



ONDERZOEK NAAR FINANCIËLE
KNELPUNTEN BIJ VOORZIENINGEN VOOR
PALLIATIEVE TERMINALE ZORG

EINDRAPPORTAGE

Utrecht, 10 augustus 2006

Berenschot
Joining Minds

Berenschot

INHOUD

Blz.

1.	ACHTERGROND VAN EN AANLEIDING TOT HET ONDERZOEK	1
1.1	ACHTERGROND.....	1
1.2	AANLEIDING TOT HET ONDERZOEK.....	1
1.3	VRAAGSTELLING.....	2
2.	WERKWIJZE	4
2.1	ONDERWERP VAN ONDERZOEK.....	4
2.2	ONDERZOEKSMETHODEN	5
2.3	LEESWIJZER	8
3.	PALLIATIEVE ZORGVERLENING.....	9
3.1	ZORGVRAAG CLIENT	9
3.2	GEÏNDICEERDE ZORG	10
3.3	GEFINANCIERDE ZORG.....	14
3.4	AANGEBODEN ZORG	19
3.5	NACHTZORG	24
3.6	HUISVESTING	29
4.	FINANCIËLE PROBLEMATIEK?	33
4.1	RESULTATEN JAARREKENINGENANALYSE	33
4.2	RESULTATEN DIGITALE ENQUÊTE EN INTERVIEWS	38
4.3	CONCLUSIES FINANCIËLE PROBLEMATIEK.....	41
4.4	OORZAKEN FINANCIËLE PROBLEMATIEK BTH	42
4.5	OORZAKEN FINANCIËLE PROBLEMATIEK HCH	42
4.6	OORZAKEN FINANCIËLE PROBLEMATIEK VERZORGINGSHUIZEN.....	46
5.	CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN	47
5.1	CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN T.A.V. DE INDICATIESTELLING	47
5.2	CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN T.A.V. V&V INSTELLINGEN	47
5.3	CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN T.A.V. BTH	48
5.4	CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN T.A.V. HCH.....	48
5.5	CONCLUSIES T.A.V. DE WTZI/CTG REGELING KLEINSCHALIG WONEN	49
5.6	AANBEVELINGEN T.A.V. TEGEMOETKOMING HUISVESTING HOSPICES.....	50

Berenschot

AFKORTINGENLIJST	56
LITERATUUR	57
BIJLAGE 1A: SAMENSTELLING BEGELEIDINGSCOMMISSIE.....	1
BIJLAGE 1B: DEELNEMERS EXPERT MEETING	2
BIJLAGE 2: GEÏNTERVIEWDE INSTELLINGEN EN ORGANISATIES.....	1
BIJLAGE 3: WEERGAVE FINANCIËLE ANALYSE OP BASIS VAN JAARREKENINGEN.....	1
BIJLAGE 4: OVERZICHT BEREKENDE RATIO'S PER CATEGORIE INSTELLING.....	1
BIJLAGE 5: VRAGENLIJST ENQUÊTE PALLIATIEVE ZORG	1
BIJLAGE 6: REKENVOORBEELD BEDRIJFSVOERING HCH	1
BIJLAGE 7: RICHTLIJN PALLIATIEF TERMINALE ZORG CIZ	1

1. ACHTERGROND VAN EN AANLEIDING TOT HET ONDERZOEK

1.1 ACHTERGROND

De term ‘palliatieve zorg’ is afgeleid van het Latijnse woord pallium, dat ‘mantel’ betekent. Een mantel die de ongeneeslijk zieke mens door zijn naasten en zorgverleners wordt aangeboden in zijn laatste levensfase. Idealiter start palliatieve zorg op het moment dat vastgesteld wordt dat genezing niet meer mogelijk is. Bij palliatieve zorg richt de zorgverlening zich meer op de zieke (maximaal somatische comfort, psychosociaal welbevinden en levensbeschouwelijk welzijn, kortom de kwaliteit van leven) dan op de ziekte, meer op het verlichten van lijden, dan op het verlengen van leven. Er kan daarom gesteld worden dat palliatieve zorg is gericht op het toevoegen van leven aan de dagen, in plaats van dagen aan het leven.

Ook de begeleiding van de familie, die immers eveneens een rouwproces doorloopt (voor, tijdens en na het sterven van de patiënt), hoort bij palliatieve zorg. Besproken punten komen terug in de definitie van palliatieve zorg, die volgens de “oude” definitie van de WHO uit 1996 luidt:

‘Palliatieve zorg is de continue, actieve en integrale zorg voor patiënten en hun familie door een interdisciplinair team op het moment dat medisch gezien geen genezing meer wordt verwacht. Het doel van palliatieve zorg is de hoogst mogelijke kwaliteit van leven, zowel voor de patiënt als zijn familie, waarbij de patiënt wordt benaderd als een gelijkwaardige en medeverantwoordelijke partner. Palliatieve zorg beantwoordt aan fysieke, psychologische, sociale en spirituele behoeften. Zo nodig strekt palliatieve zorg zich uit tot ondersteuning bij rouw.’

In 2002 heeft de World Health Organisation een nieuwe definitie geformuleerd. In deze definitie ontbreekt het aspect van rouwbegeleiding dat in de ‘oude’ definitie wel specifiek genoemd wordt als horend bij de palliatieve zorg. De nieuwe definitie luidt:

‘Palliatieve zorg is een benadering die de kwaliteit van leven verbetert van patiënten, en hun naasten, die te maken hebben met levensbedreigende aandoeningen, door het voorkomen en verlichten van lijden, door middel van vroegtijdige signalering, zorgvuldige beoordeling en het behandelen van pijn en andere problemen van lichamelijke, psychosociale en spirituele aard.’

Wanneer het overlijden daadwerkelijk op korte termijn (drie maanden of minder) wordt verwacht, wordt gesproken over palliatieve terminale zorg (PTZ). PTZ vormt dus een onderdeel van palliatieve zorg.

1.2 AANLEIDING TOT HET ONDERZOEK

Op 8 september 2005 is door de Kamer tijdens een Algemeen Overleg de bezorgdheid uitgesproken over de risico's voor het behoud van een goede palliatieve zorg. Deze bezorgdheid kwam voort uit het volgende:

- Uit onderzoek van het NIVEL begin 2005 kwam naar voren dat meer dan de helft van de instellingen in de palliatieve zorg aangeeft te kampen met financiële problemen van enige aard (NIVEL, 2005).

Berenschot

- Met enige regelmaat bereikten VWS signalen dat de omvang van de geïndiceerde zorg te gering is of dat er minder zorg wordt gefinancierd dan waarvoor een indicatie is afgegeven.
- Reeds diverse jaren wordt door bijna thuis huizen en high care hospices aangegeven dat de huisvestingslasten problemen opleveren, omdat hier geen structurele financieringsbron voor beschikbaar is.

Het vermoeden bestond dat er een duidelijke relatie is tussen de eerste twee factoren: instellingen krijgen mogelijk minder geld dan zij noodzakelijkerwijs nodig hebben voor een verantwoorde zorg aan individuele gasten. En vanwege de sterk toenemende zorgbehoefte van terminale patiënten, zou de initiële indicatie van het CIZ niet voldoende zijn, waardoor herindicaties nodig zijn. Het aanvragen en afgeven van deze herindicaties zou bureaucratisch zijn en belemmerend werken. De nieuwe richtlijn die het CIZ in 2005 heeft uitgebracht zou mogelijk tegemoet komen aan deze klachten.

De Staatssecretaris heeft een onderzoek toegezegd dat inzicht moet bieden in de aard en omvang van deze problematiek en handreikingen geeft voor een oplossing. Deze rapportage doet verslag van dit onderzoek.

1.3 VRAAGSTELLING

De vraagstelling van het Ministerie van VWS is als volgt verwoord:

Tabel 1. Vraagstelling VWS

Thema	Vraag
<i>Financiering</i>	• Welke categorieën van instellingen in de palliatieve zorg kan men onderscheiden? • Is het mogelijk een goed beeld te schetsen van de (onderscheiden) wijze waarop per categorie de instellingen worden gefinancierd? • Wat is het aandeel van donaties, giften e.d. in de loop van 4/5 jaar bij de financiering? Is hier sprake van een redelijk constant beeld?
<i>Financiële problematiek</i>	<i>Is er een probleem en zo ja, wat is het probleem:</i> • Is er sprake van een duidelijke financiële problematiek bij instellingen in de palliatieve zorg? • Waaruit bestaat deze financiële problematiek? • Is er sprake van een structureel, incidenteel of een aanloopproblematiek? <i>Wat zijn de (eventuele) oorzaken:</i> • Waardoor worden eventuele problemen veroorzaakt? • Is er een relatie tussen eventuele financiële problemen en de organisatie van deze zorg? • Is er sprake van een ongelijke strijd in de exploitatie van een palliatieve unit in een verpleeghuis aan de ene kant en de andere voorzieningen aan de andere kant?

Berenschot

Thema	Vraag
	• Is er sprake van “doorschuiven” van verpleeghuisbewoners naar een palliatieve unit, waardoor er een zekere “oneerlijke concurrentie” ontstaat? <i>Wat zijn mogelijke oplossingen:</i> • Welke mogelijkheden hebben instellingen om eventuele problemen van financiële aard zelf het hoofd te bieden? • Welke oplossing(en) zijn er voor de eventuele problemen, wie is daarvoor primair aanspreekbaar en –zo mogelijk- wat zijn de daaraan verbonden kosten?
<i>Indicatiestelling</i>	• Is er sprake van een significant te lage indicatiestelling? Leidt dit tot financiële problemen? • Kan hierbij een vergelijking gemaakt worden tussen de situatie voor en na het in werking treden van de nieuwe richtlijn van het CIZ? • Wordt de geïndiceerde zorg qua omvang en aard ook daadwerkelijk geleverd? Zo nee, waarom niet? • Doen zich ten aanzien van de indicatiestelling significante verschillen voor tussen de diverse palliatieve voorzieningen?

2. WERKWIJZE

Het onderzoek richt zich primair op het beantwoorden van de volgende twee vragen:

1. Is er een financiële problematiek bij PTZ voorzieningen en zo ja, waar bestaat deze uit en wat zijn de oorzaken?
2. Sluit de indicatiestelling aan op de te leveren zorg en vice versa?

Dit onderzoek richt zich niet op het vraagstuk van (verschillen in) de kwaliteit van de zorgverlening.

2.1 ONDERWERP VAN ONDERZOEK

De palliatieve zorg wordt in Nederland op verschillende plaatsen aangeboden: thuis, in het ziekenhuis, in het verpleeghuis, in het verzorgingshuis en in bijna thuis huizen en high care hospices. Deze laatste type voorzieningen zijn uitsluitend gericht op het opvangen van mensen in hun laatste levensfase.

In deze rapportage hanteren wij de definitie die door het NIVEL wordt gehanteerd voor palliatieve zorgvoorzieningen:

Een palliatieve terminale zorgvoorziening (PTZ voorziening) is een zelfstandige instelling of een afzonderlijke unit binnen een instelling met als hoofddoel palliatieve terminale zorg te bieden aan mensen die een levensverwachting hebben van minder dan drie maanden.

Dit onderzoek richt zich uitsluitend op de bijna thuis huizen (BTH), de high care hospices (HCH) en de palliatieve units in verpleeghuizen en verzorgingshuizen. In hoofdstuk 5 wordt een beschrijving gegeven van deze voorzieningen voor palliatieve zorg.

Omdat het niet altijd duidelijk is of een organisatie een bijna thuis huis of een high care hospice is, heeft de begeleidingscommissie van dit onderzoek de volgende typering hiervoor gegeven:

High care hospices zijn organisaties voor palliatief terminale zorg, niet zijnde een verpleeghuis of verzorgingshuis, waar verpleegkundigen in vaste dienst zijn.

Bij alle analyses waarvan in deze rapportage verslag wordt gedaan, is deze definitie aangehouden. Dit betekent dat van alle palliatieve terminale zorgvoorzieningen die geen integraal onderdeel uitmaken van een verzorgingshuis of verpleeghuis is nagegaan of zij verpleegkundigen in dienst hadden. Wanneer dit *niet* het geval was, is de betreffende voorziening geclassificeerd als bijna thuis huis, wanneer dit *wel* het geval was, is de voorziening geclassificeerd als high care hospice.

2.2 ONDERZOEKSMETHODEN

Om antwoorden te kunnen vinden op de gestelde onderzoeksvragen hebben we in vier fasen de volgende onderzoeksmethoden gebruikt:

1. Een analyse van jaarrekeningen;
2. Interviews;
3. Een digitale enquête;
4. Een expertbijeenkomst.

1. Fase 1. Analyse van jaarrekeningen

Uit de ‘Monitor Palliatieve Zorg 2005’ (Nivel, 2006) blijkt dat 56% van de instellingen die palliatieve zorg aanbiedt knelpunten ervaart in de financiering. In dat onderzoek is gevraagd naar een perceptie. Om dit te kunnen onderbouwen met cijfers, hebben wij de jaarrekeningen van de vier categorieën PTZ voorzieningen geanalyseerd. Hierbij is de toepasbaarheid nagegaan van een aantal bedrijfseconomische begrippen: *liquiditeit*, *solvabiliteit* en *rentabiliteit*. Deze drie begrippen zijn geoperationaliseerd met behulp van zogenaamde *ratio's* die inzicht kunnen geven in de liquiditeit, de solvabiliteit, de rentabiliteit en de kwetsbaarheid van de organisaties.

