewezen als uitbreidingsgebieden voor steden. Het betreft de woningproductie tussen 1995 en 2005 in het kader van de Vierde Nota Ruimtelijke Ordening Extra. Kortom, de woningproductie na 2005 is per definitie geen VINEX. Om beter aan te sluiten bij de gebieden waarin zich problemen voordoen bij de opstart van grote eerstelijns samenwerkingsverbanden wordt ook gesproken over «grootschalige nieuwbouwlocaties in voorheen onbebouwd gebied».

ontvangen. Daarvoor heb ik een beleidskader opgesteld, in het verlengde van de voormalige subsidiefaciliteit voor gezondheidscentra in VINEX-gebieden uit 2009 en 2010. Hiervoor stel ik structureel drie miljoen euro per jaar beschikbaar. Gezondheidscentra die zich in 2011, 2012 en 2013 in de opstartfase bevinden (de eerste vijf jaar na de start van het zorgaanbod in het centrum) kunnen compensatie aanvragen voor de praktijkkosten, zijnde kosten voor personeel, huisvesting en automatisering. De aanvraag zal getoetst worden aan diverse voorwaarden, zoals omschreven in het beleidskader.

Ik vertrouw erop u hiermee voldoende geïnformeerd te hebben.

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E. I. Schippers

Inleiding

De zorg binnen de eerstelijns kenmerkt zich door een generalistische zorgverlening en laagdrempelige toegang. Deze zorg in de buurt is gericht op de mens in zijn omgeving en heeft een ambulante karakter. Geïntegreerde eerstelijnszorg betreft multidisciplinaire eerstelijnszorg, die door meerdere zorgaanbieders met verschillende disciplinaire achtergronden in samenhang wordt geleverd.

De gebruikelijke manier waarop geïntegreerde eerstelijnszorg tot stand komt is dat er, in een reeds bestaande woonwijk, verschillende zorgprofessionals gaan samenwerken. Geïntegreerde eerstelijnscentra (hierna te noemen gezondheidscentra) worden in bestaande wijken meestal opgestart voor een beoogde populatie vanaf circa 8 000 inschrijvingen. Deze schaalgrootte is doorgaans voldoende om een breed geïntegreerd zorgaanbod te organiseren.

Het opstarten van gezondheidscentra in grootschalige nieuwbouwlocaties gaat gepaard met specifieke aanloopproblemen. Zo zijn zorgverzekeraars terughoudend met het doen van investeringen, omdat het onduidelijk is of er voldoende verzekerden in de wijk komen wonen. Door uitgestelde oplevering van huizen loopt de instroom van bewoners en dus ingeschreven patiënten dikwijls vertraging op. Daarnaast verstrekken banken vaak onvoldoende krediet, of tegen hoge rentelasten, om de aanloopfase van het centrum gefinancierd te krijgen. Er zijn dus diverse problemen voor het realiseren van geïntegreerde eerstelijnszorg op grootschalige nieuwbouwlocaties. Door deze specifieke marktproblemen kunnen gezondheidscentra daar niet van de grond komen.

Vanwege dit marktfalen en gelet op het publieke belang wordt in de periode tot en met 2013 het ontwikkelen en aanbieden van geïntegreerde eerstelijnszorg tijdens de realisatie van grootschalige nieuwbouwlocaties in voorheen onbebouwd gebied aangewezen als dienst van algemeen economisch belang (DAEB) in de zin van de beschikking van de Commissie van de Europese Gemeenschappen van 28 november 2005 (2005/842/EG). Gezondheidscentra, zijnde ondernemingen, zullen bij overeenkomst worden belast met de uitvoering van deze dienst. Ter compensatie ontvangen zij gedurende de aanloopfase van het realiseren van het gezondheidscentrum een instellingssubsidie op grond van de Kaderregeling VWS-subsidies. Deze compensatie houdt rekening met de werkelijke kosten en opbrengsten, opdat overcompensatie wordt voorkomen. In dit tijdelijke beleidskader wordt het subsidiebeleid voor geïntegreerde eerstelijnscentra in grootschalige nieuwbouwlocaties uiteengezet.

Achtereenvolgens komen hierin aan de orde:

1. Nieuwbouwlocaties
2. Geïntegreerde eerstelijnscentra
3. Subsidievoorwaarden
4. Verplichtingen

1. Nieuwbouwlocaties

Dit subsidiebeleid is gericht op grootschalige nieuwbouwlocaties in voorheen onbebouwd gebied. Bekende grootschalige nieuwbouwlocaties werden ook wel VINEX-gebieden genoemd. VINEX-gebieden zijn in 1993 door de toenmalige minister van VROM aangewezen als uitbreidingsgebieden voor steden. Het betreft de woningproductie tussen 1995 en 2005

in het kader van de Vierde Nota Ruimtelijke Ordening Extra. De woningproductie na 2005 is per definitie geen VINEX. Om beter aan te sluiten bij de gebieden waarin zich problemen voordoen bij de opstart van grote eerstelijns samenwerkingsverbanden wordt hierna gesproken over «grootschalige nieuwbouwlocaties in voorheen onbebouwd gebied».

