

## Onderzoek financiële knelpunten bij extramuralisering

**Verslag van een onderzoek naar de situatie van vier  
geëxtramuraliseerde verzorgingshuizen**

9 februari 2009

## Inhoud

	Samenvatting.....	3
	Inleiding.....	6
1	Kostenstructuur organisaties verschilt sterk, VPT gereconstrueerd .....	9
	Kostenstructuur organisaties verschilt sterk .....	9
	Het VPT is gereconstrueerd met behulp van benchmarkgegevens .....	11
	Voor het leveren van nachtzorg, welzijn en maaltijden is een minimum aantal VPT-cliënten benodigd .....	12
	Nachtzorg .....	12
	Welzijn .....	13
	Maaltijden .....	13
	De vergoeding voor huishoudelijke hulp binnen het VPT is gebaseerd op een intramuraal appartement.....	13
	Conclusie .....	14
2	Scenario-analyse toont waarde van VPT als deeloplossing .....	15
3	VPT past vooral bij intramuraal bedrijfsmodel .....	20
	De groep geëxtramuraliseerde verzorgingshuizen is niet homogeen .....	20
	Het VPT is geënt op de intramurale situatie en biedt daarom geen oplossing voor de vier zorgorganisaties .....	21
	Situatie cliënt .....	22
	Slotconclusie en aanbevelingen .....	22

## Samenvatting

Een aantal zorgorganisaties in de VVT-sector heeft het ministerie benaderd omdat zij in hun specifieke situatie te weinig mogelijkheden zien om tot een kostendekkende exploitatie te komen. Het gaat om organisaties die zorg bieden aan cliënten die voorheen in een verzorgingshuis opgenomen waren of opgenomen zouden kunnen worden, maar die extramuraal wonen. Voor deze vorm is destijds gekozen vanwege de door alle partijen (cliënten, zorgaanbieders en ministerie van VWS) gewenste scheiding van wonen en zorg.

Deze organisaties stellen dat met name het bieden van een integraal pakket waarvan ook nachtzorg, zorg op afroep, maaltijden en welzijnsactiviteiten deel uitmaken, niet langer meer mogelijk is. Zij geven aan dat de extramuraal tarieven – die voor hen van toepassing zijn - deze activiteiten niet dekken en dat eerder uitgekeerde specifieke subsidies worden stopgezet.

Het ministerie heeft besloten om dit vraagstuk te laten onderzoeken en daarbij ook te laten nagaan of het Volledig Pakket Thuis in deze situatie een oplossing zou bieden. Het VPT is een budget waarmee cliënten met een indicatie voor een intramuraal zorgzwaartepakket de benodigde zorg- en dienstverlening in de thuissituatie ontvangen.

Het onderzoek richt zich specifiek op een viertal zorgorganisaties dat heeft aangegeven actief deel te willen nemen aan het onderzoek. Bij deze instellingen zijn interviews afgenomen en zij hebben financiële gegevens aangeleverd.

Het onderzoek is uitgevoerd door PricewaterhouseCoopers en begeleid door een commissie waaraan het ministerie als voorzitter en verder de vier zorgorganisaties, ActiZ en de LOC/LPR deelnamen.

Uit het onderzoek blijkt allereerst dat er niet gesproken kan worden van één type organisatie, een 'geëxtramuraliseerd verzorgingshuis'. Weliswaar bieden alle vier organisaties zorg in geclusterde woonvormen, maar elke organisatie heeft een ander bedrijfsmodel gekozen. Voorbeelden zijn het wel of niet bieden van Wmo-huishoudelijke hulp en het wel of niet exploiteren van een keuken. Ook de zorgzwaarte van de cliënten verschilt sterk. Om die reden is het niet mogelijk een algemeen geldende conclusie te trekken over 'de' kostprijs van zorg voor de omschreven cliëntgroep. Daar komt bij dat de vier organisaties niet uitsluitend zorg bieden aan cliënten die voorheen in een verzorgingshuis zouden zijn opgenomen: een substantieel aantal cliënten is te kenmerken als 'reguliere' thuiszorgcliënt. Ook zij kunnen echter gebruik maken van bijvoorbeeld maaltijden en welzijnsactiviteiten.

Van de vier organisaties lijden er drie verlies en een vierde verwacht over 2009 door het wegvallen van een gemeentelijke subsidie eveneens een verlies. Uit een analyse van de kostenstructuur blijkt

dat met name het aanbieden van maaltijden een knelpunt is: een aantal organisaties biedt deze beneden de kostprijs aan. De organisaties doen dit om de (financieel kwetsbare) cliëntgroep te ontzien. Ook de bijdrage die de cliënten betalen voor welzijnsactiviteiten, zal niet kostendekkend zijn.

De thuiszorgtarieven zijn niet dekkend voor (en ook niet bedoeld voor) het integrale pakket dat de organisaties bieden. In hoeverre de Wmo-vergoeding voor huishoudelijke hulp de kostprijs dekt, verschilt per gemeente en organisatie; deze situatie is niet specifiek voor deze vier organisaties. Dat geldt wel voor de welzijnsactiviteiten. De cliënten van de vier organisaties kunnen gebruik maken van reguliere activiteiten in de wijk, maar de organisaties stellen dat zij deze activiteiten in het eigen wooncomplex moeten kunnen aanbieden. De gemeenten zien geen aanleiding om hier structureel Wmo-subsidie voor beschikbaar te stellen. Daar waar de organisaties toch in hun eigen wooncomplex welzijnsactiviteiten aanbieden en de bijdrage van de cliënt niet kostendekkend is of kan zijn, ontstaat al snel een gat in de financiering. Datzelfde geldt voor de maaltijdvoorziening. Voor zover er sprake is van specifieke subsidies die in het verleden zijn uitgekeerd en nu zijn stopgezet, zal het voor de vier organisaties moeilijk zijn om dit gat te dichten.

De vraag of het VPT voor deze organisaties een oplossing zou zijn, is als volgt beantwoord. Wij hebben de opbouw van het VPT 'gereconstrueerd' door aan te nemen dat het budget net zo wordt verdeeld over de verschillende kostensoorten als dat intramuraal gebeurt. Daarvoor hebben wij gebruik gemaakt van ervaringscijfers uit de benchmark VVT 2005/2006. Zo bezien, zou het VPT ruimte moeten bieden voor nachtzorg, maaltijden en welzijnsactiviteiten bij een schaal van 50 – 100 cliënten (sterk afhankelijk van het feit of het om pakketten VPT 10 of VPT 12 gaat). Voorwaarde is dan wel dat de cliënten geclusterd wonen, zodat door het personeel geen reistijd besteed hoeft te worden. Het VPT is daarmee in elk geval niet kostendekkend voor verspreid wonende cliënten. Een tweede algemene knelpunt is dat het VPT-budget is verdisconteerd voor het schoonhouden van de woning van de cliënt, maar dat daarbij is uitgegaan van intramurale appartementen. In het algemeen zal de woning van extramuraal wonende cliënten, ook in een wooncomplex, groter zijn en daardoor dus meer schoonmaaktijd vragen.

Voor de vier zorgorganisaties geldt weliswaar dat er sprake is van geclusterd wonen, maar dat wil nog niet zeggen dat het VPT voor hen een afdoende oplossing biedt. De belangrijkste reden daarvoor is dat slechts een deel van de cliënten in aanmerking zal komen voor een VPT. Voor de overige cliënten blijft de huidige situatie bestaan. Het is niet de bedoeling dat met VPT-middelen verliezen op andere cliëntgroepen worden gedekt: het VPT is een individueel budget en over de te bieden zorg worden afspraken met de cliënt gemaakt.