De analyse is uitgevoerd op basis van de financiële verslaglegging over het jaar 2004. Het aantal verwerkte jaarrekeningen per categorie instelling staat aangegeven in onderstaande tabel.

Tabel 2. Aantal verwerkte jaarrekeningen per categorie

Categorie	Aantal
Bijna thuis huizen	20
Hospices	7
V&V palliatief	11
V&V zonder	13
V&V totaal	24

Kanttekeningen bij de jaarrekeningen analyse zijn:

- Gegeven het feit dat BTH en HCH een relatief jonge sector vormen, dient opgemerkt te worden dat binnen de onderzochte sector vooralsnog geen uniforme accounting-beginselen (zoals waarderingsgrondslagen) gelden. In de analyse is getracht hiermee zoveel als mogelijk rekening te houden. Een voorbeeld hiervan is de ontwikkeling van de indicator kwetsbaarheid, die niet voorkomt in veelgebruikte financiële analyses in andere sectoren.
- We constateren dat er HCH en BTH zijn die een vriendenstichting of steunfonds hebben. Concreet betekent dit dat giften en donaties die aan de zorgaanbieder gedaan worden, naar deze vriendenstichting gaat.

Berenschot

Het komt voor dat de steunfondsen/vriendenstichtingen van deze organisaties een negatief resultaat aanvullen tot een neutraal saldo. Dit is in veel gevallen niet terug te vinden op de jaarrekening. Bij de verwerking van de gegevens zijn wij uitgegaan van de verslaglegging door de organisatie.

- De jaarrekeningen van de verpleeg- en verzorgingshuizen geven een beeld van de financiële positie van de hele instelling, en niet specifiek van de resultaten van de palliatieve unit. Hiermee is gekeken of een instelling als geheel financieel gezond is, en in staat is om een palliatieve voorziening aan te bieden aan de regio.

Uit de analyses is gebleken dat de liquiditeit en solvabiliteit van geringe betekenis zijn voor het vergelijken van de financiële situatie van de vier typen voorzieningen. De rentabiliteit en de kwetsbaarheid geven wel inzichten. Van de analyse wordt verslag gedaan in de bijlagen 3 en 4. In hoofdstuk 4 hebben we de belangrijkste conclusies van de jaarrekeningenanalyse weergegeven.

2. *Fase 2. Interviews*

In drie regio's hebben interviews plaatsgevonden bij een aantal PTZ instellingen, huisartsen, thuiszorginstellingen, zorgkantoren en CIZ organisaties. Voor de interviews is een vaste vragenlijst gehanteerd. Een overzicht van de geïnterviewde instellingen is gegeven in bijlage 2. Bij iedere instelling is gesproken met de financieel eindverantwoordelijke en met de medisch of organisatorisch eindverantwoordelijke voor de PTZ. Er is geen sprake van een representatieve steekproef. In totaal hebben ruim 40 gesprekken plaatsgevonden. De interviews hadden tot de doel de enquête (fase 3) zo in te richten dat de juiste vragen gesteld werden. In deze rapportage zijn de resultaten van de interviews gebruikt ter illustratie en als ondersteuning van de resultaten van de jaarrekeningenanalyse en de enquête.

3. *Fase 3. Digitale enquête*

Vervolgens is een digitale enquête uitgevoerd. Bij het uitzetten van de enquête hadden wij als uitgangspunt zoveel mogelijk high care hospices, bijna thuis huizen, verpleeghuizen en verzorgingshuizen die PTZ aanbieden te benaderen. In totaal hebben wij 350 adressen verzameld via aangeleverde bestanden van Agora, Nivel, VPTZ, de associatie van zelfstandige high care hospices en eigen inventarisatie. Hiervan bleken 208 adressen actief te zijn. De vragenlijst was van toepassing op instellingen die in 2004 of eerder operationeel zijn geworden. 31 respondenten hebben laten weten dat zij de enquête niet hebben ingevuld omdat ze pas in 2005/2006 zijn geopend en een paar instellingen gaven andere redenen aan waarom de enquête niet voor hen van toepassing is. Daarmee blijven 177 aangeschreven adressen over waarvan een reactie werd verwacht. Het is mogelijk dat hier meerdere adressen bij zitten die toebehoren aan één instelling.

Het noemen van een exact aantal instellingen dat palliatieve zorg levert, blijkt vrijwel onmogelijk, zo blijkt uit andere onderzoeken en uit reacties van de betrokken brancheorganisaties. Een goede uitsplitsing naar type instelling is een bijkomend probleem: omdat de term high care hospice niet beschermd is, kan die gemakkelijk gevoerd worden. Ook de betreffende brancheorganisaties konden ons geen exacte aantallen geven.

Een redelijke benadering kan worden gemaakt op basis van de resultaten van de NIVEL monitor palliatieve zorg. Het NIVEL vraagt aan de respondenten zichzelf te typeren.

Berenschot

Voor de monitor 2004 zijn contactpersonen van 247 voorzieningen benaderd waarvan bekend was of vermoed werd dat zij als palliatieve terminale voorziening functioneerden en voldeden aan de definitie.

Uit de rapportage van het NIVEL blijkt dat 102 instellingen operationeel waren in 2004 en aan de definitie voldeden, en dat er 73 non-respondenten waren die vermoedelijk aan de definitie voldeden. Het totaal van instellingen dat palliatief terminale zorg verleend komt daarmee op 175 instellingen. Onderhavig onderzoek richt zich uitsluitend op de bijna thuis huizen, de high care hospices, de palliatieve units in verpleeghuizen en de palliatieve units in verzorgingshuizen. Dit waren er volgens de schatting van het NIVEL 168. De respons op onze enquête is weergegeven in de volgende tabel. Hierbij is aangegeven welk percentage ten opzichte het geschatte aantal aanwezige instellingen een enquête heeft geretourneerd. Twee organisaties zijn in 2004 operationeel geworden: zij waren 9 en 11 maanden in 2004 operationeel. Zij zijn meegenomen in de analyses en daar waar nodig zijn hun gegevens geëxtrapoleerd naar een heel jaar.

Tabel 3. Respons enquête ten opzichte van het geschatte aantal instellingen in 2004

Respons	Geschat aantal instellingen	Respons	Respons-percentage
<i>Bijna thuis huis</i>	34	16	47%
<i>High care hospice¹</i>	21	14	67%
<i>Palliatieve unit verpleeghuis</i>	55	12	22%
<i>Palliatieve unit verzorgingshuis</i>	39	8	21%
<i>Overig</i>	19	6	32%
<i>Totaal</i>	168	56	33%

Bron geschat aantal instellingen: Monitor palliatieve zorg, rapport 2004, NIVEL, pagina 19 en 23

Omdat het niet altijd duidelijk is of een organisatie een bijna thuis huis of een high care hospice is, heeft de begeleidingscommissie van dit onderzoek hiervoor (zoals reeds gemeld) de volgende typering gegeven:

High care hospices zijn organisaties voor palliatief terminale zorg, niet zijnde een verpleeghuis of verzorgingshuis, waar verpleegkundigen in vaste dienst zijn.

¹ Volgens de Stichting Agora, waren er per november 2004 met zekerheid 18 high care hospices. Van 5 instellingen die toen operationeel waren is niet zeker of ze als high care hospice of als bijna thuis huis moeten worden geclassificeerd. Het aantal high care hospices per november 2004 zal daarmee tussen de 18 en 23 liggen.

Berenschot

In de enquête is aan de respondenten gevraagd of zij verpleegkundigen zelf in dienst hebben of deze betrekken van andere organisaties (vraag 10 uit de enquête, zie bijlage 5 voor de vragenlijst). Op basis hiervan zijn de bijna thuis huizen en high care hospices bepaald. Afgezet tegen het geschatte aantal instellingen op basis van het NIVEL onderzoek is er een totale respons van 33%. Van de verpleeg- en verzorgingshuizen met een palliatieve unit heeft ruim éénvijfde van de instellingen de enquête ingevuld geretourneerd. Van de bijna thuis huizen en high care hospices was dit respectievelijk bijna 50% en bijna 70%.

De enquêtevragen zijn opgenomen in bijlage 5. Resultaten uit de enquête zijn alleen gepresenteerd wanneer 5 of meer instellingen antwoord hebben gegeven op de betreffende vraag.

4. Fase 4. Expertbijeenkomst

De resultaten van het onderzoek zijn getoetst op herkenbaarheid tijdens een groepsbijeenkomst van diverse actoren uit het veld: de expertbijeenkomst. In deze bijeenkomst zijn eerst de resultaten van het onderzoek gepresenteerd, waarna een groepsdiscussie over met name de conclusies en aanbevelingen heeft plaatsgevonden. In bijlage 1b treft u een overzicht aan van de deelnemers aan de expert bijeenkomst.

2.3 LEESWIJZER

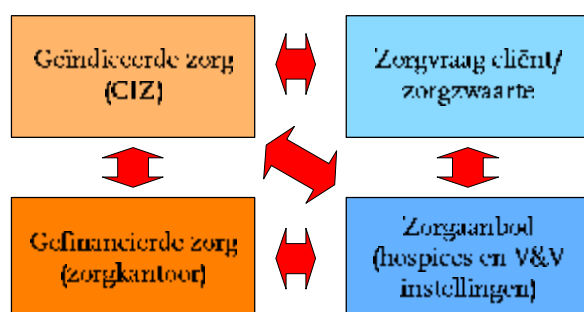
Dit onderzoeksrapport is als volgt opgebouwd:

- In hoofdstuk 5 gaan we in op het veld van de palliatieve zorg;
- Hoofdstuk 6 behandelt de vraag of er sprake is van financiële problematiek en zo ja, wat hiervan de mogelijke oorzaken zijn;
- In hoofdstuk 7 worden de conclusies beschreven en worden aanbevelingen gedaan.

5. PALLIATIEVE ZORGVERLENING

We maken bij de beschrijving van de palliatief terminale zorgverlening onderscheid naar de gevraagde zorg, de geïndiceerde zorg, de gefinancierde zorg en de aangeboden zorg. Idealiter sluiten deze op elkaar aan, zodat de patiënt krijgt wat hij nodig heeft en de PTZ instelling hiervoor voldoende financiering ontvangt. Onderstaande figuur geeft deze vier categorieën grafisch weer.

Figuur 1



In het vervolg van dit hoofdstuk gaan we in op elke categorie. De informatie in dit hoofdstuk is afkomstig uit de enquêtes en wordt op punten geïllustreerd met resultaten uit de interviews. Resultaten uit de enquête zijn alleen gepresenteerd wanneer 5 of meer instellingen antwoord hebben gegeven op de betreffende vraag.

5.1 ZORGVRAAG CLIËNT

Uit de interviews met de huisartsen, de thuiszorg en de CIZ organisaties is naar voren gekomen hoe de zorgvraag van de cliënt wordt geuit. Patiënten die thuis behandeld werden en in een palliatief terminaal stadium terecht zijn gekomen, worden door de huisarts begeleid. Deze overlegt met de patiënt en zijn familie waar deze zijn laatste dagen wil en kan doorbrengen en dient een verzoek tot indicatie in bij het CIZ. Ook in een ziekenhuis wordt met de patiënt overlegd waar deze de laatste periode van zijn leven wil en kan verblijven. Als de patiënt geen voorkeur heeft, zal het transferbureau op zoek gaan naar een beschikbare plek bij een instelling. Tevens wordt een indicatieverzoek bij het CIZ ingediend.

Als de cliënt eenmaal is opgenomen in een instelling, is kenmerkend voor palliatieve zorg dat de zorgvraag van een patiënt sterk kan wisselen. Iemand die relatief mobiel in de instelling komt, kan binnen een paar dagen sterk verslechteren, en vice versa.

Uit onderzoek blijkt namelijk dat er duidelijk een top drie is voor mensen die ongeneeslijk ziek zijn voor wat betreft de ideale plaats om te overlijden: (1) thuis, (2) BTH en (3) HCH².

² Zie "Waar wilt u doodgaan?", p. 8.

5.2 GEÏNDICEERDE ZORG

De CIZ geïnterviewden hebben aangegeven dat in veel gevallen palliatief terminale patiënten al eerder een indicatie van het Centrum voor Indicatiestelling (CIZ) hebben ontvangen voor een andere vorm van zorg. Het CIZ is hierdoor vaak op de hoogte van de (thuis)situatie van de patiënt, waarmee het stellen van een indicatie wordt vereenvoudigd.

De procedure

Alle gesproken CIZ organisaties gaven aan dat voor het stellen van een indicatie bij palliatief terminale patiënten vaak de verkorte procedure wordt toegepast. De indicatie wordt in de meeste gevallen binnen 1 dag afgegeven, met een uitloop tot maximaal 1 week.

Wanneer iemand plotseling op een palliatieve unit moet worden opgenomen, wordt een spoedindicatie afgegeven. Een spoedindicatie gaat in op de dag van aanmelding en heeft een termijn van maximaal twee weken. Binnen de twee weken dat een spoedindicatie geldt, moet de gewone indicatie rondkomen. Een CIZ heeft aangegeven dat wanneer iemand komt te overlijden voordat de gewone indicatie rond is, het CIZ geen actie meer onderneemt en het aan de instelling en het zorgkantoor is om de financiering te regelen.

De eerste belangrijke beslissing die het CIZ zal nemen is:

- wordt een indicatie verblijf (intramuraal) afgegeven of:
- een indicatie extramuraal.