Criteria waaraan een grootschalige nieuwbouwlocatie moet voldoen zijn de volgende:

- Er is sprake van «voorheen onbebouwd» gebied. Er mag dan geen sprake zijn van herontwikkeling van huisvesting. Met voorheen onbebouwd gebied wordt in de regel bedoeld voormalig landbouwgebied (inclusief eventuele kleinschalige woningbouw zoals boerderijen) en/of voormalig industrieel complex en/of gebied wat door drooglegging vrijkomt.
- Het beoogd aantal inwoners van het nieuwe woongebied na realisatie van de betreffende plannen ligt op minimaal 8000. In de aanvraag dient een nadere omschrijving van het gebied plaats te vinden waaronder de opgave van recente bouwplannen en postcodes van het gebied. De nieuwbouwlocatie dient in de aanvraag van de subsidie gespecificeerd te worden, onder meer door middel van een opgave van de postcodes.

2. Geïntegreerde eerstelijnscentra

Dit subsidiebeleid is voorts gericht op geïntegreerde eerstelijnscentra ofwel gezondheidscentra.

Gezondheidscentra kunnen in hoofdlijnen op twee verschillende manieren georganiseerd zijn.

In de meest eenvoudige vorm bestaat een gezondheidscentrum uit een enkele rechtspersoon die het centrum exploiteert en het (medisch) personeel in dienst heeft voor het verlenen van de eerstelijns gezondheidszorg. In dat geval komt de desbetreffende rechtspersoon voor subsidie in aanmerking. De essentie van de andere wijze van organiseren van gezondheidscentra is dat er een rechtspersoon is die het gezondheidscentrum exploiteert en dat andere (rechts)personen in dat centrum de eerstelijns gezondheidszorg aanbieden. De zorgaanbieders betalen voor het gebruik van het centrum. Ook in dit geval komt de rechtspersoon die het gezondheidscentrum exploiteert voor subsidie in aanmerking.

De rechtspersoon, zijnde de onderneming, die een gezondheidscentrum exploiteert wordt hier verder aangeduid als exploitant.

3. Subsidievoorwaarden

De exploitant van een gezondheidscentrum in een grootschalige nieuwbouwlocatie kan worden belast met een dienst van algemeen economisch belang. Dit betekent dat de exploitant de taak heeft om tijdens de realisatie van die nieuwbouwlocatie geïntegreerde eerstelijnszorg te verlenen en verder te ontwikkelen. Hiervoor kan aan de exploitant op grond van de Kaderregeling VWS-subsidies jaarlijks een instellingssubsidie worden verstrekt.

Subsidie kan worden verkregen voor praktijkkosten zijnde kosten voor personeel, huisvesting en automatisering voor zover deze kosten aanvaardbaar zijn in vergelijking met de kosten van soortgelijke gezondheidscentra. Voorts is het toegestaan een voorziening te treffen voor ziekte en arbeidsongeschiktheid tot maximaal 7,56% van de loonsom. Uiteraard wordt slechts subsidie verstrekt voor kosten die niet door anderen vergoed worden of kunnen worden. De subsidie bedraagt

jaarlijks minimaal € 125 000 en maximaal € 300 000 per gezondheidscentrum. De subsidie wordt uitsluitend verleend in de eerste vijf kalenderjaren na de start van het zorgaanbod in het gezondheidscentrum en zolang er binnen die periode naar verwachting in het desbetreffende subsidiejaar nog geen 8 000 inwoners zijn. Dit geldt ook als het gezondheidscentrum van exploitant wisselt, bijvoorbeeld als gevolg van een fusie.

Om voor subsidie in aanmerking te komen, dient aan de volgende criteria te worden voldaan:

- Het gezondheidscentrum staat open voor alle inwoners van de nieuwbouwlocatie en de exploitant heeft aannemelijk gemaakt dat een te behalen patiëntenaantal van minimaal 8 000 patiënten realistisch is.
- Er is een multidisciplinair zorgaanbod. Het zorgaanbod bestaat uit minimaal drie disciplines, waarbij er in ieder geval sprake is van huisartsgeneeskundige zorg en ten minste twee andere eerstelijns disciplines.
- Er is sprake van een geïntegreerd zorgaanbod. Ten aanzien van de samenwerking is er afstemming en coördinatie van samenhangende zorginterventies tussen de betrokken disciplines. Daar waar de verschillende disciplines niet door personeel van de exploitant wordt verzorgd, is er een samenwerkingsovereenkomst gebaseerd op een gezamenlijke visie op geïntegreerde eerstelijnszorg waarin is vastgelegd op welke wijze samenwerking plaatsvindt.
- Er is een zorgaanbodplan.
- De continuïteit van het gezondheidscentrum is gewaarborgd. Uiterlijk vijf jaar na de start het gezondheidscentrum kan het zonder subsidie geëxploiteerd worden.
- Indien de exploitant de zorg niet zelf aanbiedt, heeft de exploitant overeenkomsten met zorgaanbieders gesloten waarin de continuïteit is gegarandeerd.
- Er zijn schriftelijke afspraken rondom geïntegreerde eerstelijnszorg met de preferente zorgverzekeraar. Uit deze afspraken blijkt de ondersteuning van het samenwerkingsverband door de preferente zorgverzekeraar en dat er zicht is op een toekomstig contract, waarbij wordt uitgegaan van de NZa-beleidsregel Geïntegreerde Eerstelijnszorgproducten en waarmee de continuïteit van het gezondheidscentrum is geborgd.