Verder is een VPT niet dekkend voor (en ook niet bedoeld voor) het opvangen van knelpunten die ontstaan door verlieslatende activiteiten, zoals in een aantal organisaties de maaltijdvoorziening.

Een belangrijk aandachtspunt is verder nog de vraag wat in de situatie van de vier organisaties de introductie van het VPT zou betekenen voor de cliënten. Deze vraag is desondanks in het

onderzoek beperkt aan de orde gekomen. Enerzijds omdat geen inzicht bestond in de inkomens en uitgaven van de cliënten in de vier organisaties, anderzijds omdat op dit moment een breder onderzoek wordt uitgevoerd naar dit vraagstuk. Het lijkt echter wel aannemelijk dat een VPT voor de cliënten in financieel opzicht een achteruitgang zal betekenen, omdat de cliënten in de vier instellingen op dit moment een eigen bijdrage voor maaltijden en welzijn betalen die in veel gevallen onder de kostprijs ligt.

Een concrete oplossing voor deze vier organisaties zal niet uit één enkele maatregel bestaan. In ieder geval raden wij aan om te bevorderen dat voor cliënten die daarvoor in aanmerking komen, daadwerkelijk een VPT wordt aangevraagd. Daarbij moet nog wel het probleem worden opgelost dat een VPT alleen geboden mag worden door een organisatie met een intramurale toelating. Verder ligt voor de hand dat de vier organisaties de hun eigen exploitatie waar nodig optimaliseren en geen structureel verlieslatende activiteiten handhaven. Het vraagstuk van welzijnsvoorzieningen voor niet-VPT-clieënten ligt vooral op het terrein van de Wmo en dus van de gemeenten. Wellicht kan het ministerie de specifieke situatie van de vier organisaties nader toelichten aan de gemeenten. Datzelfde geldt daar waar subsidies vanuit andere instanties zijn stopgezet. Verder hebben wij begrepen dat er een meer algemeen knelpunt is ontstaan bij de financiering van zorg op afroep in de thuiszorg. Dit knelpunt hebben wij niet nader onderzocht, maar het verdient wel aandacht.

Tot slot kunnen wij ons voorstellen dat het ministerie in enige vorm zijn betrokkenheid toont gelet op het feit dat het scheiden van wonen en zorg een door het ministerie zeer gepropageerde beleidskeuze was en is, en deze vier organisaties zich hebben ingespannen om deze beleidskeuze mogelijk te maken.

## Inleiding

Aanleiding voor dit onderzoek is het signaal dat financiële problemen zijn ontstaan bij geëxtramuraliseerde zorgzorgorganisaties in de VVT-sector. Deze organisaties en de belangenbehartigers LOC-LPR en ActiZ hebben aan het ministerie van VWS aangegeven dat de regelgeving en de tarieven onvoldoende op hun specifieke situatie zijn afgestemd en dat zij daardoor niet meer in staat zijn om tot een rendabele exploitatie te komen.

Om meer inzicht in het vraagstuk te verkrijgen, is door het ministerie besloten tot een kort onderzoek naar de problematiek van vier van deze zorgorganisaties. Het gaat er hierbij om zowel de situatie in kaart te brengen als de oorzaak daarvan. In dit onderzoek staan de volgende twee onderzoeksvragen van het ministerie centraal:

1. Is het mogelijk om cliëntgericht en rendabel geëxtramuraliseerde zorg te leveren?
2. Is het juist dat de tarieven op basis van het Volledig Pakket Thuis (VPT) in deze situatie kostendekkend zijn?

Deze onderzoeksvragen zijn beide geoperationaliseerd door middel van uitsplitsing in deelvragen en nadere definiëring van begrippen.

Allereerst is vastgesteld dat het onderzoek gaat over VVT-zorgorganisaties die zorg bieden aan een cliëntgroep die voorheen in een verzorgingshuis was opgenomen en die nu extramuraal gelijkwaardige zorg- en dienstverlening dient te ontvangen. Vervolgens is afgesproken dat het gaat om een integraal pakket: niet alleen zorg op afspraak maar ook zorg op afroep, huishoudelijke hulp en welzijnsactiviteiten. Het begrip cliëntgericht is moeilijk te operationaliseren: er bestaat geen algemeen geaccepteerde definitie van. Overwogen is om gebruik te maken van gegevens in het kader van de normen Verantwoorde zorg, maar dit bleek in de gegeven doorlooptijd van het onderzoek niet mogelijk. Om die reden is gewerkt met het uitgangspunt dat cliënten van geëxtramuraliseerde verzorgingshuizen qua hoeveelheid zorg en deskundigheidsniveau van de hulpverleners niet in het nadeel moeten zijn ten opzichte van intramurale of extramurale cliënten met vergelijkbare zorgwaarde.

Om deze onderzoeksvragen te beantwoorden is in eerste instantie gekozen voor een aanpak waarbij de kosten- en de opbrengstenstructuur van de vier geëxtramuraliseerde zorgorganisaties zou worden vergeleken met die van zorgorganisaties in vier referentiegroepen. Op deze wijze zou worden bepaald of de geëxtramuraliseerde zorgorganisaties zich qua kostenstructuur en bekostigingswijze in een vergelijkbare situatie bevinden als zorgorganisaties met een vergelijkbare cliëntmix maar een ander bedrijfsmodel, wanneer het gaat om het cliëntgericht en rendabel zorg leveren.

Gedurende het onderzoek bleek echter dat de bedrijfsmodellen van de vier zorgorganisaties, en daarmee ook de kosten- en opbrengstenstructuren, zodanig van elkaar verschillen dat deze niet

zijn samen te nemen tot een homogene groep en als zodanig met referentiegroepen te vergelijken zijn. Daarbij bleek ook dat de cliëntmix van de vier zorgorganisaties qua samenstelling en omvang zeer van elkaar verschilt. Er wordt zorg verleend aan cliënten die aanspraak kunnen maken op een verblijfsindicatie, en dus ook gebruik zouden kunnen maken van het VPT, maar ook aan cliënten die alleen recht hebben op extramurale zorg. De kosten van zorg en bijkomende kosten die voor beide cliëntgroepen gemaakt worden, worden door de zorgorganisaties administratief niet gesplitst geregistreerd, aangezien de zorgorganisaties voor alle cliënten via de extramurale beleidsregel bekostigd worden. Deze beide bevindingen leidden ertoe dat is gekozen voor een alternatieve aanpak.

Deze aanpak behelst een meer algemene analyse van de kostenstructuur en de historie van de vier organisaties, plus het reconstrueren van de opbouw van de VPT's en van een kostprijs voor de vier VPT's die beschikbaar zijn voor de sector V&V. Voor deze reconstructie is gebruik gemaakt van gegevens uit de benchmark V&V 2005/2006. Met deze gereconstrueerde kostprijzen is een aantal scenario's doorgerekend voor de vier zorgorganisaties. Hierbij is onderzocht of het VPT budgettechnisch een oplossing kan zijn voor de vier zorgorganisaties en hoeveel cliënten met een VPT er in dat geval nodig zijn om die oplossing te kunnen vormen.

Naast dit rekenkundige onderzoek is met iedere organisatie een interview gehouden. Ook een aantal belangrijke stakeholders hebben hun visie gegeven op het vraagstuk. Op basis van deze interviews in combinatie met bovengenoemde reconstructie van het VPT zijn conclusies naar voren gekomen ten aanzien van de onderzoeksvragen. Naast de vier zorgorganisaties zijn de volgende stakeholders geïnterviewd:

- a de NZa;
- b Actiz;
- c de LOC/ LPR;
- d het ministerie van VWS.