In de gesprekken met de CIZ organisaties is aangegeven dat zoveel als mogelijk palliatieve thuiszorg wordt geïndiceerd. De patiënt kan deze zorg thuis ontvangen, in een BTH of in een HCH. Criteria om wel of niet voor een indicatie verblijf te kiezen zijn:

- Wat wil de klant?
- Hoe is het met het cliëntsysteem c.q. de mantelzorg geregeld? Hoe is het met de thuissituatie?
- Hoe zit het met de woonsituatie?
- Hoe angstig is de klant? In het kader van veiligheid - de therapeutische klimaatstelling kan intramuraal soms aan de orde zijn.
- Iemand is zo zorgbehoefstig dat deze door meerdere mensen geholpen moet worden.
- Er is veel onplanbare zorg.

Bij het stellen van de indicatie wordt informatie ingewonnen bij de behandelende huisarts of medisch specialist, eventueel (indien van toepassing) de betrokken thuiszorg en bij de naaste omgeving van de patiënt. Soms wordt een huisbezoek gebracht. Steeds meer is de mate waarin mantelzorg beschikbaar is, bepalend voor de indicatie.

De huisartsen gaven in de interviews aan dat de problemen bij zorgverlening door mantelzorgers niet moeten worden onderschat. Woonafstand, hulpbehoefstig zijn en het ontwikkelen van angsten worden hier genoemd.

Berenschot

De geïnterviewde CIZ organisaties hebben aangegeven dat bij het stellen van de indicatie niet gekeken wordt naar de palliatieve voorziening die de zorg moet gaan leveren. Uitgegaan wordt van de behoefte van de cliënt. De cliënt geeft zijn of haar voorkeur voor een type PTZ voorziening aan. Dit betekent overigens niet dat alle voorzieningen dezelfde soort zorg verlenen (zie ook de paragraaf hierna).

Het kan voorkomen dat een patiënt gedurende het palliatieve zorgproces andere zorg nodig heeft dan geïndiceerd. In zo'n geval is een herindicatie nodig. Omdat de functie verblijf een vaste financiering kent, is herindicatie bij verandering van zorgzwaarte hier niet direct nodig. Herindicaties zijn met name van toepassing bij de extramurale zorg.

Uit de gesprekken is gebleken dat sommige instellingen regelmatig discussies hebben met het CIZ over de indicatiestelling, zowel intra- als extramuraal. Dit geldt voor alle type instellingen in dit onderzoek.

Herindicaties vinden plaats binnen een periode van 1 dag tot 1 week. De herindicaties worden door alle type instellingen in dit onderzoek en door de CIZ organisaties die wij gesproken hebben als bureaucratisch en arbeidsintensief ervaren.

Differentiatie qua indicatie (en zorgzwaarte) per type instelling?

Aan de PTZ voorzieningen is in de interviews gevraagd of er volgens hen gedifferentieerd wordt naar aanbod van cliënten. De geïnterviewden bij de BTH, HCH en verzorgingshuizen gaven aan dat ze de indruk hebben dat alle typen cliënten bij de verschillende voorzieningen opgenomen worden. Sommige respondenten hebben het beeld dat in bepaalde type instellingen specifieke zorgzwaarten meer voorkomen dan in andere instellingen. Enkele beelden die in dit kader in de interviews naar voren zijn gekomen, zijn:

- Eén enkel verzorgingshuis heeft in de interviews aangegeven te selecteren op cliënten met niet al te ingewikkelde problematiek.
- Drie van de vier verpleeghuizen die we hebben gesproken gaven aan dat zij de indruk hebben dat zij zwaardere cliënten krijgen dan de andere drie typen voorzieningen.
- De vertegenwoordiging van de HCH in de expertcommissie heeft aangegeven de indruk te hebben dat HCH zwaardere patiënten krijgen dan BTH.

Of en in welke mate er sprake is van verschillen qua indicatie, zorgzwaarte en kwaliteit van zorg in de ene voorziening ten opzichte van de andere, is op basis van dit onderzoek echter niet aan te geven. Het was ook niet het (primaire) doel van dit onderzoek dit te achterhalen.

In de enquête is aan de PTZ voorzieningen gevraagd wat de meest voorkomende CIZ indicatie was in 2004 (vóór invoering van de nieuwe CIZ richtlijn). Dit is te zien in onderstaande tabel. De BTH hebben hier nauwelijks tot geen inzicht in vanwege het feit dat bij de BTH de levering van de zorg via een externe partij loopt, veelal via een thuiszorgorganisatie. Er waren te weinig verzorgingshuizen die deze vraag beantwoord hebben om hier resultaten over te kunnen rapporteren.

De meest voorkomende indicaties bij de HCH zijn persoonlijke verzorging en verpleging. Bij de verpleeghuizen (VPH) zijn het met name verblijf (wat logisch is), behandeling, verpleging en persoonlijke verzorging. Op basis van deze resultaten kan niet worden aangegeven of er significante verschillen zijn tussen de indicaties van de cliënten van de vier verschillende typen instellingen.

Berenschot

Tabel 4. Meest voorkomende CIZ indicatie in 2004 (vraag 29a enquête)

Categorie	Aantal	Huishoudelijke verzorging	Persoonlijke verzorging	Ondersteunende begeleiding	Verpleging	Verblijf	Behandeling
HCH	10	60%	100%	70%	100%	10%	10%
VPH	11	55%	73%	64%	82%	100%	91%

In dit onderzoek is niet nagegaan of de door het CIZ geïndiceerde zorg overeenkomt met de behoefte van de cliënt.

Nachtzorg

Een aandachtspunt is de indicatie voor de nachtzorg. Dit speelt met name bij HCH. Vaak wordt wel nachtzorg door een verpleegkundige geboden, terwijl hier niet altijd voldoende uren vanuit de indicatie tegenover staan. Het CIZ voerde hier geen eenduidig beleid, waardoor HCH en de BTH (i.c. de thuiszorg) ook verschillende vergoedingen kregen voor de nachtzorg. De vraag is in hoeverre de nieuwe CIZ richtlijn dit probleem oplost (zie hierna).

Nieuwe CIZ richtlijn

In 2005 is een nieuwe indicatierichtlijn van kracht geworden. Volgens de geïnterviewde respondenten bij PTZ voorzieningen had de oude situatie de volgende nadelen:

- Bij het stellen van de indicatie werd vaak geen rekening gehouden met het grillige verloop van de zorgvraag van een palliatieve patiënt. Dit leidde geregeld tot de aanvraag van herindicaties.
- Er waren (grote) verschillen per CIZ adviseur qua indicatie. Dit uitte zich onder meer in diversiteit qua indicatie voor de nachtzorg.

De vraag is in hoeverre het beeld van de indicatie is veranderd na invoering van de nieuwe richtlijn. In de enquête is gevraagd of dit daadwerkelijk het geval is.

Tabel 5. Is het beeld van indicatie veranderd na invoering van de richtlijn (vraag 29b)?

Categorie instelling	Opmerkingen van respondenten
HCH	• Ja, 3 maal • Nee, 3 maal • Nvt; we krijgen 5 uur verpleging per bewoner • Neen, wij hebben met het zorgkantoor vaste afspraak per patiënt per dag, gerelateerd aan werkelijke bedbezetting. 2 x per jaar vindt een verrekening plaats. patiënten worden wel geïndiceerd maar m.i. nog steeds op de aloude manier met een beperkte termijn (3mnd).

Berenschot

Categorie instelling	Opmerkingen van respondenten
	• Ja, meer ondersteunende begeleiding en huishoudelijke verzorging en persoonlijke verzorging, minder verpleging • Functie OB-alg wordt nu standaard geïndiceerd klasse 3-4 • Per patiënt wordt nu een bepaalde klasse indeling gehanteerd.
<i>Palliatieve unit bij een verpleeghuis</i>	• Nee, 7 maal • Geen verandering • Niet concreet, zorgelijk dat er discussie ontstaat over de functies die zo snel veranderen. • Ja, tot 1-1-2006 werd behandeling in onze regio niet geïndiceerd. En ook ondersteunende begeleiding is (nog) minimaal. Bij hoog VP vraag compenseren we dat met verzorgenden.
<i>Palliatieve unit bij een verzorgingshuis</i>	• Niet • Ja • Nee, 3 maal

Uit bovenstaande tabel blijkt dat de meningen of de situatie na invoering van de nieuwe indicatierichtlijn is veranderd, uiteen lopen. Ongeveer de helft van de HCH's is van mening dat er verandering is opgetreden als gevolg van de nieuwe indicatierichtlijn. De vertegenwoordiging van de HCH in de expertcommissie heeft aangegeven dat dit een positieve verandering betreft, die leidt tot minder herindicaties. Ook in de interviews is dit door twee HCH's aangegeven. Er was echter ook een HCH die aangaf dat er geen positieve verandering is waar te nemen. Dat de veranderingen als gevolg van de nieuwe CIZ richtlijn verschillend worden ervaren kan voorkomen uit het feit dat CIZ organisaties voor het van kracht worden van de CIZ richtlijn geen eenduidig beleid voerden. De veranderingen die optreden zijn daarmee ook niet eenduidig.

Bij de verpleeghuizen en verzorgingshuizen heeft 1 respondent aangegeven dat de indicatie is veranderd, de rest is van mening dat dit niet het geval is. Mogelijk kan dit verklaard worden uit het feit dat de functie verblijf een vaste financiering kent, waardoor herindicatie bij verandering van zorgzwaarte hier niet direct nodig is en deze voorzieningen dus minder met het probleem te maken hebben.

Wordt de geïndiceerde zorg ook daadwerkelijk geleverd?

Door het CIZ wordt er niet op toegezien dat de geïndiceerde zorg qua aard en omvang ook daadwerkelijk wordt geleverd door de instellingen; dit wordt door de geïnterviewden gezien als een taak van het zorgkantoor. Uit de interviews met de zorgkantoren bleek dat zij geen goed antwoord geven op de vraag of de geïndiceerde zorg qua omvang en aard ook daadwerkelijk wordt geleverd. De zorgkantoren geven in dit kader aan te kijken naar het overall kwaliteitsbeleid van een V&V instelling (HKZ certificering) en soms gebruik te maken van adviezen van het palliatieve netwerk.

Berenschot

In de enquête is gevraagd of de in 2004 geïndiceerde zorg ook daadwerkelijk kon worden geleverd. 39 respondenten hebben antwoord op deze vraag gegeven, van deze 39 gaf 60% aan dat dit niet bij hen bekend is. Vijftien respondenten hebben aangegeven bij hoeveel procent van de cliënten de indicatie van het CIZ in 2004 overeenkwam met de door hen geleverde zorg. Van deze vijftien waren er 3 BTH, 6 HCH, 1 verpleeghuisunit en 5 verzorgingshuisunits. 54% geeft aan dat de indicatie aansluit op de geleverde zorg, 38% geeft aan dat er meer zorg geleverd wordt dan geïndiceerd en 6% geeft aan dat er minder zorg geleverd wordt dan geïndiceerd. Het zijn met name de verzorgingshuizen die aangeven dat de geleverde zorg overeen komt met de indicatie, bij de HCH en BTH wordt vaak meer zorg geleverd dan geïndiceerd. Dit kan betekenen dat er te laag geïndiceerd is óf dat er goed geïndiceerd is en dat de BTH en HCH meer leveren. In dit onderzoek is niet nagegaan of het CIZ goed indiceert. Het aantal respondenten is te klein om uitgesplitst naar instellingstype resultaten te kunnen presenteren.

Waarom wordt in de enquête aangegeven dat bij een deel van de cliënten meer zorg geleverd wordt dan geïndiceerd? Ook in de interviews is door de HCH, verpleeghuizen en verzorgingshuizen aangegeven dat geregeld meer zorg geleverd moet worden dan geïndiceerd (in 2004). Dit vanwege het feit dat de CIZ indicatie uitging van een gemiddelde, en dat de zorgvraag van palliatieve patiënten sterk fluctueert en snel toeneemt. Met name de indicaties voor de nachtzorg zouden niet toereikend zijn. Wanneer de indicatie niet aansluit op de zorgvraag van de cliënt, moest worden onderhandeld met het CIZ voor een meer passende indicatie. Dit nam, ondanks dat volgens vrijwel alle geïnterviewde respondenten het CIZ erg welwillend was, veel tijd in beslag. De vraag is in hoeverre de nieuwe CIZ richtlijn dit oplost (zie eerder).

Op basis van onze gesprekken hebben we de indruk dat de benodigde zorg geleverd wordt, hetgeen minimaal de geïndiceerde zorg is en wanneer er minder zorg geleverd wordt is dit het gevolg van het grillige verloop van de zorgvraag van de palliatieve patiënt. Eventuele financiële problemen bij BTH en HCH hebben volgens de geïnterviewden geen invloed op de basiszorgverlening. Wel hebben eventuele problemen impact op factoren als: psychosociale ondersteuning van de patiënt en de naasten, de inrichting van het huis, eventuele medische hulpmiddelen die men wel of niet kan aanschaffen, het wel of niet kunnen organiseren van aanvullende activiteiten voor gasten of vrijwilligers. etc. Indien nodig worden hiervoor aanvullende financieringsbronnen gezocht.

5.3 GEFINANCIERDE ZORG

Bij het kijken naar financieringsstromen is het belangrijk onderscheid te maken tussen verpleeghuizen, verzorgingshuizen, BTH en HCH. In het volgende hoofdstuk worden in grafieken de verschillende inkomstenbronnen van de vier PTZ categorieën aangegeven.