Indien de realisatie van woningen in het grootschalige nieuwbouwgebied zodanige vertraging oploopt dat het aantal inwoners onvoldoende is om het gezondheidscentrum na vijf jaar zonder subsidie te exploiteren, kan de subsidieperiode met maximaal twee jaren verlengd worden. In alle gevallen is de maximale subsidie over de gehele subsidieperiode € 1 500 000.

In de Kaderregeling VWS-subsidies is de wijze van verstrekking van de instellingssubsidie geregeld. Hier wordt onder meer gewezen op de bepalingen met betrekking tot de aanvraag en de verantwoording. Uit de aanvraag dient te blijken dat voldaan wordt aan de in dit beleidskader omschreven criteria om voor subsidie in aanmerking te komen. Daartoe is onder andere een meerjarenbegroting nodig waaruit blijkt dat het gezondheidscentrum na afloop van de jaren waarin de subsidie wordt verstrekt zonder subsidie kan worden geëxploiteerd. Bij het opstellen van de meerjarenbegroting wordt uitgegaan van de bekostigingssystematiek zoals die op dat moment geldt. Tevens is van belang een onderbouwde raming van de ontwikkeling van het inwonertal in het nieuwbouwgebied. Vanzelfsprekend worden bij de aanvraag ook de bovengenoemde overeenkomsten meegestuurd.

4. Verplichtingen

Aan de subsidie is de verplichting verbonden tot het sluiten van een zogenaamde uitvoeringsovereenkomst tussen het gezondheidscentrum en het ministerie van VWS. In deze overeenkomst wordt de exploitant belast met de onderhavige dienst van algemeen economisch belang, te weten het verlenen en verder ontwikkelen van geïntegreerde eerste-lijnszorg tijdens de realisatie van het desbetreffende nieuwbouwgebied.

Indien de rechtspersoon naast het uitvoeren van de dienst van algemeen economisch belang nog andere activiteiten uitvoert, dient sprake te zijn van een gescheiden boekhouding, zodat de lasten en baten van de verschillende activiteiten gescheiden zijn en duidelijk is welke daarvan betrekking hebben op de uitvoering van de dienst van algemeen economisch belang.

Voor het overige gelden de gebruikelijke verplichtingen uit hoofde van de Kaderregeling VWS-subsidies. Zo wordt bij de vaststelling van een subsidie gezien wat de werkelijke kosten en opbrengsten zijn. Subsidiegelden die na uitvoering van de subsidiabele activiteiten niet besteed zijn, worden toegevoegd aan een zogenaamde egalisatiereserve. De egalisatiereserve bedraagt ten hoogste 10% van de verleende subsidie. Indien de egalisatiereserve meer dan 10% bedraagt zal dit worden teruggevorderd. Zolang er gesubsidieerd wordt, kan de egalisatiereserve in het daaropvolgende jaar worden ingezet als de subsidie tekortschiet. Aldus vindt geen overcompensatie plaats.

5. Tot slot

Dit beleidskader is het vervolg op het subsidiebeleid ten aanzien van gezondheidscentra zoals opgenomen in de brief aan de Tweede Kamer van 15 mei 2009 (Kamerstukken II 2008–2009, 29 247, nr. 92). Dat subsidiebeleid had betrekking op de jaren 2009 en 2010. Het onderhavige beleidskader geldt voor de daarop aansluitende periode van 2011 tot en met 2013. In deze periode wordt gezien of en zo ja hoe de onderhavige financiering vanaf 2014 kan plaatsvinden. Gezondheidscentra dienen er derhalve rekening mee te houden dat met ingang van 2014 geen subsidies meer worden verstrekt.

Voor indiening van de aanvraag tot verlening van subsidie gelden de volgende, deels afwijkende, termijnen:

- voor het kalenderjaar 2011: uiterlijk 1 november 2011;
- voor het kalenderjaar 2012: uiterlijk 1 december 2011;
- voor het kalenderjaar 2013: uiterlijk 1 oktober 2012.

Voor de aanvraag van de subsidie wordt een speciaal formulier gebruikt. Dit formulier is te verkrijgen via de website van het ministerie van VWS.