In deze rapportage wordt in het eerste hoofdstuk na een korte analyse van de financiële situatie van de vier organisaties de reconstructie van de opbouw van de vier VPT's gepresenteerd. Hierbij wordt een beeld gegeven van het dienstenpakket dat met deze bekostigingsmethode aangeboden kan worden en hoeveel VPT-cliënten hiervoor benodigd zijn. In hoofdstuk twee wordt hieraan een reconstructie van de kostprijzen van de VPT's toegevoegd en wordt hiermee een scenario-analyse uitgevoerd. Hierbij wordt inzichtelijk in hoeverre de aanwezigheid van VPT-cliënten de financiële situatie van de vier zorgorganisaties zou kunnen verbeteren. In het derde hoofdstuk ten slotte worden de belangrijkste conclusies nog eens samengevat.

De onderzoeksopzet en de bevindingen zijn besproken met een begeleidingscommissie onder voorzitterschap van het ministerie. Naast de vier zorgorganisaties namen ook ActiZ en de LOC/LPR aan de commissie deel. De onderzoekers spreken hun dank uit voor de gecommitteerde wijze waarop de commissie in het onderzoek meedacht. De vier zorgorganisaties zijn wij zeer

erkentelijk voor de tijd die zij hebben willen investeren in het aanleveren van gegevens.



# 1 Kostenstructuur organisaties verschilt sterk, VPT gereconstrueerd

1.01 In dit hoofdstuk gaan we allereerst in op de kosten en opbrengsten van de vier organisaties, en vervolgens op de reconstructie van het VPT.

## Kostenstructuur organisaties verschilt sterk

1.02 Van de vier onderzochte organisaties (een nadere beschrijving vindt u in hoofdstuk 3) hebben er drie over het jaar 2008 verlies geleden. In de navolgende tabel ziet u de kosten en opbrengsten; om privacyredenen zijn de organisaties genummerd en niet bij name genoemd. Organisatie 4 geeft aan dat weliswaar in 2008 geen verlies is geleden, maar dat dit door het wegvallen van een subsidiebron in 2009 wel het geval zal zijn.

Tabel 1-1: Kosten en opbrengsten 2008

Organisatie	1	2	3	4
Aantal cliënten	170	391	190	245
Kosten	€ 3.511.288	€ 7.303.210	€ 2.303.210	€ 4.118.553
Opbrengsten	€ 3.378.476	€ 7.108.397	€ 1.865.295	€ 4.217.177
Marge	- € 132.812	-€ 194.812	- € 296.395	€ 98.624
Marge procentueel	- 3,9%	-2,7%	-15,9%	2,3%

Bron: Onderzoek financiële knelpunten extramuralisering 2008

1.03 Een deel van de opbrengsten bestaat uit subsidies die specifiek zijn ingezet vanwege de extramuralisatie.

Tabel 1-2: Subsidies 2008

Organisatie	1	2	3	4
Subsidie Diensten bij Wonen met Zorg	-	-	€ 99.493	€ 246.822
Percentage van de totale opbrengsten			5,0%	5,9%
Overige subsidies	-	€ 87.120	€ 40.073	€ 61.705
Percentage van de totale opbrengsten		1,2%	2,1%	1,5%

Bron: Onderzoek financiële knelpunten bij extramuralisering 2008

1.04 Zoals gezegd was de eerste opzet om te onderzoeken in hoeverre het voor de onderzochte zorgorganisaties mogelijk was om rendabel cliëntgerichte zorg te verlenen in vergelijking met referentiegroepen. Met andere woorden: in hoeverre zij financieel verschillen van referentiegroepen (gedacht werd aan reguliere extramurale cliënten, intramurale cliënten en cliënten in woonzorgcomplexen met en zonder welzijnsactiviteiten). Zowel de kostenstructuur als

de opbrengsten zouden hierbij vergeleken worden. Deze vergelijking bleek niet mogelijk, aangezien de vier zorgorganisaties zodanig van elkaar verschillen dat van een eenduidige kostenstructuur niet gesproken kon worden, laat staan dat deze kon worden vergeleken met referentiegegevens. Hoezeer de opbouw van kosten bij de zorgorganisaties van elkaar verschilt, is te zien in onderstaande tabel, waarin het aandeel van de personeelskosten uitvoerenden zorg in de totale kosten wordt vergeleken:

Tabel 1-3: Personeelskosten uitvoerenden zorg per organisatie

Organisatie	1	2	3	4
Personeelskosten uitvoerenden zorg als % van totale kosten	54%	44%	53%	55%
Personeelskosten uitvoerenden zorg in euro's per cliënt per dag	€ 30,43	€ 27,06	€ 21,08	€ 32,33

Bron: Onderzoek financiële knelpunten bij extramuralisering 2008

1.05 Ook in de opbouw van de overige kosten verschilden de vier organisaties aanzienlijk. Dit had echter mede te maken met registratieverschillen, reden waarom een meer gedetailleerde opbouw niet in dit rapport is opgenomen.

1.06 De verschillen in personeelskosten per cliënt kunnen te maken hebben met verschillen in zorgzwaarte van cliënten en verschillen in bedrijfsmodel. In het kader van dit onderzoek was het niet mogelijk om een gedegen verschilanalyse te maken, maar duidelijk is dat aspecten als het wel of niet zelf exploiteren van een keuken of het bieden van Wmo-huishoudelijke hulp forse effecten hebben op de kostenstructuur. Ook eventuele efficiencyverschillen zouden een oorzaak kunnen zijn; in dat verband viel op dat in organisatie 2 en 3 de maaltijdkosten hoger waren dan de bijdragen die de cliënten hiervoor betalen. De organisaties hebben aangegeven dat zij de prijzen bewust laag hebben gehouden om te voorkomen dat de prijs voor de cliënt een drempel zou zijn. Gelet op de financieel kwetsbare cliëntgroep achten zij het niet mogelijk om op korte termijn de prijzen substantieel te verhogen. Een onzekere factor in de maaltijdbekostiging is bovendien dat de afname van maaltijden sterk kan wisselen: cliënten kiezen zelf voor het al of niet afnemen van een maaltijd (mede afhankelijk van de mate van zelfredzaamheid) en zeker bij wisselingen in de cliëntgroep kan het aantal maaltijden fluctueren, terwijl de vaste kosten blijven bestaan.

1.07 Voor de oorspronkelijk beoogde vergelijking zou ook een specificatie van de ingezette personeelsmix naar zorgzwaarte nodig zijn: het ging er immers om na te gaan of cliënten met een bepaalde zorgzwaarte een vergelijkbare hoeveelheid zorg en inzet van vergelijkbare deskundigheidsniveaus zouden ontvangen. Deze specificatie bleek in de vier organisaties niet beschikbaar: de registraties waren niet op een dergelijke vergelijking ingericht. Een derde knelpunt dat deze werkwijze in de weg stond, was het feit dat de zorgorganisaties de gemaakte kosten niet uit konden splitsen naar toekomstige bekostigingsvorm. Ook hiervoor was de reden dat de kosten niet op deze wijze werden geregistreerd (en daar was ook geen noodzaak toe). Het was dus

onmogelijk te bepalen welke kosten worden gemaakt voor cliënten die eventueel voor een VPT in aanmerking komen, en welke kosten voor de andere cliënten gemaakt worden.