5.3.1 Financiering van verpleeghuizen en verzorgingshuizen

De AWBZ erkende V&V instellingen worden gefinancierd conform de geldende CTG beleidsregels. In een gesprek met het CTG is aangegeven dat de tarieven per dag conform de beleidsregels worden bepaald op basis van o.a. normbedragen voor bijvoorbeeld loon- en materiële kosten én nacalculeerbare posten. De dagtarieven verschillen daarmee per instelling. Omdat de gemiddelde loonkosten en de zorgintensiteit in een verzorgingshuis lager liggen, ligt het gemiddelde dagtarief lager dan bij verpleeghuizen.

Berenschot

Het basistarief is voor een verpleeghuis circa €170,- en voor een verzorgingshuis circa €155,-. Dit basistarief is dus in feite een vast bedrag per bed, ongeacht de zorgzwaarte of de individuele zorgvraag van de patiënt.

Naast de reguliere financiering voor een bewoner van een verzorgingshuis of verpleeghuis ontvangen deze instellingen een toeslag van maximaal €94,40 per palliatieve patiënt per dag. Verzorgings- en verpleeghuizen komen enkel in aanmerking voor de toeslag, wanneer zij een palliatieve unit hebben die door het zorgkantoor als zodanig is erkend. Uit de interviews blijkt dat de toekenning van een palliatieve unit door het zorgkantoor plaatsvindt op basis van:

- Het aanbod van palliatieve bedden in de regio;
- De financiële situatie van het verzorgings- of het verpleeghuis;
- De aanwezigheid van een aparte unit.

In de interviews hebben drie van de vier verpleeghuizen aangegeven dat de palliatieve unit kostendekkend is. Twee verzorgingshuizen hebben aangegeven niet uit te komen. Hierbij moet worden opgemerkt dat weliswaar de toeslag voor verpleeg- en verzorgingshuizen gelijk is aan elkaar maar dat verzorgingshuizen een lager basis tarief krijgen dan verpleeghuizen (zoals hiervoor reeds vermeld). In de enquête is de vraag voorgelegd aan de respondenten of ze uitkomen met de extra toeslag voor palliatieve zorg.

Tabel 6. Komt uw organisatie uit met de extra toeslag voor palliatieve cliënten (inclusief de vergoeding voor de basiszorg) (vraag 20)?

Mogelijke antwoorden	‘Palliatieve unit bij een verpleeghuis’	‘Palliatieve unit bij een verzorgingshuis of woonzorgcentrum	Overig	Totaal
	N=11	N=8	N=5	
<i>Ja</i>	81,80%	25,00%	60,00%	58,30%
<i>Nee</i>	18,20%	75,00%	40,00%	41,70%

Verpleeghuizen geven over het algemeen aan uit te komen met de extra toeslag voor palliatieve zorg, verzorgingshuizen geven aan hier niet mee uit te komen.

5.3.2 Financiering van bijna thuis huizen en high care hospices

BTH en HCH kennen twee door de overheid gefinancierde regelingen, namelijk de CVTM regeling en de opbrengsten uit de AWBZ. Daarnaast hebben ze een aantal andere financieringsstromen.

Berenschot

CVTM

De CVTM regeling is een van de inkomstenbronnen voor BTH en HCH. Via deze regeling kan een PTZ voorziening zowel (deels) de vrijwilligerscoördinator betalen als onkosten van vrijwilligers (reis- en verblijfkosten, verzekeringen, e.d.).

Om in aanmerking te komen voor een subsidie dienen de BTH en HCH een aanvraag in bij het zorgkantoor. Uit de interviews kunnen wij niet concluderen dat elk zorgkantoor elke aanvraag op dezelfde manier beoordeeld. De zorgkantoren hebben in de interviews aangegeven dat zij bij het toekennen van de subsidie rekening houden met de historie van de aanvrager, zo willen ze de continuïteit van de aanvragers bewaken. Ook wordt soms gekeken naar het bedbezettingspercentage in de hospices (hoewel dit niet als criterium in de richtlijn genoemd staat). Omdat het bedbezettingspercentage in die situatie pas (circa) een jaar later gevolgen heeft voor de subsidie, is dit een indirecte prikkel voor efficiency. Een hospice ervaart dan immers pas een jaar later de (financiële) gevolgen van een minder goede bedbezetting.

In de interviews met de zorgkantoren is naar voren gekomen dat het totale budget aan CVTM gelden oorspronkelijk gebaseerd is op het aantal 65 plussers in een regio. In 2003/2004 zijn er wachtlijstmiddelen vrijgekomen om het CVTM budget aan te vullen. Sommige zorgkantoren (en BTH/HCH) hebben hier gebruik van gemaakt, anderen niet. Op basis van het totale budget van 2003 (inclusief wachtlijstmiddelen) is het CVTM budget ieder jaar geïndexeerd. Zorgkantoren die de extra gelden niet hebben gebruikt, hebben daarmee nu een lager te besteden budget dan zorgkantoren die wel gebruik hebben gemaakt van de wachtlijstmiddelen. In de enquête is aan de respondenten gevraagd of zij gebruik hebben gemaakt van de wachtlijstgelden.

Tabel 7. Heeft uw organisatie gebruik gemaakt van de wachtlijstgelden die in 2003/4 aan de CVTM regeling zijn toegevoegd (vraag 16b)?

Mogelijke antwoorden	'Bijna thuis huis'	'High care hospice'
	N=16	N=14
Ja	31,30%	7,10%
Nee	68,80%	92,90%

Een groot deel van de respondenten geeft aan geen gebruik te hebben gemaakt van de wachtlijstgelden. Het zijn met name de bijna thuis huizen die aangeven gebruik te hebben gemaakt van de wachtlijstgelden. High care hospices hebben nauwelijks gebruik gemaakt van de wachtlijstgelden.

De verdeling van de CVTM gelden gaat veranderen met de invoering van de WMO. De gelden voor mantelzorg en vrijwillige thuiszorg vallen dan onder de WMO, terwijl voor de gelden voor vrijwillige terminale zorg en coördinatie/netwerk een landelijk subsidiepunt komt.

Berenschot

AWBZ

HCH's hebben zoals reeds vermeld V&V personeel in dienst. HCH bieden zorg op basis van een onafhankelijke indicatie van het CIZ en declareren de door het V&V personeel werkelijk geboden zorg. In het geval dat een HCH geen zelfstandige AWBZ toelating heeft, werkt de HCH als onderaannemer van een wél AWBZ erkende instelling, zoals een thuiszorgorganisatie. De uren van het V&V personeel worden dan dus gedeclareerd via de wél erkende instelling. In diverse gevallen houdt deze (thuis)zorgorganisatie een bepaald percentage van de AWBZ gelden in; in de interviews hebben we percentages gehoord van 5%, 9% en 15%. Deze marge gaat ten koste van het resultaat van het HCH.

Uit de interviews en analyse van de jaarrekeningen (zie het volgende hoofdstuk) blijkt dat ook een deel van de BTH inkomsten heeft die afkomstig zijn uit de AWBZ. Voor BTH lijkt het vreemd dat er AWBZ middelen op de balans staan. Dit kan mogelijk het gevolg zijn van bijzondere constructies met het zorgkantoor. Eén constructie is bijvoorbeeld dat een BTH één uur huishoudelijke hulp en verzorging per patiënt per dag mag declareren. Dit uur wordt dan via de thuiszorg gedeclareerd. Mogelijk kan nader onderzoek hier meer duidelijkheid over geven.

Giften, subsidies en donaties

De bekostiging van de huisvestingskosten, activiteiten, en andere overige kosten die een BTH of HCH³ maakt, moet in principe gebeuren uit giften, subsidies en donaties. Uit de interviews blijkt dat vooral in de beginfase, bij de opstart, BTH en HCH relatief gemakkelijk aanspraak kunnen maken op deze inkomstenbron. Deze in de beginfase ontvangen subsidies en giften fungeren daarmee als een vorm van startkapitaal. Hoe langer een BTH of HCH bestaat, hoe lastiger het echter wordt om giften binnen te halen, zo blijkt uit de interviews. Het gaat hier met name om giften die vrij besteedbaar zijn, en dus aan exploitatiekosten als huisvesting besteed kunnen worden. Omdat de hoogte van de donaties en giften over het algemeen onzeker is in de loop van de tijd, hebben BTH en HCH dus geen structurele financieringsbron voor hun huisvesting (zie ook het volgende hoofdstuk).

In uitzonderingsgevallen draagt een gemeente of provincie bij aan de kosten van een hospice. Tijdens de expertmeeting werd het voorbeeld geschetst van de provincie Drenthe die de grond gratis ter beschikking had gesteld aan een hospice.

Eigen bijdragen patiënten en bijdragen zorgverzekeraars

Vrijwel alle geïnterviewde BTH en HCH vragen een eigen bijdrage voor verblijfskosten aan de patiënt (het gaat hier dus niet om de eigen bijdrage in het kader van de AWBZ). Wanneer een cliënt deze niet kan betalen, is de cliënt normaal gesproken toch welkom en wordt de eigen bijdrage kwijtgescholden. In de enquête is gevraagd of een eigen bijdrage aan de cliënt wordt gevraagd en hoe hoog deze is. 16 BTH en 14 HCH hebben deze vraag beantwoord.

³ Bij een HCH kan in voorkomende situaties bijvoorbeeld gedacht worden aan de kosten van een pastor en een maatschappelijk werker.

Tabel 8. Wordt aan de cliënten een eigen bijdrage gevraagd (vraag 22a)?

Mogelijke antwoorden	'Bijna thuis huis'	'High care hospice'
	N=16	N=14
Ja	87,50%	78,60%
Nee	12,50%	21,40%

13 bijna thuis huizen hebben aangegeven hoe hoog de gevraagde eigen bijdrage is. Deze bedraagt gemiddeld 19,6 euro, met een variatie van 10 tot 41 euro. 12 high care hospices hebben aangegeven hoe hoog hun gevraagde eigen bijdrage is. Gemiddeld is deze 22,4 euro met een variatie van 5 tot 45 euro.

Uit de interviews die wij hebben gehouden, bleek dat in sommige gevallen derden in de zorgketen bij willen springen als er op enig moment een tekort dreigt te ontstaan bij de BTH of HCH. Daarbij spelen zorgkantoren en grote zorgaanbieders (waaronder meerdere verzorging- en verpleeghuizen, en thuiszorg vallen) een belangrijke rol.

We zijn in het onderzoek twee zorgverzekeraars tegengekomen die een bijdrage per dag betalen voor een verzekerde patiënt die in een BTH/HCH verblijft.

5.3.3 Beleid van het zorgkantoor

Het zorgkantoor heeft de taak ervoor te zorgen dat het aanbod in de regio in kwantitatieve en kwalitatieve zin toereikend is. De drie zorgkantoren die wij gesproken hebben, gaan hier verschillend mee om. Met betrekking tot het aantal beschikbare plaatsen kijkt de een er naar of het aanbod op regioniveau toereikend is, de ander kijkt veel meer naar de spreiding van het aanbod zodat dicht bij de patiënten palliatieve zorg geboden kan worden. Het zorgkantoor heeft op dit moment beperkte sturingsmogelijkheden wat betreft het aanbod van PTZ voorzieningen in een regio. In principe kan namelijk iedereen een BTH/HCH starten en naderhand via de thuiszorg declareren. Het enige stuurinstrument om het aanbod te beheersen is voor een zorgkantoor nu nog het wel of niet toekennen van de CVTM gelden (dit gaat veranderen als hier een landelijke regeling voor komt, zie eerder). Het kan voor een zorgkantoor belangrijk zijn het aanbod te beheersen, omdat het aantal hospices van invloed kan zijn op de bedbezetting in de palliatieve units van V&V instellingen. Bij V&V instellingen kan een zorgkantoor beter sturen of ze wel of niet een palliatieve unit mogen openen.

Bij de beoordeling van de kwaliteit van de in te kopen palliatieve zorg wordt door de contractmanager van het zorgkantoor bij AWBZ erkende instellingen veelal gekeken naar de overall kwaliteit van de zorgaanbieder (bijvoorbeeld certificering). De beoordeling van de kwaliteit van specifiek de palliatieve unit wordt, door de zorgkantoren die wij gesproken hebben, vaak overgelaten aan het palliatieve netwerk. Op de kwaliteit van de BTH en HCH wordt niet specifiek toegezien door de zorgkantoren.

Berenschot

De zorg die geleverd wordt valt onder de thuiszorg en de huisarts (die wel beoordeeld worden), de kwaliteit van de vrijwillige hulpverlening wordt overgelaten aan het palliatieve netwerk. De HCH kennen hun eigen kwaliteitssystemen (zie volgende paragraaf).

Er is veel variëteit in (speciale) afspraken tussen de verschillende zorgkantoren met de instellingen. Ook als één concessiehouder verantwoordelijk is voor meerdere regio's, kunnen er per regio verschillen bestaan. Dit leidt ertoe dat bijvoorbeeld een hospice in regio A veel beter bij kas zit dan een hospice in regio B. Er zijn dus wel verschillen tussen regio's, maar dat heeft naar alle waarschijnlijkheid meer te maken met het beleid van het specifieke zorgkantoor dan met over- of onderaanbod van bedden volgens de ZN norm. De vraag is of deze situatie wenselijk is.

Het zorgkantoor is ervoor verantwoordelijk dat de geïndiceerde zorg geleverd wordt. Het CIZ vermeldt de voorkeur van de patiënt voor de zorgaanbieder bij de indicatie die naar het zorgkantoor gaat. Is de eerste keus niet beschikbaar dan moet het zorgkantoor naar een passend alternatief zoeken. Als dit betekent dat iemand andere zorg krijgt dan geïndiceerd, dan valt dit onder overbruggingszorg en moet het zorgkantoor blijven proberen de oorspronkelijke indicatie in te vullen.