1.08 Om toch een uitspraak te kunnen doen over de mate waarin het VPT bij een vergelijkbare cliëntgroep leidt tot vergelijkbare mogelijkheden om rendabel cliëntgerichte zorg te verlenen, is een alternatieve werkwijze gebruikt. Bij de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) is nagegaan hoe de vier VPT's voor de sector V&V tot stand zijn gekomen. Vervolgens hebben wij met behulp van beschikbare ervaringscijfers een kostenopbouw van de VPT's gereconstrueerd. Hierbij is zichtbaar gemaakt welk pakket aan diensten met behulp van de verschillende VPT's aan de cliënt geleverd kan worden. In onderstaande paragraaf wordt deze reconstructie weergegeven.

### Het VPT is gereconstrueerd met behulp van benchmarkgegevens

1.09 Uit het interview met de NZa is gebleken dat de VPT's zijn ontwikkeld voor zorglevering in een geclusterde woonvorm, waarbij korte looplijnen bestaan zodat personeel bij zorg op afroep weinig tot geen reistijd nodig heeft. De NZa heeft de VPT's ontwikkeld op basis van de tot en met 2008 gangbare indeling in verzorgingshuiszorg/ verzorgingshuiszorg met aanvullende zorg/ verpleeghuiszorg/ verpleeghuiszorg met toeslagen. Daarom is er in het onderzoek voor gekozen de gegevens uit de benchmark V&V 2005/2006 te gebruiken als basis om een reconstructie van de VPT's te maken. In deze benchmark is bij de indeling van doelgroepen uitgegaan van dezelfde indeling. De indeling is in onderstaande tabel weergegeven.

Tabel 1-4 Koppeling VPT aan "oude" indeling sector V&V

Indeling sector V&V	VPT
Verzorgingshuiszorg	VPT 10
Verzorgingshuiszorg met aanvullende zorg	VPT 11
Verpleeghuiszorg	VPT 12
Verpleeghuiszorg met toeslagen	VPT 13

Bron: Onderzoek financiële knelpunten bij extramuralisering 2008

1.10 In de benchmark V&V 2005/2006 is voor elk van de vier typen organisaties door middel van tijdsmeting onderzocht hoeveel minuten binnen de intramurale zorg gemiddeld worden ingezet voor directe zorg, onderverdeeld naar functies. Dit gegeven, gekoppeld aan benchmarkgegevens ten aanzien van loonkosten van het direct zorgpersoneel, is gebruikt om te bepalen welk gedeelte van de VPT-tarieven volgens deze ervaringsgegevens ingezet wordt ter dekking van de personeelskosten directe zorg. Hiermee is dus de kostenstructuur die in de oude situatie aanwezig was, toegepast op de VPT-bedragen. Dit is in onderstaande tabel weergegeven voor alle vier de VPT's die in de sector V&V van toepassing zijn. Let wel: het gaat om een reconstructie van de opbouw en niet om werkelijke voorzieningen; de VPT-tarieven zijn wél de werkelijke tarieven.

Tabel 1-5 Dekking personeelskosten uitvoerenden zorg gereconstrueerd per VPT

Dekking kosten per cliënt per dag	VPT 10	VPT 11	VPT 12	VPT 13
Personeelskosten uitvoerenden zorg	€ 27,33	€ 39,95	€ 53,28	€ 83,28
<i>Waarin: voorziening nachtzorg</i>	€ 3,32	€ 6,32	€ 8,45	€ 9,53
<i>Waarin: voorziening welzijn</i>	€ 5,36	€ 6,32	€ 11,50	€ 12,98
Overige kosten	€ 29,37	€ 63,95	€ 71,02	€ 71,02
<b>Totaal tarief VPT</b>	<b>€ 56,70</b>	<b>€ 103,90</b>	<b>€ 124,30</b>	<b>€ 154,27</b>

Bron: Onderzoek financiële knelpunten bij extramuralisering 2008

1.11 Binnen de totale dekking voor de personeelskosten directe zorg is een gedeelte van de dekking voorzien voor de beschikbaarheid van nachtzorg en voor het organiseren van welzijnsactiviteiten. Ook voor deze onderdelen is gereconstrueerd welk bedrag hiervoor per cliënt per dag beschikbaar is. Voor de nachtzorg is hierbij uitgegaan van 10% van de zorgkosten. Dit percentage is gebaseerd op de tijdsstudies uit de benchmark V&V. Voor de welzijnsactiviteiten is een ruwe inschatting gemaakt op basis van de kosten van de functies ondersteunende en activerende begeleiding, wederom conform de benchmark V&V.

1.12 Op basis van bovenstaande berekeningen is onderzocht welk pakket aan zorg geboden kan worden, specifiek voor de onderdelen nachtzorg, welzijn en maaltijden. Voorwaarde hierbij is de geclusterde woonvorm. In de volgende paragraaf komen deze berekeningen aan de orde.

### Voor het leveren van nachtzorg, welzijn en maaltijden is een minimum aantal VPT-cliënten benodigd

1.13 Dat per VPT een bedrag beschikbaar is voor nachtzorg en welzijnsactiviteiten, wil nog niet zeggen dat deze voorzieningen uit één 'geïsoleerd' VPT te bekostigen zijn. Nachtzorg en welzijn worden immers op groepsniveau aangeboden. Daarom hebben wij een schatting gemaakt van de groepsgrootte die nodig is om nachtzorg en welzijnsactiviteiten te bekostigen. Voor de maaltijdvoorziening geldt eenzelfde vraag, maar daarvoor kon op basis van de gegevens geen schatting worden gemaakt. Om die reden hebben wij moeten volstaan met enkele vuistregels.

#### Nachtzorg

1.14 Voor de nachtzorg is per VPT-cliënt per dag een bedrag beschikbaar dat varieert van € 3,32 tot € 9,53, afhankelijk van het VPT. Om de kosten van een nachtdienst te berekenen is gekeken naar de intramurale situatie. Wanneer wordt uitgegaan van een nachtdienst van 8 uur waarbij een medewerker niveau 3 wordt ingezet met een bruto-salaris van € 30,45 (basissalaris € 18 conform benchmark inclusief sociale lasten en ORT), betekent dit dat:

- a 75 cliënten VPT 10 benodigd zijn om één nachtdienst te bekostigen;
- b 40 cliënten VPT 11 benodigd zijn om één nachtdienst te bekostigen;
- c 35 cliënten VPT 12 benodigd zijn om één nachtdienst te bekostigen;

- d Bij een mix van VPT's circa 40 tot 60 cliënten benodigd zijn om één nachtdienst te bekostigen.

## Welzijn

1.15 Voor de welzijnsactiviteiten is een bedrag beschikbaar dat varieert van € 5,36 tot € 12,98 per cliënt per dag. Deze bedragen zijn benaderd op basis van het aantal minuten activerende en ondersteunende begeleiding zoals deze in de benchmark gemeten zijn. Bij een groep van 50 cliënten betekent dit dat een bedrag tussen € 100.000 (VPT 10) tot € 235.000 (VPT 13) jaarlijks beschikbaar is voor activiteiten als dagbesteding of activiteitenbegeleiding. Wat exact voor dit bedrag kan worden geboden, hangt sterk af van de groepsgrootte en de gewenste duur en frequentie van activiteiten, maar het moet zeker mogelijk worden geacht om een aantal dagdelen per week een activiteit aan te bieden. Nb. Voor cliënten met een thuiszorgindicatie geldt dit niet; voor deze cliënten moet een beroep worden gedaan op de gemeentelijke regelingen (Wmo). Juist deze laatste voorziening blijkt in de praktijk voor problemen te zorgen, zie hoofdstuk 3.

## Maaltijden

1.16 Om een keukenvoorziening te kunnen bekostigen om de maaltijden te leveren die in het VPT zijn inbegrepen, zijn verschillende vuistregels bekend. Verschillende bronnen vermelden een benodigd minimum aantal cliënten tussen 50 en 150. Het Bouwcollege geeft aan dat in de praktijk keukens en verwante activiteiten voor één woonzorgcomplex nauwelijks voorkomen. Er is vrijwel altijd sprake van een combinatie met buurtvoorzieningen of een intramuraal complex, om te komen tot een rendabele voorziening.

## De vergoeding voor huishoudelijke hulp binnen het VPT is gebaseerd op een intramuraal appartement

1.17 Aangezien de onderzochte zorgorganisaties aangegeven hebben dat de vergoeding voor huishoudelijke hulp binnen het VPT ontoereikend is, is dit aspect apart onderzocht. De gemiddelde kostprijs voor een uur huishoudelijke hulp bedraagt € 21,54 (bron: Onderzoeken Wmo-kostenstructuur, PricewaterhouseCoopers 2008). Uit de benchmark blijkt dat er gemiddeld 25,7 minuten per dag wordt besteed aan de huishoudelijke verzorging. Dit leidt tot een kostprijs van € 10 per dag (n.b. huishoudelijke verzorging is breder dan schoonmaak en omvat ook het verzorgen van koffie/thee en het klaarzetten/afruimen van maaltijden en dergelijke). Het VPT-tarief gaat uit van de omstandigheden van een intramuraal appartement. In de geëxtramuraliseerde verzorgingshuizen beschikken de cliënten echter vaak over een substantieel groter appartement met in ieder geval een volledige keuken. Ten opzichte van de intramurale situatie zullen de schoonmaakkosten hoger zijn.

## Conclusie

1.18 Concluderend kan worden dat er weinig reden is om aan te nemen dat VPT-bekostiging leidt tot een verminderde mogelijkheid tot het leveren van cliëntgerichte en rendabele zorg in vergelijking met zorgorganisaties met een vergelijkbare cliëntpopulatie maar een andere bekostiging. Alleen de grootte van het appartement en de bijbehorende hogere schoonmaakkosten verschillen structureel.

## 2 Scenario-analyse toont waarde van VPT als deeloplossing

2.01 In dit hoofdstuk berekenen wij in hoeverre voor de vier onderzochte organisaties het inzetten van VPT's een oplossing voor hun financiële problematiek zou zijn. Vooraf merken wij op dat tot voor kort het inzetten van een VPT in deze situatie weinig perspectief bood; een VPT was immers alleen mogelijk als een intramurale plaats onbezet werd gelaten, maar in een geëxtramuraliseerd verzorgingshuis, zonder intramurale toelating, is dit niet aan de orde. Met ingang van 2009 is deze voorwaarde echter vervallen. Wel is voor het bieden van een VPT een intramurale toelating vereist, en daarover beschikken drie van de vier organisaties op dit moment niet. Daarvoor zal dus in elk geval een oplossing moeten worden gevonden in de vorm van het aanvragen van een toelating (hoe tegenstrijdig met de oorspronkelijke gedachte van scheiden van wonen en zorg misschien dan ook) of samenwerking met een andere organisatie.

2.02 We plaatsen echter nog een uitdrukkelijke kanttekening bij het inzetten van VPT als oplossing. Het VPT is bedoeld als een individueel zorgpakket, waarover met de cliënt afspraken gemaakt worden. Het is niet de bedoeling dat de VPT-client minder zorg krijgt dan het VPT-tarief mogelijk maakt om met de winst verliezen op een andere cliëntgroep te dekken. Naast de gereconstrueerde opbouw van het VPT-tarief is voor het onderzoek ook een gereconstrueerde kostprijs per VPT ontwikkeld. Bij gebrek aan feitelijk inzicht in kostprijzen van VPT's zijn ook hiervoor de gegevens uit de benchmark V&V gebruikt. Het gaat hier om gemiddelde uitkomsten van: verzorgingshuizen voor VPT 10, verzorgingshuizen met aanvullende zorg voor VPT 11, verpleeghuizen voor VPT 12 en verpleeghuizen met toeslagen voor VPT 13.

2.03 In deze benchmark zijn tijdsmetingen gedaan met betrekking tot de geleverde zorg. Deze zorgminuten zijn de basis voor de kostprijsberekening. De NZa heeft bij de opbouw van de VPT's een aantal correcties uitgevoerd ten opzichte van de intramurale pakketten. Deze correcties zijn ook uitgevoerd in de kostprijsberekening. Het definitieve aantal minuten zorg is omgerekend naar euro's en geïndexeerd. In onderstaande tabel zijn de aldus verkregen kostprijzen opgenomen.

Tabel 2-1 Kostprijs per VPT gereconstrueerd

VPT	10	11	12	13
Kostprijs	€ 57,61	€ 103,90	€ 122,56	€ 154,30

Bron: Onderzoek financiële knelpunten bij extramuralisering 2008

2.04 Op deze wijze bezien zouden de VPT's door de bank genomen kostendekkend zijn; op het VPT 10 wordt een klein verlies geleden, op VPT 12 een kleine positieve marge realiseerd.

2.05 Naast deze gereconstrueerde VPT-kostprijzen en daarbij de VPT-tarieven, is het voor de scenario-analyse van belang ook de werkelijke kosten per extramurale cliënt in de onderzochte organisaties inzichtelijk te maken. Hiervoor zijn de gegevens van de zorgorganisaties gebruikt. Het

bleek echter onmogelijk hierbij onderscheid te maken tussen de kosten die gemaakt zijn voor cliënten die voor een VPT in aanmerking kunnen komen en kosten die gemaakt zijn voor cliënten met enkel een extramurale indicatie: zo is immers niet geregistreerd en daar was ook geen aanleiding toe. De gemiddelde kosten per cliënt per dag worden daarom voor de scenarioanalyse voor deze beide groepen gelijk verondersteld. Mogelijk leidt dit tot een vertekend beeld, aangezien het voor de hand ligt dat voor de cliënten die in aanmerking komen voor een verblijfsindicatie en dus een VPT, gemiddeld hogere kosten gemaakt worden aangezien de zorgzwaarte van deze cliënten gemiddeld hoger zal liggen. Dit was echter onmogelijk op cliëntniveau uit te filteren voor de vier zorgorganisaties. Het overzicht van kosten en opbrengsten per gemiddelde huidige (extramurale) cliënt per dag ziet er als volgt uit:

Tabel 2-2: Kosten en opbrengsten per extramurale cliënt per dag per zorgorganisatie 2008

Organisatie	1	2	3	4
Kosten extramurale cliënt gemiddeld	€ 56,59	€ 61,44	€ 41,68	€ 61,58
Opbrengst extramurale cliënt gemiddeld	€ 54,45	€ 59,80	€ 35,96	€ 63,05

Bron: Onderzoek financiële knelpunten bij extramuralisering 2008

2.06 Op basis van bovenstaande gegevens is een drietal scenario's doorgerekend. Bij ieder scenario is uitgegaan van het werkelijke totale aantal cliënten per organisatie. In scenario 1 is ervan uitgegaan dat 25% van de totale cliëntgroep in aanmerking komt voor een VPT. De overige 75% blijven dan extramurale cliënten. Van de 25% VPT-clieñten heeft de helft in dit scenario een VPT 10 en de andere helft een VPT 12. In onderstaande tabel is te zien wat hiervan de gevolgen zijn voor het resultaat van de vier zorgorganisaties.