De zorgkantoren die wij gesproken hebben gingen verschillend om met de toepassing van de spoedindicatie. Sommige zorgkantoren hanteerden een terugwerkende kracht van 48 uur, om zo een spoedopname in een weekend onder de indicatie te kunnen doen laten vallen. In de periode nadat de gesprekken hadden plaatsgevonden heeft het CIZ een werkafspraken afgegeven, waarin staat hoe met de spoedindicatie moet worden omgegaan.

De zorgkantoren die wij gesproken hebben, hebben niet altijd zicht op mogelijke financiële problemen bij de instellingen die palliatieve zorg verlenen. Wel zijn ze van mening dat het lastig is voor BTH en HCH om ieder jaar weer de financiële middelen te vergaren.

5.4 AANGEBODEN ZORG

5.4.1 De type PTZ voorzieningen

Er zijn verschillende typen instellingen zijn waar PTZ wordt verleend. In dit onderzoek kijken we naar de volgende vier categorieën:

- Bijna thuis huizen (BTH);
- High care hospices (HCH);
- Verpleeghuizen (VPH);
- Verzorgingshuizen (VZH).

Incidenteel zullen we in dit rapport BTH en HCH met het verzamelbegrip hospices aanduiden en VPH en VZH met het verzamelbegrip V&V instellingen.

Waarin verschillen deze vier categorieën instellingen van elkaar? Het verschil is in ieder geval terug te vinden in de financieringsvorm, de cultuur en visie van de instelling en de organisatie van de zorg die geboden wordt. Zoals reeds eerder vermeld, kan op basis van dit onderzoek niet worden bevestigd of ontkend dat de (gemiddelde) zorgzwaarte van de cliënten, de (gemiddelde) hoogte van de CIZ indicatie en de geboden kwaliteit van zorg tussen de vier categorieën instellingen verschilt.

Berenschot

Wij zullen nu ingaan op de kenmerken van elke categorie instelling.

De *BTH* zijn uit ideële overwegingen gestart; de wens van de cliënt is het leidende principe. *BTH* streven er in dit kader naar zoveel mogelijk op de situatie thuis te lijken: het gaat om verplaatste thuiszorg. Er wordt een sfeer dicht bij huis gecreëerd waar de patiënt kan sterven. Financiële en in het verlengde daarvan bedrijfskundige motieven (zoals het bedbezettingspercentage) zijn dus niet het primaire doel van het beleid. Er werken veel vrijwilligers, de huisarts is medisch eindverantwoordelijk en de zorg wordt geleverd door de thuiszorg. In principe wordt iedere cliënt die zich aanmeldt opgenomen. Een *BTH* heeft gemiddeld 4 bedden, met jaarlijks gemiddeld 10 cliënten per bed. De *VPTZ* heeft kwaliteitsrichtlijnen waaraan de geïnterviewde *BTH*'s zeggen te voldoen.

De *HCH* zijn eveneens uit ideële overwegingen gestart. Ze zijn meestal groter in omvang dan *BTH* en hebben verpleegkundigen en verzorgenden in dienst, die samen met vrijwilligers zorg leveren. *HCH* garanderen 24-uurs zorgaanbod met verpleging en beschikbaarheid van medische zorg. De huisarts is doorgaans medisch eindverantwoordelijk. Steeds vaker zien we ook artsen gespecialiseerd in *PTZ* hier zorg verlenen. De zorg strekt zich uit tot verschillende gebieden van de *PTZ*. Het aanbod van zorg zou daarmee verschillen van het aanbod in andere *PTZ* voorzieningen. Of er daarmee ook een verschil is in de kwaliteit van de geleverde zorg ten opzichte van de andere typen instellingen, kan op basis van dit onderzoek niet worden aangegeven (dit was immers geen onderwerp van onderzoek). In principe wordt iedere cliënt met een passende indicatie opgenomen. Een *HCH* heeft gemiddeld 7 bedden, met jaarlijks gemiddeld 8 cliënten per bed. De *HCH* hebben een eigen kwaliteitskeurmerk dat gebaseerd is op het *HKZ* kwaliteitssysteem. Het *HCH* kwaliteitssysteem is specifiek gericht op het verlenen van *PTZ* dan het *HKZ* systeem. De geïnterviewden gaven aan, aan dit systeem te voldoen of er mee bezig te zijn dit in te voeren.

Op een palliatieve unit van een *verpleeghuis* of *verzorgingshuis* verblijven patiënten die van buiten de *V&V* instelling komen (ziekenhuis of thuissituatie) en vanuit die situatie als palliatief terminaal zijn geïndiceerd. Een belangrijk verschil tussen een verpleeghuis en een verzorgingshuis is dat bij een verpleeghuis normaal gesproken de verpleeghuisarts medisch verantwoordelijk is en bij een verzorgingshuis de huisarts. Bewoners van een *V&V* instelling die terminaal worden, vallen niet onder de categorie zorgvragers die opgenomen worden op een palliatieve unit van dezelfde *V&V* instelling. Wij hebben in de interviews vragen gesteld over het doorschuiven van patiënten binnen *V&V* instellingen naar de palliatieve units. De geïnterviewde instellingen gaven aan dat dit niet gebeurt. De palliatieve units hebben eenpersoonskamers en vaak een huiskamer die ook beschikbaar is voor familieleden. De unit behoort tot een grotere zorginstelling waardoor via uitwisseling van personeel en kruisfinanciering de bestaanszekerheid groot is. Sommige respondenten geven aan te voldoen aan of bezig te zijn met het verkrijgen van het *HKZ* kwaliteitskeurmerk voor de *V&V* sector. In de loop van dit jaar komt een specifiek *HKZ* schema voor *PTZ* uit.

Specifiek voor verpleeghuizen werd in de interviews aangegeven dat ongeveer 70% van de cliënten vanuit een ziekenhuis komt, en de overige cliënten vanuit de thuissituatie. Het gemiddelde aantal bedden is 4, waarop per jaar gemiddeld 8 cliënten verblijven. Bij verzorgingshuizen is het gemiddelde aantal bedden 3, waarop per jaar gemiddeld 5 cliënten verblijven.

Berenschot

Door een aantal respondenten werd gewezen op het belang om als PTZ voorziening over minimaal 4 bedden te beschikken. Dit heeft een aantal voordelen:

- Er kan een “palliatief team” gevormd worden, wat voldoende aanbod van patiënten krijgt om de kennis op peil te houden en kwaliteit te leveren.
- Het wordt mogelijk om kosteneffectief 24-uurs zorg te leveren.

5.4.2 Kenmerken van PTZ voorzieningen

In de enquête hebben wij een aantal bedrijfsmatige gegevens opgevraagd, die in deze paragraaf worden weergegeven.

Tabel 9. Benutting capaciteit, wachtenden en doorverwezen cliënten (vragen 5a, 6, 8a, 8a, 32 en 33)

Vragen	‘Bijna thuis huis’	‘High care hospice’	‘Palliatieve unit bij een verpleeghuis’	‘Palliatieve unit bij een verzorgingshuis’	Overig
	N=6	N=10	N=8	N=5	Nb
Geschat aantal geleverde uren zorg verpleging en verzorging per cliënt	34	50	61	37	nb
	N=15	N=14	N=10	N=7	N=5
Gem. aantal cliënten per bed	10	8	8	5	8
	N=15	N=14	N=12	N=8	N=6
Gem. aantal bedden per unit/organisatie	4	7	4	3	4
	N=8	N=4	Nb	Nb	Nb
Bedbezetting 2004	72%	82%	nb	nb	nb
	Nvt	N=10	N=8	N=5	Nb
Geschatte benodigde bedbezetting om kostendekkend personeel in te zetten	nvt	63%	83%	78%	nb
	N=7	N=11	N=5	Nb	Nb
Wanneer is er sprake van onderbezetting?	46%	70%	71%	nb	nb
	N=13	N=12	N=10	N=6	N=6
Gem. aantal wachtenden	21	15	3	1	1
	N=14	N=12	N=12	N=6	N=6
Gem. aantal doorverwezen	14	9	3	1	5

Volgens de schattingen van de HCH en de verpleeghuizen leveren zij gemiddeld de meeste uren verpleegkundige en verzorgende zorg per cliënt. Omdat hier specifiek gevraagd is naar verzorgende en verpleegkundige zorg, is de zorg van vrijwilligers hier niet in meegenomen. Opgemerkt moet worden dat het voor een BTH (relatief) lastig kan zijn om in te schatten hoeveel uren verpleegkundige en verzorgende hulp een bewoner krijgt, omdat deze immers via de thuiszorg geleverd wordt.

Berenschot

Het gemiddeld aantal cliënten per bed per jaar ligt rond de 8 voor HCH en verpleeghuizen, 10 voor de BTH, voor verzorgingshuizen ligt deze duidelijk lager, op 5. Het gemiddeld aantal bedden ligt voor de instellingen rond de 4, alleen de high care hospices hebben gemiddeld bijna twee keer zoveel bedden, namelijk 7.

7 BTH hebben aangegeven wanneer er voor hen sprake is van onderbezetting, dit is gemiddeld vanaf 46%. Voor HCH is er sprake van onderbezetting vanaf gemiddeld 70%, voor de verpleeghuizen (5 instellingen) geldt een gemiddelde van 71%. Er waren te weinig verzorgingshuizen die deze vraag hebben ingevuld om hier resultaten van te kunnen laten zien.

Uit de gegevens in Tabel 9 kan voor de BTH en HCH de gemiddelde ligduur worden afgeleid. Deze is voor cliënten in een BTH gemiddeld 26 dagen en voor cliënten in een HCH gemiddeld 37 dagen⁴.

In de enquête is gevraagd hoe de respondenten omgaan met periodes van onderbezetting.

Tabel 10. Hoe ging u om met periodes van onderbezetting (vraag 7c)?

Mogelijke antwoorden	'Bijna thuis huis'	'High care hospice'	'Palliatieve unit bij een verpleeghuis'	'Palliatieve unit bij een verzorgingshuis'	Totaal
	N=14	N=12	N=9	N=4	N=39
<i>Geen actie</i>	29%	33%	44%	25%	33%
<i>Anders, namelijk</i>	29%	33%	33%	0%	28%
<i>Niet van toepassing</i>	43%	33%	22%	75%	38%

60% van de organisaties heeft aangegeven te maken te hebben (gehad) met periodes van onderbezetting. Hierbij geldt de definitie die de organisatie zelf hanteert voor onderbezetting. De helft van deze organisaties onderneemt hierop actie. 50% van deze organisaties gaat PR bedrijven en verwijzers benaderen, 38% bezet de plaatsen met een andere type cliënten en 13% zet zijn eigen personeel in deze periodes elders in.

⁴ Wij merken hierbij op dat vanuit de Associatie van high care hospices is aangegeven dat zij vorig jaar een peiling hebben uitgevoerd naar (onder meer) de gemiddelde ligduur; hieruit kwam een gemiddelde ligduur van 22 dagen.

Berenschot

Tabel 11. Aantal fte in voor palliatieve zorg beschikbaar en in dienst, per bed (vraag 9a en 9c)

Gemiddeld aantal fte per bed	Bijna thuis huis	High care hospice	Unit verpleeghuis	Unit verzorgingshuis
	N=13	N=10	N=7	N=5
1. Verpleegkundigen per bed	Nvt	0,8	0,7	0,5
- Waarvan in dienst voor pall. Unit	-	0,8	0,6	0,2
2. Verzorgenden per bed	Nvt	0,2	1,2	0,4
- Waarvan in dienst voor pall. Unit	-	0,2	1,0	0,3
Totaal verzorging en verpleging per bed	Nvt	1,0	1,9	0,9
3. (Para)medici per bed	Nvt	0,03	0,1	0,04
- Waarvan in dienst	0	0,02	0,1	0,04
4. Betaalde coördinatoren per bed	0,2	0,1	0,2	0,2
- Waarvan in dienst	0,2	0,1	0,2	0,2

De totale inzet van V&V personeel is bij HCH en verzorgingshuizen even groot, maar bij verzorgingshuizen is het gros verzorgenden en bij HCH verpleegkundigen. De inzet van personeel voor palliatieve patiënten is het hoogst bij verpleeghuizen. De BTH hebben de vraag over het beschikbare aantal verpleegkundigen en verzorgenden niet kunnen invullen, wat logisch is omdat BTH immers de zorg niet zelf bieden. Opvallend is de lage inzet van (para)medici bij high care hospices en verzorgingshuizen; dit kan komen doordat deze instellingen vergeten zijn de inzet van de huisarts mee te tellen als beschikbare medicus.

Vrijwilligers zijn heel belangrijk voor alle type PTZ voorzieningen, met name door de ongedwongen sfeer die ze scheppen en de tijd die ze kunnen nemen voor een patiënt. Dit werd in de interviews ook onderkend door de respondenten van V&V instellingen. In de enquête is gevraagd naar het aantal vrijwilligers (per bed) voor palliatieve zorg, die elkaar afwisselen in diensten per bed:

- De BTH hebben gemiddeld 16 vrijwilligers per bed (n=13);
- De HCH hebben gemiddeld 9 vrijwilligers per bed (n=14);
- De VZH hebben gemiddeld 1,5 vrijwilligers per bed (n=12);
- De VZH hebben gemiddeld 8 vrijwilligers per bed (n=5).