Tabel 2-3: Scenario 1 – 25% VPT-clieñten waarvan 50% VPT 10 en 50% VPT 12

Organisatie	1	2	3	4
Aantal cliënten VPT 10	21	49	24	31
Aantal cliënten VPT 12	21	49	24	31
Aantal cliënten extramuraal	128	293	143	184
<b>Kosten</b>				
Kosten VPT 10	€ 446.810,50	€ 1.027.664,16	€ 499.376,45	€ 643.932,79
Kosten VPT 12	€ 950.610,34	€ 2.186.403,79	€ 1.062.446,85	€ 1.369.997,26
Kosten extramuraal	€ 2.633.557,13	€ 6.576.492,56	€ 2.167.627,71	€ 4.129.867,71
<b>Totaal</b>	<b>€ 4.030.977,97</b>	<b>€ 9.790.560,51</b>	<b>€ 3.729.451,01</b>	<b>€ 6.143.797,75</b>
<b>Opbrengst</b>				
Opbrengst VPT 10	€ 439.779,38	€ 1.011.492,56	€ 491.518,13	€ 633.799,69
Opbrengst VPT 12	€ 964.101,88	€ 2.217.434,31	€ 1.077.525,63	€ 1.389.440,94
Opbrengst extramuraal	€ 2.533.857,00	€ 6.401.064,98	€ 1.870.419,75	€ 4.228.762,50
<b>Totaal</b>	<b>€ 3.937.738,25</b>	<b>€ 9.629.991,85</b>	<b>€ 3.439.463,50</b>	<b>€ 6.252.003,13</b>
<b>Marge totaal</b>				
	<b>€ 93.239,72-</b>	<b>€ 160.568,65-</b>	<b>€ 289.987,51-</b>	<b>€ 108.205,37</b>



Bron: Onderzoek financiële knelpunten bij extramuralisering 2008

2.07 In de tabel is te zien dat dit scenario voor één zorgorganisaties tot een positieve marge leidt, en voor de andere drie zorgorganisaties nog steeds tot een ruim verlies. Voor deze laatste zorgorganisaties zou dit scenario dus in elk geval geen afdoende oplossing bieden (en ook niet voor organisatie 4 als de subsidie Diensten bij Wonen met Zorg vervalt). De verliezen worden bij deze twee zorgorganisaties overigens grotendeels veroorzaakt door de thuiszorgproductie. Omdat de verwachting is dat zwaardere cliënten eerder een VPT pakket zullen krijgen kan het in combinatie met VPT zijn dat de exploitatie van de thuiszorg gunstiger uitpakt, onderzocht hebben wij dat niet.

2.08 Het tweede scenario bestaat uit een groter aantal VPT-cliënten per organisatie: 50% van de totale cliëntpopulatie. Ook hier heeft van de VPT-cliënten 50% een VPT 10 en 50% een VPT 12. De resultaten van dit scenario zijn weergegeven in onderstaande tabel.

Tabel 2-4: Scenario 2 – 50% VPT-cliënten, waarvan 50% VPT 10 en 50% VPT 12

Organisatie	1	2	3	4
Aantal cliënten VPT 10	43	98	48	61
Aantal cliënten VPT 12	43	98	48	61
Aantal cliënten extramuraal	85	196	95	123
Kosten VPT 10	€ 893.621,01	€ 2.055.328,32	€ 998.752,89	€ 1.287.865,57
Kosten VPT 12	€ 1.901.220,69	€ 4.372.807,58	€ 2.124.893,71	€ 2.739.994,52
Kosten extramuraal	€ 1.755.704,75	€ 4.384.328,37	€ 1.445.085,14	€ 2.753.245,14
<b>Totaal</b>	<b>€ 4.550.546,44</b>	<b>€ 10.812.464,27</b>	<b>€ 4.568.731,74</b>	<b>€ 6.781.105,23</b>
Opbrengst VPT 10	€ 879.558,75	€ 2.022.985,13	€ 983.036,25	€ 1.267.599,38
Opbrengst VPT 12	€ 1.928.203,75	€ 4.434.868,63	€ 2.155.051,25	€ 2.778.881,88
Opbrengst extramuraal	€ 1.689.238,00	€ 4.267.376,65	€ 1.246.946,50	€ 2.819.175,00
<b>Totaal</b>	<b>€ 4.497.000,50</b>	<b>€ 10.725.230,40</b>	<b>€ 4.385.034,00</b>	<b>€ 6.865.656,25</b>
<b>Marge totaal</b>	<b>€ 53.545,94-</b>	<b>€ 87.233,87-</b>	<b>€ 183.697,74-</b>	<b>€ 84.551,02</b>

Bron: Onderzoek financiële knelpunten bij extramuralisering 2008

Ook in scenario 2 krijgen drie van de vier zorgorganisaties te maken met een negatieve marge, en organisatie 4 bij het wegvallen van de genoemde subsidie. Ook dit scenario biedt daarom voor deze zorgorganisaties bij voorbaat geen afdoende oplossing voor de financiële resultaten, nog afgezien van de kanttkening die aan het begin van dit hoofdstuk is geplaatst. Wel kan worden gezegd dat de financiële problematiek minder groot wordt, omdat er minder cliënten zullen zijn met een zorgpakket waarop verlies wordt geleden.

2.09 Het derde en laatste scenario is gebaseerd op een inschatting van de zorgorganisaties van het aantal cliënten dat bij hen voor een VPT in aanmerking zou kunnen komen. Dit varieert sterk per organisatie. Bij drie van de vier zorgorganisaties komt slechts een gering gedeelte van het aantal cliënten volgens deze inschatting in aanmerking voor een VPT, niet meer dan 15%. Slechts bij één van de zorgorganisaties ligt dit percentage ruim hoger, namelijk 56% van de cliënten. Ook de spreiding over de VPT's is zeer wisselend. In onderstaande tabel is het scenario weergegeven.

Tabel 2-5: Scenario 3 – inschatting aantal VPT-cliënten door zorgorganisaties zelf

Organisatie	1	2	3	4
Aantal cliënten VPT 10	14	110	22	13
Aantal cliënten VPT 11	8	46		22
Aantal cliënten VPT 12	1	25		15
Aantal cliënten VPT 13	3	37		3
Aantal cliënten extramuraal	144	173	168	192
<b>Kosten</b>				
Kosten VPT 10	€ 294.369,27	€ 2.312.901,43	€ 462.580,29	€ 273.342,90
Kosten VPT 11	€ 303.388,00	€ 1.744.481,00	€ -	€ 834.317,00
Kosten VPT 12	€ 44.734,60	€ 1.118.365,11	€ -	€ 671.019,07
Kosten VPT 13	€ 168.958,50	€ 2.083.821,50	€ -	€ 168.958,50
Kosten extramuraal	€ 2.974.370,40	€ 3.879.738,15	€ 2.555.518,98	€ 4.315.290,34
<b>Totaal verwachte kosten</b>	<b>€ 3.785.820,78</b>	<b>€ 11.139.307,19</b>	<b>€ 3.018.099,27</b>	<b>€ 6.262.927,80</b>
<b>Opbrengst</b>				
Opbrengst VPT 10	€ 289.737,00	€ 2.276.505,00	€ 455.301,00	€ 269.041,50
Opbrengst VPT 11	€ 303.388,00	€ 1.744.481,00	€ -	€ 834.317,00
Opbrengst VPT 12	€ 45.369,50	€ 1.134.237,50	€ -	€ 680.542,50
Opbrengst VPT 13	€ 168.958,50	€ 2.083.821,50	€ -	€ 168.958,50
Opbrengst extramuraal	€ 2.861.767,91	€ 3.776.246,35	€ 2.205.126,44	€ 4.418.625,31
<b>Totaal verwachte opbrengsten</b>	<b>€ 3.669.220,91</b>	<b>€ 11.015.291,35</b>	<b>€ 2.660.427,44</b>	<b>€ 6.371.484,81</b>
<b>Marge</b>				
<b>Marge totaal</b>	<b>€ 116.599,87-</b>	<b>€ 124.015,85-</b>	<b>€ 357.671,82-</b>	<b>€ 108.557,01</b>

Bron: Onderzoek financiële knelpunten bij extramuralisering 2008

2.10 In dit laatste, wellicht meest realistische scenario, is nog altijd sprake van een positief resultaat bij één zorgorganisatie. Het verlies bij met name organisatie 3 is echter nog steeds zeer fors. Deze organisatie verwacht dat slechts 22 cliënten een VPT zullen kunnen krijgen. In organisatie 1 en 3 is bovendien het aantal VPT-cliënten te klein om een nachtdienst en welzijnsactiviteiten te bekostigen (zie de berekening in hoofdstuk 1). Wanneer een vergelijking wordt gemaakt met het resultaat zónder VPT-cliënten blijkt dat voor alle zorgorganisaties een toename in budget te verwachten is wanneer VPT-financiering van toepassing zou worden. Dit

betekent dus niet dat er in alle gevallen een positief resultaat ontstaat. In onderstaande tabel is de vergelijking tussen oud en verwacht budget op basis van scenario 3 weergegeven.

Tabel 2-6: Vergelijking budget oud met budget scenario 3

Organisatie	1	2	3	4
Budget oud	€ 3.378.476,00	€ 7.819.237,00	€ 2.493.893,00	€ 5.638.350,00
Budget nieuw	€ 3.785.820,78	€ 11.139.307,19	€ 3.018.099,27	€ 6.262.927,80
Toename budget	€ 407.344,78	€ 3.320.070,19	€ 524.206,27	€ 624.577,80
Stijging %	12,1 %	42,5%	21,0 %	11,1 %

Bron: Onderzoek financiële knelpunten bij extramuralisering 2008

Concluderend kan worden gesteld dat op basis van deze scenario-analyse het VPT niet voor alle zorgorganisaties een afdoende oplossing lijkt te bieden voor de financiële situatie. Het kan wel een gedeeltelijke oplossing zijn. Hierop zal in hoofdstuk 3 nader worden ingegaan.

### 3 VPT past vooral bij intramuraal bedrijfsmodel

3.01 In dit hoofdstuk wordt de historie en de situatie van de vier zorgorganisaties weergegeven op basis van de interviews die zijn gehouden met de zorgorganisaties en stakeholders. Dit zal, in combinatie met de berekeningen die in de hoofdstukken 1 en 2 zijn gepresenteerd, leiden tot conclusies ten aanzien van de vraag of het VPT een oplossing is voor de geëxtramuraliseerde zorgorganisaties.

#### **De groep geëxtramuraliseerde verzorgingshuizen is niet homogeen**

3.02 Uit de interviews met de vier zorgorganisaties bleek onmiddellijk dat deze zeer van elkaar verschillen: onder andere qua historie, bedrijfsmodel, financieringsbronnen en cliëntpopulatie. Drie van de vier zorgorganisaties zijn begonnen als intramurale organisatie en zijn op een bepaald moment geëxtramuraliseerd. De vierde organisatie is bij de oprichting meteen een “geëxtramuraliseerde” organisatie geworden. De manier waarop de financiering vanaf het moment van extramuralisering is ingericht verschilt ook. Er is bijvoorbeeld eerst intramuraal bekostigd en later overgestapt naar extramurale financiering. Of er is met het zorgkantoor afgesproken dat voor alle cliënten één integrale indicatie geldt. Of er is een regeling getroffen waarbij een gedeelte van de indicaties (3 uur alfahulp en 2 uur ondersteunende begeleiding) niet achter de voordeur hoeft te worden geleverd maar gebruikt kan worden voor het organiseren van welzijnsactiviteiten en andere voorzieningen. Opvallend is dat er voor iedere organisatie andere oplossingen bedacht zijn.

3.03 De componenten die in de financiering een knelpunt opleveren en waarvoor dan ook allerlei oplossingen bedacht zijn, zijn de componenten nachtzorg, welzijn en maaltijden. Deze componenten kunnen niet worden gefinancierd uit de reguliere extramurale bekostiging. Er is echter bij extramuralisering wel in de visie en in het bedrijfsmodel opgenomen dat deze componenten door de zorgorganisaties aangeboden worden. De zorgorganisaties zijn hierin door het overheidsbeleid van scheiden wonen en zorg altijd sterk aangemoedigd en staan bekend om de integrale oplossing die geboden wordt. Via subsidies en speciale regelingen werd ervoor gezorgd dat de componenten bekostigd konden worden. Deze oplossingen blijken echter niet structureel. De zorgorganisaties geven aan dat door wijzigingen in wet- en regelgeving deze componenten nu verdwijnt. De vier zorgorganisaties verwachten daarom in 2009 verlies te lijden.

3.04 De zorgorganisaties die bij de gemeente hebben aangeklopt voor een bijdrage aan de financiering van welzijnsactiviteiten hebben hierop een negatieve reactie gekregen. De betreffende gemeenten geven aan dat zij verwachten dat de cliënten gebruik maken van de – uit de Wmo gefinancierde - welzijnsactiviteiten in de wijk. Deze activiteiten zijn veelal gericht op een doelgroep tot 65 jaar die jonger is dan de cliënten van de geëxtramuraliseerde verzorgingshuizen.

3.05 Naast deze specifiek voor deze zorgorganisaties belangrijke componenten hebben de

zorgorganisaties ook te maken met ontwikkelingen die voor alle thuiszorgorganisaties gelden. Zo wordt de onplanbare zorg steeds minder vaak vergoed of slechts voor een beperkt aantal functies. Ook zijn gemiddeld de kosten voor huishoudelijke verzorging hoger dan de opbrengsten, sinds deze functie is overgeheveld naar de Wmo. Landelijk bedroeg het gemiddelde resultaat op extramurale AWBZ-zorg in 2007 – 1,2% en wordt het voor 2008 op -6,7% geraamd (bron: PwC-onderzoek in opdracht van ActiZ, juli 2008). Op de huishoudelijke hulp is volgens dit onderzoek in 2007 een resultaat van -6,7% geboekt; voor 2008 wordt -8,4% verwacht. Uit een onderzoek naar de kostenstructuur van de huishoudelijke hulp in opdracht van het ministerie eind 2008 bleek dat over 2008 met een resultaat van -12,5% rekening gehouden moet worden. Aangezien de vier onderzochte zorgorganisaties geheel via de extramurale beleidsregel worden bekostigd, zijn deze ontwikkelingen ook op hen van toepassing.

3.06 Ten slotte geldt voor enkele van de vier zorgorganisaties dat deze van oudsher een relatief oude en weinig koopkrachtige cliëntpopulatie bedienen. Het prijspeil dat door de zorgorganisaties gehanteerd wordt voor maaltijden en activiteiten is hiervan een afspiegeling. Dit betekent dat bijvoorbeeld maaltijden op dit moment onder de integrale kostprijs aangeboden worden, en er geen plotselinge grote prijsstijgingen mogelijk zijn om dit te veranderen.