In de interviews werd aangegeven dat het voor V&V instellingen relatief lastig is om vrijwilligers voor de palliatieve unit te vinden; BTH en HCH gaven aan hier minder moeite mee te hebben.

Berenschot

Een belangrijk aandachtspunt is flexibiliteit in de inzet van personeel. Zowel de zorgvraag van de individuele patiënt als de zorgvraag in termen van aantal patiënten kan sterk wisselen. Dat betekent dat het uitdagend is om (verplegend en verzorgend) personeel kosteneffectief in te zetten. We zijn in de interviews diverse creatieve constructies tegengekomen om dit mogelijk te maken, bijvoorbeeld externe inhuur bij pieken, o-uren contracten met verplegend personeel, multidisciplinaire teams, personeel dat tijdelijk minder werkt of vrij neemt, etc.

5.5 NACHTZORG

In de interviews is een aantal malen aangegeven dat de nachtzorg een probleem vormt, om het te organiseren en om het kostendekkend te krijgen. In de enquête is daarom specifiek aan de respondenten gevraagd hoe zij de nachtzorg organiseren en of deze kostendekkend is.

Tabel 12. Wie is er tijdens de nacht aanwezig (vraag 11a)?

Mogelijke antwoorden	'Bijna thuis huis'	'High care hospice'	'Palliatieve unit bij een verpleeghuis'	'Palliatieve unit bij een verzorgingshuis of woonzorgcentrum'	Overig
	N=16	N=14	N=11	N=8	N=6
<i>Alleen vrijwilligers</i>	12,50%				
<i>Alleen verzorgenden</i>			27,27%	37,50%	33,33%
<i>Alleen verpleegkundigen</i>	62,50%	50%			33,33%
<i>Vrijwilligers + Verzorgenden + Verpleegkundigen</i>			9,09%	12,50%	
<i>Verzorgenden + Verpleegkundigen</i>	25%	14,28%	63,64%	50%	33,33%
<i>Vrijwilligers + Verpleegkundigen</i>		35,71%			

Uit de tabel blijkt dat de bijna thuishuizen (lees: de thuiszorg) naar hun inschatting óf alleen verpleegkundigen inzetten voor de nacht, óf een combinatie van verzorgenden en verpleegkundigen. HCH zetten ook voornamelijk verpleegkundigen in of een combinatie van verpleegkundigen en vrijwilligers. Dat alle HCH (vooral) verpleegkundigen inzetten lijkt logisch gezien het feit dat alle cliënten de indicatie verpleegkundige zorg hebben. De verpleeghuizen zetten verzorgenden en verpleegkundigen in óf alleen verzorgenden; verzorgingshuizen zetten verpleegkundigen en verzorgenden in, al dan niet samen.

Berenschot

Tabel 13. Is de nachtzorg kostendekkend (vraag 11b)?

Mogelijke antwoorden	'Bijna thuis huis'	'High care hospice'	'Palliatieve unit bij een verpleeghuis'	'Palliatieve unit bij een verzorgingshuis'	Overig	Totaal
	N=18	N=14	N=10	N=8	N=5	57
<i>Ja</i>	3 18,80%	4 28,60%	10 83,3%	3 37,50%	5 83,30%	25 44,6%
<i>Nee</i>	2 12,50%	8 57,10%	1 8,3%	5 62,50%	0 0,00%	16 28,6%
<i>Weet niet, wordt door andere organisatie geregeld</i>	11 68,8%	2 14,30%	0 0,00%	0 0,00%	1 16,70%	14 25%

Het grootste deel van de BTH kan niet aangeven of de nachtzorg kostendekkend is, vanwege het feit dat deze door een andere organisatie, vaak de thuiszorg, wordt geregeld. Bij de verzorgingshuizen en de HCH geeft een meerderheid van de respondenten aan dat de nachtzorg niet kostendekkend is. In een interview met een HCH werd aangegeven dat bij gemiddeld 7 bedden er altijd wel een patiënt zodanig ziek is, dat aanwezigheid gedurende de nacht van een verpleegkundige noodzakelijk is. Ook als bijvoorbeeld alleen voor deze ene patiënt nachtzorg is geïndiceerd voor 1,5 uur, zal vaak uit menselijk oogpunt toch gedurende de hele nacht een verpleegkundige aanwezig zijn. Omdat de kosten van de verpleegkundige in dit voorbeeld slechts voor 1,5 uur zijn gedekt vanuit de CIZ indicatie, zal dit leiden tot verliezen⁵. Voor het overgrote deel van de verpleeghuizen is de nachtzorg wel kostendekkend. Wij merken hierbij op dat verpleeghuizen vanwege hun omvang kunnen profiteren van “economies of scale”: één verpleegkundige kan ingezet worden voor meer bewoners (al dan niet palliatief); dit is een belangrijk voordeel ten opzichte van bijvoorbeeld een HCH met gemiddeld 7 bewoners.

Twee HCH's (volgens de definitie van de begeleidingscommissie: een hospice met verpleegkundigen in dienst) hebben in de enquête aangegeven niet te weten hoe de nachtzorg geregeld is. Dit is opmerkelijk, omdat HCH's immers zelf de nachtzorg regelen. Een mogelijke verklaring is dat deze twee respondenten wel de nachtzorg regelen, maar niet weten of deze kostendekkend is.

Vervolgens is gevraagd naar de reden waarom de nachtzorg niet kostendekkend zou zijn; de antwoorden zijn hieronder aangegeven.

⁵ Voor een BTH geldt dit probleem niet, omdat zij geen verpleegkundig en verzorgend personeel in dienst hebben; de zorg wordt door een externe partij, veelal een thuiszorgorganisatie, geleverd.

Berenschot

Tabel 14. Als de nachtzorg niet kostendekkend is, waarom niet (vraag 11c)?

Categorie instelling	Opmerkingen van respondenten
<i>BTH</i>	- Indicaties dekken niet 8 uur nachtzorg - Wordt door thuiszorg gedaan
<i>HCH</i>	- Het totaal van de AWBZ-uitkeringen is niet kostendekkend. Splitsing in dag- en nachtzorg etc. is niet doenlijk en/ of zinvol - Indicatie is te beperkt voor de inzet van 1 verpleegkundige voor 6 cliënten - Omdat hiervoor niet altijd wordt geïndiceerd - Met vrijwilligers is het niet mogelijk alle nachten in te vullen, vaker behoefte aan professionele deskundigheid - Tarief is niet toereikend - Te weinig geïndiceerde uren voor de nachtzorg; alleen de handen aan bed worden bekostigd, ontoereikend tov indicatie. continu - We declareren geen verblijfkosten, maar enkele uren per nacht verpleegkundige zorg. Daarnaast zetten we elke nacht een vrijwilliger in. - Wordt niet altijd geïndiceerd
<i>Palliatieve unit bij een verzorgingshuis</i>	- Beperkte vergoeding van € 156,00 per dag - Kosten productie uren inclusief huisvesting zijn hoger dan de opbrengst - Zijn onderdeel van zorgcentrum en niet specifiek voor palliatief zorgarrangement - Voor onze unit geldt dat wij verpleeghuisprijs krijgen plus de toeslag. Dit geheel is te weinig om een bezetting voor dag/ avond rond te krijgen - De nachtzorg wordt in combinatie met verzorgingshuis geregeld en daarom is het betaalbaar

Op de vraag of de indicatie voor de nachtzorg aansluit op de te leveren nachtzorg geven alle verpleeghuizen aan dat dit het geval is, meer dan de helft van de verzorgingshuizen en de bijna thuis huizen is ook van mening dat dit zo is. Bij de high care hospices geeft een groot aantal respondenten aan dat de indicatie niet aansluit op de daadwerkelijk te leveren nachtzorg (zie onderstaande tabel).

Berenschot

Tabel 15. Sluiten de indicatie voor de nachtzorg en de te leveren nachtzorg op elkaar aan (vraag 11d)?

Mogelijke antwoorden	'Bijna thuis huis'	'High care hospice'	'Palliatieve unit bij een verpleeghuis'	'Palliatieve unit bij een verzorgingshuis of woonzorgcentrum'	Overig	Totaal
	N= 16	N=14	N=11	N=8	N=6	N=55
<i>Ja</i>	56,30%	42,90%	91,7%	62,50%	83,30%	64,30%
<i>Nee</i>	12,50%	50,00%	0,00%	25,00%	0,00%	19,65%
<i>Weet niet, wordt door andere organisatie geregeld</i>	31,30%	7,10%	0,00%	12,50%	16,70%	14,30%

Aan respondenten die bij bovenstaande vraag “nee” hebben ingevuld, hebben we gevraagd naar mogelijke oorzaken.

Berenschot

Tabel 16. Als de indicatie voor de nachtzorg en de te leveren nachtzorg niet op elkaar aansluiten, waarom niet (vraag 11e)?

Categorie instelling	Opmerkingen van respondenten
<i>BTH</i>	• Vanaf januari 2005 tot oktober 2005 zijn er problemen geweest, omdat vanuit de indicaties geen nachtzorg meer ingezet kon worden. Het hospice heeft immers geen functie verblijf • De nachtzorg is niet altijd geïndiceerd en is ook niet noodzakelijk omdat de vrijwilligers in de nacht aanwezig zijn en geen verpleegkundigen
<i>HCH</i>	• Hospice beschikt niet over erkenning voor verblijf. Thuiszorgtarief voldoet niet voor 24-uurs zorg • Indicatie is niet altijd toereikend • Meestal niet, omdat de nachtzorg in het hospice anders is dan thuis • Na veel overleg komen we er uiteindelijk meestal wel uit, maar de indicatie hospice is dan ineens weer intramuraal! • Opmerking: de vergoeding AWBZ is volgens afspraak met Thuiszorg en Zorgkantoor op basis van 5 uur verpleging per dag voor iedere bewoner • Te weinig, niet of niet de juiste deskundigheid geïndiceerd
<i>Palliatieve unit bij een verpleeghuis</i>	• Door deze constructie lukt het aardig, maar er moeten ooit prioriteiten gesteld worden. Het zou optimaler zijn een nachtdienst te hebben ook voor de Palliatieve unit, maar daar zijn de financiën ontoereikend voor • Wij bieden in de praktijk alleen 24-uurs zorg, hoewel alleen nachtzorg in principe wel tot de mogelijkheden zou behoren
<i>Palliatieve unit bij een verzorgingshuis</i>	• Omdat er in de indicatie vaak genoemd wordt dat er een aantal nachten zorg nodig is. In praktijk blijkt dat er elke nacht zorg nodig is vanwege lichamelijk, maar ook zeker geestelijke nood, die niet alleen door mantelzorg of vrijwilligers opgelost kan worden • Totaal aan uren is bijna nooit toereikend om het zonder vrijwilligers te doen.

5.6 HUISVESTING

Vervolgens hebben wij in de enquête een aantal vragen over huisvesting gesteld.

Tabel 17. Wat was de eigendomsvorm van uw huisvesting in 2004 (vraag 24)?

Mogelijke antwoorden	'Bijna thuis huis'	'High care hospice'	'Palliatieve unit bij een verpleeghuis'	'Palliatieve unit bij een verzorgingshuis'	Overig	Totaal
	N=16	N=13	N=11	N=8	N=5	53
<i>Eigendom</i>	18,80%	21,4%	75%	37,50%	33,30%	35,7%
<i>Huur</i>	81,30%	64,3%	16,7%	62,50%	50,00%	57,1%
<i>Bruikleen</i>	0,00%	7,1%	0%	0%	0%	1,8%

De meeste HCH en BTH huren hun huisvesting. Verpleeghuizen hebben de huisvesting over het algemeen in eigendom en voor verzorgingshuizen geldt dat het merendeel in eigendom is en zo'n 40% gehuurd wordt.

Tabel 18. Maakt u in 2006 gebruik van de regeling kleinschalig wonen/ WTZi (vraag 26b)?

Mogelijke antwoorden	'Bijna thuis huis'	'High care hospice'	'Palliatieve unit bij een verpleeghuis'	'Palliatieve unit bij een verzorgingshuis'	Overig	Totaal
	N=16	N=13	N=11	N=8	N=6	N=56
<i>Ja</i>	0,00%	7,7%	9%	0,00%	0,00%	3,6%
<i>Nee</i>	100,00%	92,3%	91%	100,00%	100,00%	92,9%

Uit de enquête blijkt dat er niet of nauwelijks organisaties zijn die in 2006 gebruik maken van de WTZi en de CTG regeling kleinschalig wonen. Navraag bij het College bouw leverde de volgende informatie over beide regelingen op. De WTZi kent bepaalde criteria, zoals bouwkundige criteria en criteria voor het vergoeden van de boekwaarde van het pand. De bouwkundige criteria zorgen ervoor dat een BTH of HCH, zeker met een bestaand pand, veel extra kosten zal moeten maken om er aan te voldoen. Aan de andere kant zal de boekwaarde van het pand vaak hoger zijn dan waarop de WTZi zich richt, zo blijkt uit interviews. De daarmee samenhangende vergoeding via de WTZi is daardoor relatief laag. Hierdoor zal de WTZi niet interessant zijn voor de meeste BTH en HCH.

Berenschot

De CTG regeling kleinschalig wonen kent minder (bouwkundige) voorwaarden, maar ook een lagere vergoeding dan de WTZi. De belangrijkste voorwaarden om aanspraak te kunnen maken op deze regeling zijn:

- De regeling is bedoeld voor woonvormen waar maximaal 25 personen op hetzelfde postcode adres verblijven, waarvan ten hoogste 12 personen zijn aangewezen op zwaar verblijf. Palliatief terminale cliënten behoren tot de categorie ‘zwaar’.
- Er mogen maximaal 6 personen per woning gehuisvest zijn.
- De instelling mag niet gelegen zijn op hetzelfde terrein als een niet-kleinschalige instelling.
- Het benodigde bedbezettingspercentage is 97%; de (hoogte van de) toeslag is ook afhankelijk van het gerealiseerde bedbezettingspercentage.
- Er zijn vanuit de Inspectie Gezondheidszorg bepaalde (bouwkundige) criteria (met de daaraan verbonden kosten).

Bovenstaande voorwaarden maken de regeling om verschillende redenen minder interessant voor PTZ instellingen:

- Voor alle instellingen is de eis van 97% bedbezetting in de meeste gevallen niet haalbaar, gezien de specifieke aard van PTZ.
- Voor verpleeg- en verzorgingshuizen is deze regeling lastig toepasbaar vanwege het criterium van maximaal 25 personen op één postcode adres en het criterium dat de woning niet gelegen mag zijn op het terrein van een niet kleinschalige instelling. Een unit binnen een instelling voldoet immers niet aan deze criteria. Een apart gebouw elders, op een ander postcode adres, zou hier wel aan voldoen. Het nadeel hiervan is weer dat flexibele inzet van personeel lastiger wordt.
- Voor HCH geldt dat ze gemiddeld groter zijn dan 6 bewoners per woning.
- De vaak vereiste bouwkundige aanpassingen maken het voor BTH en HCH al gauw (te) duur, waarbij de vergoeding vanuit de CTG regeling in veel gevallen niet opweegt tegen de extra kosten. Hierdoor treedt hetzelfde probleem op als bij de WTZi.

Tabel 19. Heeft u een speciale regeling met een andere organisatie voor de huisvesting (vraag 27a)?

Mogelijke antwoorden	‘Bijna thuis huis’	‘High care hospice’	‘Palliatieve unit bij een verpleeghuis’	‘Palliatieve unit bij een verzorgingshuis’	Overig	Totaal
	N=16	N=14	N=11	N=8	N=6	
Ja	18,8%	14,30%	0,00%	0,00%	33,30%	12,10%
Nee	81,30%	85,70%	100,00%	100,00%	66,70%	86,20%

Berenschot

Enkele BTH en HCH hebben een speciale regeling met een organisatie voor de huisvesting, dit lijken echter uitzonderingen te zijn.

Tabel 20. Zo ja, wat houdt deze speciale regeling voor huisvesting in (vraag 27b)?

Categorie instelling	Opmerkingen van respondenten
<i>BTH</i>	• Delen van kantoorruimte en faciliteiten • Huur gebouw tegen een gematigd tarief • Huur is percentage van de koopsom voor het huis in Heemstede, een zeer lage huur voor het pand in Haarlem wat eigendom is van broeders
<i>HCH</i>	• Het pand wordt door de verhuurder uit sympathie met het werk voor een sociale huurprijs verhuurd; per jaar wordt bekeken wat mogelijk is • Kruisvereniging
<i>Overig</i>	• PM huur van € 1 per maand

5.6.1 Overige bevindingen

Wat ons opviel is het enthousiasme en de gedrevenheid van de zorgverleners voor het leveren van goede palliatieve zorg. Dit valt niet alleen op bij BTH en HCH, maar ook bij V&V instellingen.

Externe gerichtheid

De mate waarin een instelling over een netwerk beschikt bij verwijzers (huisartsen en transferbureaus of de ontslagverpleegkundige in ziekenhuizen) of actief bezig is om “reclame” te maken, verschilt sterk. We zijn in ons onderzoek zowel zeer passieve als zeer actieve instellingen tegengekomen. Het zijn voornamelijk de BTH en HCH die we hebben gesproken, die zich meer op de externe omgeving richten, al dan niet vanuit noodzaak.

De mate waarin BTH en HCH actief op zoek zijn naar additionele financiering verschilt. Sommige BTH en HCH zijn passief in het vinden van extra financieringsbronnen, andere zijn heel erg actief. Eén respondent bij een zorgkantoor suggereerde dat, naarmate een instelling meer geld krijgt van het zorgkantoor, men een meer passieve houding heeft als het gaat om marketing en het vinden van additionele financieringsbronnen.

Overaanbod?

Ondanks het feit dat er geen tekort aan bedden wordt ervaren, ondanks het feit dat de meeste BTH en HCH moeite hebben om de eindjes aan elkaar te knopen, en zelfs ondanks een negatief advies van het zorgkantoor, weerhoudt dit in sommige gevallen initiatiefnemers er niet van om een nieuw hospice op te starten. De vraag is of dit wenselijk is.

Berenschot

Overaanbod heeft de volgende nadelige effecten:

- In de huidige situatie leidt het tot een lager bedbezettingspercentage hetgeen van invloed is op de financiële situatie van een zorgaanbieder. Wanneer palliatieve bedden in V&V instellingen komen leeg te staan, kan de V&V instelling deze plekken bezetten met gewone bewoners. Echter, de inkomsten voor deze bewoners liggen lager terwijl de kosten voor een PTZ bed hoger liggen, onder meer door hogere personeelskosten en de extra ruimte.
- Het tweede nadeel van een lager bedbezettingspercentage is dat het palliatieve team minder ervaring kan opdoen en bijhouden, wat een negatief effect kan hebben op de kwaliteit van zorgverlening.

In sommige regio's heeft uitbreiding van het aantal hospices geleid tot meer aanspraak op de beschikbare CVTM middelen, waardoor per saldo de bestaande hospices en de terminale thuiszorg (die ook CVTM gelden krijgen) minder middelen ontvangen.

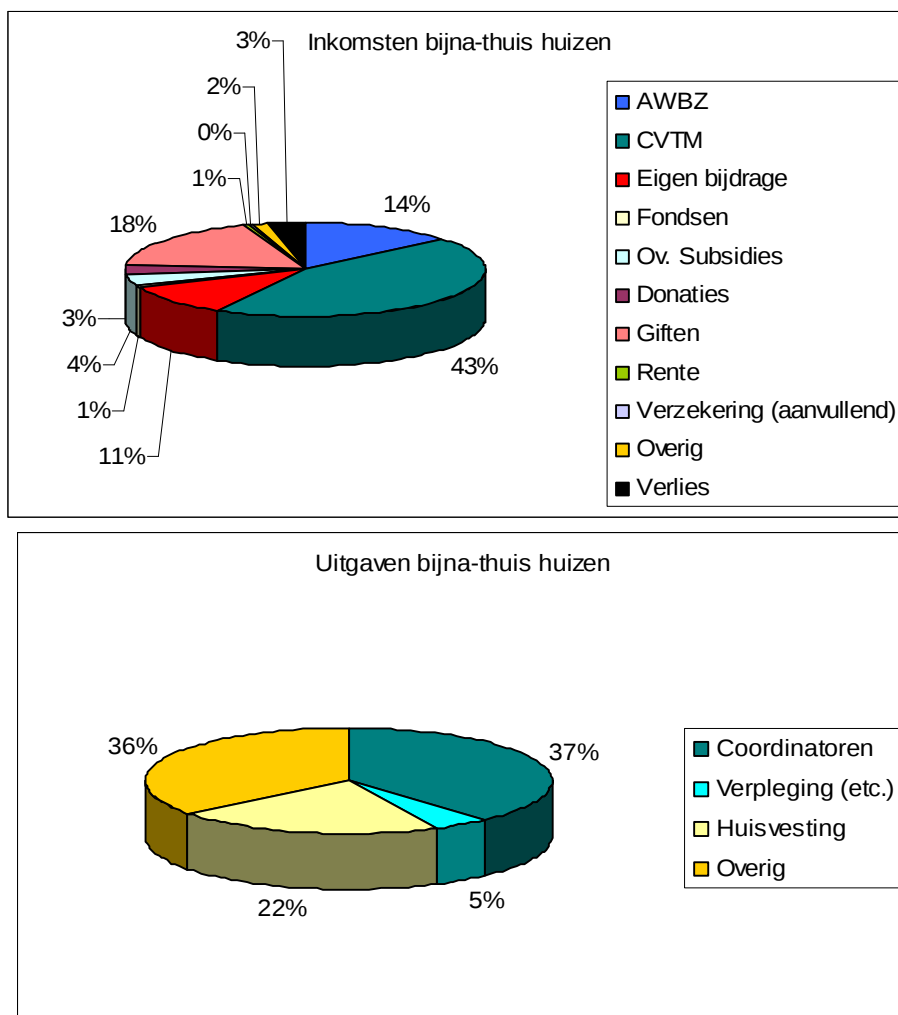
6. FINANCIËLE PROBLEMATIEK?

In dit hoofdstuk gaan we dieper in op de vraag in hoeverre er bij de PTZ instellingen sprake is van financiële problematiek. We presenteren hiertoe eerst de belangrijkste resultaten van de jaarrekeningen analyse, de digitale enquête en de interviews. Op basis hiervan komen wij tot een conclusie. Vervolgens bespreken wij mogelijke oorzaken voor de geconstateerde financiële problematiek.

6.1 RESULTATEN JAARREKENINGENANALYSE

In onderstaande figuren is te zien hoe elk van de vier categorieën instellingen wordt gefinancierd. Het toont tevens de verhouding tussen de uitgaven en de inkomsten van elk van de vier categorieën instellingen. De gegevens zijn gebaseerd op de analyse van de jaarrekeningen en hebben betrekking op het jaar 2004.

Figuur 2. Inkomsten en uitgaven BTH (o.b.v. jaarrekening 2004)



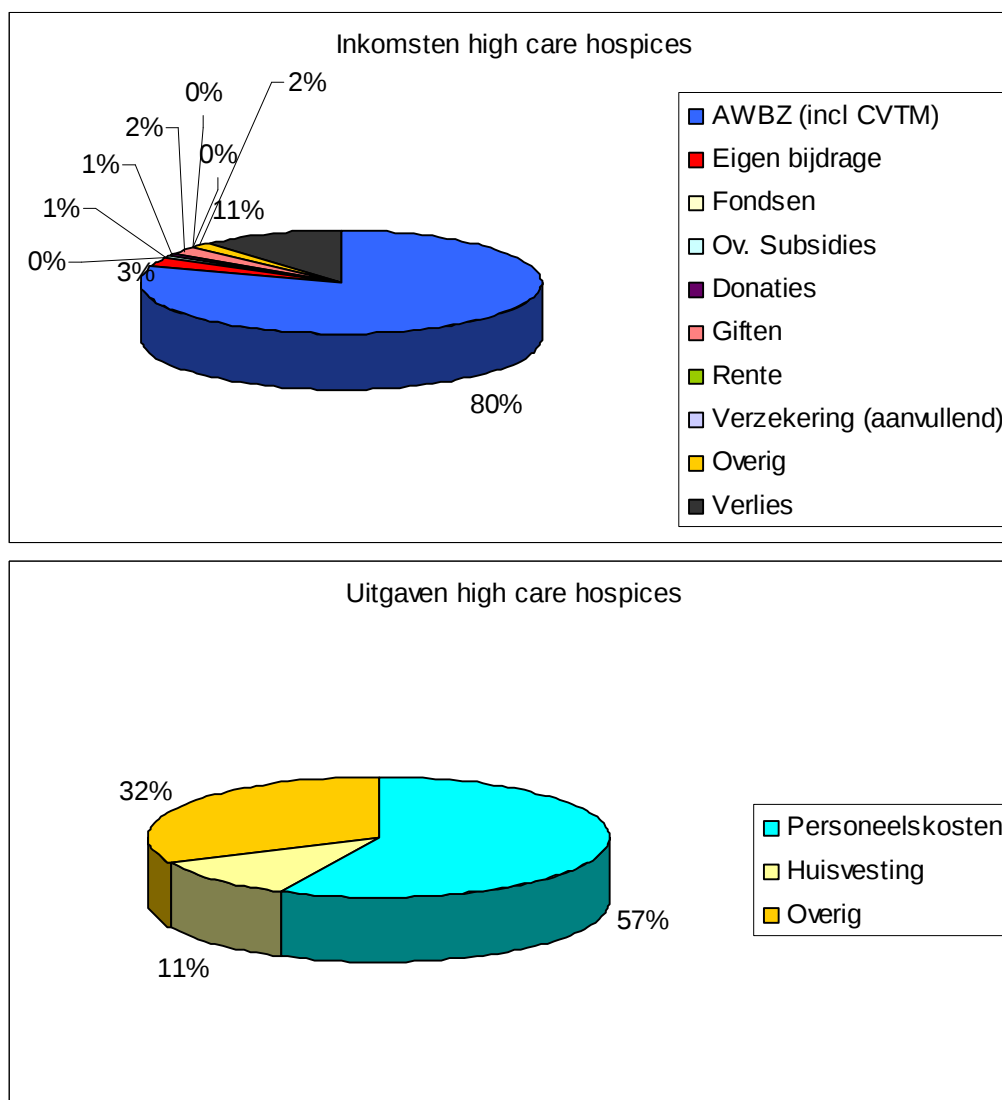
Berenschot

Opvallend is het hoge percentage AWBZ inkomsten voor BTH (14%) en de uitgaven aan verpleging etc. (5%). Dit is opmerkelijk, aangezien BTH geen V&V personeel in dienst hebben. Opvallend is het hoge percentage AWBZ inkomsten voor BTH (14%) en de uitgaven aan verpleging etc. (5%). Dit is opmerkelijk, aangezien BTH geen V&V personeel in dienst (zouden moeten) hebben. Inhoudelijk onderzoek van de jaarrekeningen leverde de volgende verklaringen hiervoor op:

- Bij één BTH werd een belangrijk gedeelte van de verpleging op vrijwillige basis uitgevoerd, waarbij de stichting de daarvoor geïndiceerde uren uitbetaald kreeg (minus €20,00 per uur).
- Een ander BTH declareerde AWBZ uren en kocht (deels?) zorg in via twee zorginstellingen.