### **Het VPT is geënt op de intramurale situatie en biedt daarom geen afdoende oplossing voor de vier zorgorganisaties**

3.07 Conclusie uit het eerste hoofdstuk was dat het VPT niet leidt tot een verminderde mogelijkheid tot het leveren van cliëntgerichte en rendabele zorg in vergelijking met zorgorganisaties met een vergelijkbare cliëntpopulatie maar een bekostiging zoals in intramurale zorgorganisaties. Het VPT is dan ook geënt op de intramurale situatie. Dit leidt tot de conclusie dat het VPT alleen dan een oplossing kan bieden, als het bedrijfsmodel een afspiegeling is van een bedrijfsmodel dat past bij intramurale zorg. Immers, de mogelijkheden van het VPT sluiten hierbij aan. Deze vier zorgorganisaties echter, hebben van oudsher gekozen voor een bedrijfsmodel dat juist afwijkt van het intramurale model en waarin op een andere manier invulling wordt gegeven aan de dienstverlening. Ook de cliënten die in de zorgorganisaties wonen hebben gekozen voor deze alternatieve woon-zorgvorm.

3.08 Dit blijkt ook bij de scenario-analyse in hoofdstuk 2. Doordat de zorgorganisaties bewust kiezen voor een zeer gemengde cliëntpopulatie, komt slechts een beperkt deel van de cliënten in aanmerking voor een VPT. Door het VPT worden de kosten van de aanvullende diensten die de zorgorganisaties bieden weliswaar (deels) vergoed, maar voor de overige cliënten ontbreekt daarmee de dekking voor deze dienstverlening. De weggevallen subsidies die hiervoor werden ingezet, worden hiermee dus niet vervangen.

3.09 Afgezien van de bedrijfsmodellen van de zorgorganisaties is er mogelijk ook sprake van een aantal bedrijfsbeslissingen vanuit de historie waar het VPT geen oplossing voor biedt.

Voorbeeld hiervan is het aanbieden van maaltijden beneden de kostprijs (twee zorgorganisaties verliezen op de maaltijden). Ook de keuze voor ruimere appartementen ten opzichte van intramuraal wordt niet door het VPT opgevangen; de huishoudelijke verzorging die in deze pakketten is opgenomen is hiervoor niet afdoende.

## Situatie cliënt

3.10 Onderdeel van de oorspronkelijke vraagstelling was om na te gaan welk effect de inzet van VPT's in de vier organisaties zou hebben op de bestedingsruimte van de cliënt. Om hierop een antwoord te kunnen geven, zou de eigen bijdrage voor het VPT en de gevolgen voor de bestedingsruimte vergeleken moeten worden met de eigen bijdragen die de cliënten op dit moment betalen. Dit laatste bleek echter niet goed mogelijk binnen de doorlooptijd van het onderzoek. De zorgorganisaties hebben namelijk wel zicht op de bijdragen die zij rechtstreeks ontvangen, zoals voor de maaltijden en de activiteiten, maar niet op de bijdragen die via het Centraal Administratiekantoor Bijzondere Zorgkosten (CAK) worden geïnd. Ook op de bijdragen die cliënten betalen aan de woningcorporatie in verband met servicekosten bestaat geen zicht, laat staan op eventuele gemeentelijke subsidies in het kader van bijstand of vervoer.

3.11 In de tweede plaats wordt op dit moment een breed onderzoek uitgevoerd waarin een vergelijking wordt gemaakt tussen de inkomenssituatie van verschillende groepen cliënten, waaronder cliënten met een VPT.

3.12 Dit alles overziend, hebben wij ervan afgezien om een antwoord op deze onderzoeksvraag te geven. Wel hebben wij de vraag in de verschillende interviews aan de orde gesteld. Op basis daarvan lijkt het ons aannemelijk dat de inzet van een VPT voor de cliënten van deze vier organisaties gemiddeld zal leiden tot een teruggang in bestedingsruimte. Voor het VPT geldt namelijk een zogenoemde 'lage intramurale bijdrage', een eigen bijdrage die is geënt op de intramurale situatie maar die geen bijdrage in huisvestingskosten omvat. De bijdrage omvat echter wel een bijdrage in kosten voor maaltijden en welzijnsactiviteiten (naast zorg). Het zijn juist deze bijdragen die op dit moment in de vier organisaties niet kostendekkend zijn; wij gaan ervan uit dat deze bijdragen in het VPT wel kostendekkend zijn en dus hoger.

## Slotconclusie en aanbevelingen

3.13 Op basis van dit onderzoek kan geconcludeerd worden dat het VPT voor de vier onderzochte zorgorganisaties onder de huidige omstandigheden geen afdoende oplossing biedt. Het VPT past het beste bij een intramuraal bedrijfsmodel, maar dat is mede gelet op de beleidsgedachte achter het scheiden van wonen en zorg niet het meest voor de hand liggende model voor deze organisaties. Een concreet knelpunt is de grootte van de extramurale woningen en de daarbij behorende schoonmaakkosten. Verder hebben wij begrepen dat er een meer algemeen knelpunt is ontstaan bij de financiering van zorg op afroep in de thuiszorg. Dit knelpunt

hebben wij niet nader onderzocht.

3.14 De tweede reden waarom het VPT voor deze vier organisaties geen oplossing is, is dat zij voor lang niet alle cliënten een VPT-vergoeding zouden kunnen ontvangen. Voor de cliënten met een thuiszorgindicatie blijven de problemen bestaan. De derde reden is dat een VPT niet dekkend is voor en ook niet bedoeld is voor het oplossen van structureel verlieslatende activiteiten zoals het aanbieden van maaltijden onder de kostprijs, hoe begrijpelijk deze keuze misschien ook is in het licht van de kwetsbare cliëntgroep.

3.15 Een overweging in de zijlijn kan nog zijn dat het VPT een relatief nieuwe voorziening is, die mogelijk in de komende tijd nog wordt herijkt. Dit zou ertoe leiden dat de vier organisaties nogmaals wordt gevraagd hun financiering te baseren op een mogelijk minder stabiele financieringsvorm. Dit bemoeilijkt een gezonde exploitatie.

3.16 De vraag wat dan wél een oplossing zou kunnen zijn, is niet eenduidig te beantwoorden. Een pakket aan maatregelen lijkt aangewezen. In de eerste plaats is aan te raden om voor de cliënten die daarvoor in aanmerking komen, een VPT aan te vragen (als deze cliënten dit willen uiteraard). Een van de vraagstukken die dan overblijft, is het vraagstuk van welzijnsvoorzieningen voor niet-VPT-clieënten. Uit de interviews blijkt dat de gemeenten hier verwijzen naar reguliere wijkvoorzieningen, terwijl de vier organisaties deze activiteiten in eigen ruimtes willen aanbieden, hetgeen meerkosten met zich meebrengt. Dit probleem ligt vooral op het terrein van de Wmo en dus van de gemeenten. Wellicht kan het ministerie de specifieke situatie van de vier organisaties nader toelichten aan de gemeenten. Daar waar subsidies vanuit andere instanties zijn vervallen zou het ministerie eveneens de helpende hand kunnen bieden door de betreffende organisaties uit te nodigen voor overleg.

3.17 Verder ligt het voor de hand dat de vier organisaties hun eigen exploitatie waar nodig optimaliseren en geen structureel verlieslatende activiteiten handhaven.

3.18 Het ministerie zou kunnen overwegen om op de een of andere wijze zijn betrokkenheid bij het vraagstuk te tonen, om op die wijze aan te geven dat waarde wordt gehecht aan de inspanningen van de vier zorgorganisaties, die immers in het verlengde van de door het ministerie ingezette beleidslijn liggen.