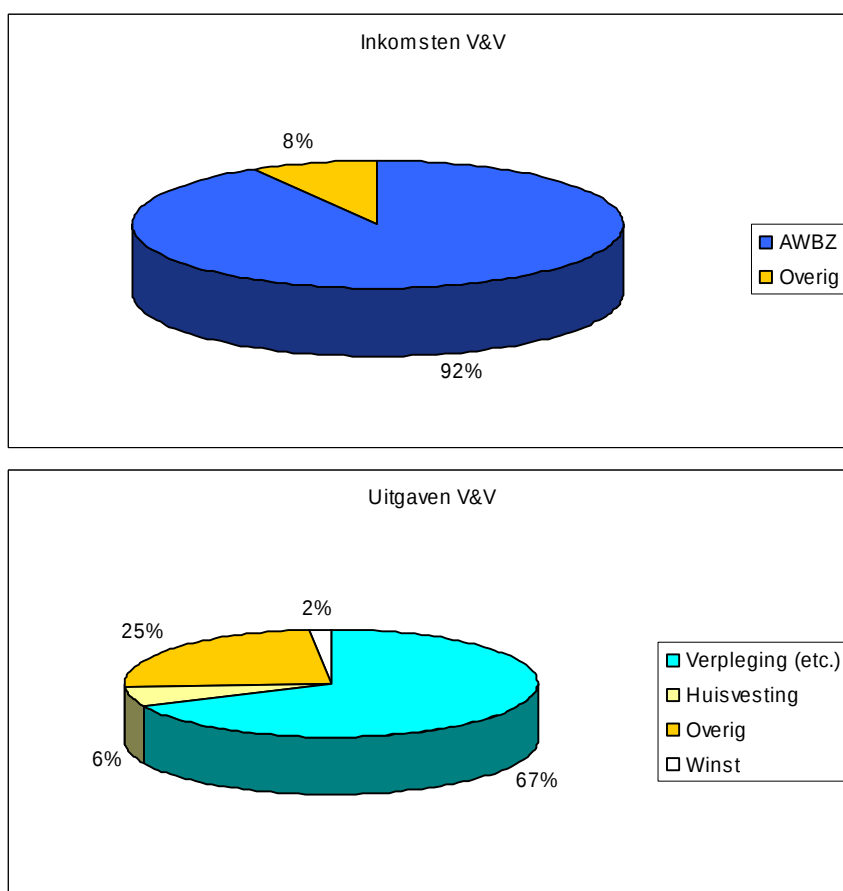
Of dit de volledige verklaring is, kan op basis van de beschikbare informatie niet met zekerheid worden gezegd.

Figuur 3. Inkomsten en uitgaven HCH (o.b.v. jaarrekening 2004)



Berenschot

Figuur 4. Inkomsten en uitgaven V&V instellingen (o.b.v. jaarrekening 2004)



In onderstaande tabel staat per categorie het aantal jaarrekeningen aangegeven, waar bovenstaande figuur op gebaseerd is.

Tabel 21. Aantal verwerkte jaarrekeningen per categorie

Categorie	Aantal
Bijna thuis huizen	17
Hospices	7
V&V palliatief	11
V&V zonder	13
V&V totaal	24

Berenschot

Winst of verlies in 2004?

De figuren in de vorige paragraaf geven een eerste beeld van de financiële situatie van de vier categorieën instellingen:

- BTH draaien gemiddeld met een verlies van 3%;
- HCH draaien gemiddeld met een verlies van 11%;
- V&V instellingen draaien met gemiddeld 2% winst (totaal gehele instelling).

We willen bij deze resultaten de volgende kanttekeningen maken:

- Gegeven het feit dat BTH en HCH een relatief jonge sector vormen, dient opgemerkt te worden dat binnen de onderzochte sector vooralsnog geen uniforme accounting-beginselen (zoals waarderingsgrondslagen) gelden. In de analyse is getracht hiermee zoveel als mogelijk rekening te houden.
- Er zijn HCH en BTH die een vriendenstichting of steunfonds hebben. Giften en donaties gaan vaak naar deze vriendenstichting, in plaats van naar de instelling zelf. Vervolgens vullen de steunfondsen/vriendenstichtingen van hospices een negatief resultaat aan tot een neutraal saldo. Dit is in veel gevallen niet terug te vinden op de jaarrekening. Bovengenoemde aanvullingen worden hierbij dan namelijk niet als opbrengsten van de hospice aangemerkt. Dit heeft tot gevolg dat een verlies in een bepaald jaar geen afname van het eigen vermogen met zich meebrengt. Bij de verwerking van de jaarrekeningen zijn wij in dit kader uitgegaan van de verslaglegging door de organisatie.
- De jaarrekeningen van de verpleeg- en verzorgingshuizen geven een beeld van de financiële positie van de hele instelling, en niet specifiek van de resultaten van de palliatieve unit. Hiermee is gekeken of een instelling als geheel financieel gezond is, en in staat is om een palliatieve voorziening aan te bieden aan de regio.

Dit betekent dat het trekken van conclusies uit de jaarrekeningenanalyse met enige voorzichtigheid dient te gebeuren.

Overige uitkomsten analyse jaarrekeningen

Wat zijn de belangrijkste overige conclusies die we kunnen trekken uit de jaarrekeningenanalyse ten aanzien van de financiële problematiek? We hebben bij de analyse naar diverse zogenaamde financiële indicatoren gekeken. In de bijlagen 3 en 4 treft u hierover meer informatie aan.

Gebleken is dat de liquiditeit en solvabiliteit van geringe betekenis zijn voor het vergelijken van de financiële situatie van de vier typen voorzieningen. Dit wordt veroorzaakt door de in hoofdstuk 2 aangegeven kanttekeningen bij de jaarrekeningenanalyse. De rentabiliteit en de kwetsbaarheid geven wel inzichten.

De rentabiliteit op het totale vermogen (RTV) geeft het resultaat weer ten opzichte van de ingezette middelen. Hoe hoger de RTV, hoe gunstiger het is voor de rentabiliteitspositie.

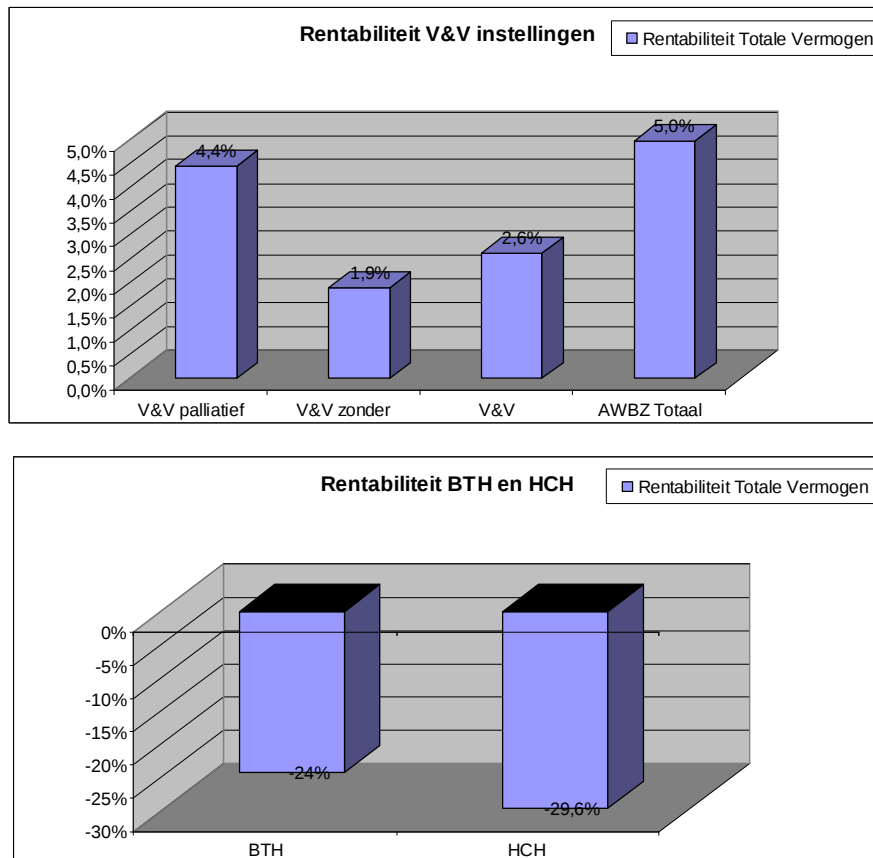
Berenschot

Definitie:

$$\text{Rentabiliteit Totale Vermogen} = \text{Resultaat} / \text{Totale vermogen}$$

Onderstaande figuren geven de gemiddelde hoogten van de RTV per categorie instelling weer. Er is weinig verschil waar te nemen tussen de diverse soorten AWBZ-instellingen onderling, maar een groot verschil tussen de AWBZ-instellingen en de hospices⁶. Er geldt geen algemene norm voor de hoogte van de RTV, alleen dient deze wel positief te zijn. Zoals uit de figuren blijkt, is de rentabiliteit van de BTH en specifiek de HCH gemiddeld sterk negatief.

Figuur 5. Rentabiliteit



⁶ We merken hierbij op dat de rentabiliteitscijfers van de V&V instellingen betrekking hebben op de gehele organisatie, en niet specifiek de PTZ unit. Tevens kunnen de waarderingsgrondslagen verschillen tussen enerzijds V&V instellingen en anderzijds BTH en HCH. Dit zorgt ervoor dat de rentabiliteitscijfers van V&V instellingen en BTH en HCH niet één op één vergelijkbaar zijn. Vandaar dat we ze hier in aparte grafieken presenteren.

Berenschot

Door een incidenteel verlies in een jaar kan de rentabiliteit negatief zijn. Maar hoe ziet de RTV er uit over een reeks van jaren? Om deze vraag te beantwoorden hebben we de beschikbare jaarverslagen over een periode van drie jaar geanalyseerd, namelijk de jaren 2002, 2003 en 2004. Wat blijkt hieruit: ook over meerdere jaren gezien is de RTV van BTH en HCH negatief. Dit is te zien in de figuren 10 en 11 in bijlage 3.

Overige uitkomsten van de jaarrekeningenanalyse treft u aan in de bijlagen 3 en 4.

6.2 RESULTATEN DIGITALE ENQUÊTE EN INTERVIEWS

In deze paragraaf presenteren wij de resultaten van de digitale enquête en de interviews ten aanzien van de financiële situatie. We gaan hierbij eerst in op V&V instellingen; daarna bespreken we de resultaten voor de hospices.

V&V instellingen

Uit onderstaande enquêtevraag blijkt in hoeverre de V&V instellingen inzicht hebben in de winst van hun unit.

Tabel 22. Hebt u inzicht in de kosten en opbrengsten van uw palliatieve unit (vraag 21a)?

Mogelijke antwoorden	'Palliatieve unit bij een verpleeghuis'	'Palliatieve unit bij een verzorgingshuis of woonzorgcentrum'
	N=11	N=8
<i>Ja</i>	45,50%	50,00%
<i>Nee</i>	54,50%	50,00%

De helft van de V&V instellingen zegt de resultaten van hun palliatieve unit aan te kunnen geven. Twee instellingen hebben ook het resultaat van de unit aangegeven; één van deze units had een negatief resultaat, de andere een positief resultaat. Bij de geïnterviewde instellingen was er één instelling die ons een overzicht van kosten en opbrengsten van de palliatieve unit kon tonen. In de interviews hebben de respondenten van de verpleeghuizen aangegeven geen financiële problematiek te ervaren. Bij de verzorgingshuizen geven de respondenten aan wel financiële problemen te ervaren.

BTH en HCH

In de enquête is gevraagd of de organisatie de afgelopen drie jaar in de rode cijfers zat. (Te weinig verpleeghuizen en verzorgingshuizen hebben deze vraag beantwoord.) Van de BTH en HCH geven met name de HCH aan in de rode cijfers te hebben gezeten de afgelopen drie jaar.

Berenschot

Tabel 23. Zat uw organisatie de afgelopen 3 jaar in de rode cijfers (vraag 23a)?

Mogelijke antwoorden	Bijna thuis huis	High care hospice
	N=16	N=14
<i>Ja, één jaar</i>	1	4
<i>Ja, twee jaar</i>	1	2
<i>Ja, drie jaar</i>	2	5
<i>Nee</i>	12	3

Nagegaan is of er een relatie is tussen de bestaansduur van een instelling en het feit of deze in de afgelopen drie jaar in de rode cijfers zat. Voor de HCH geldt dat van de 14 instellingen (= 67% van de onderzoekspopulatie) die deze vraag hebben ingevuld 78% de afgelopen drie jaar één of meerder jaren in de rode cijfers zat. Van de HCH die in de rode cijfers zaten is 64% operationeel geworden in de periode 2000 – 2004. Voor de bijna thuis huizen geldt dat van de 16 instellingen die deze vraag hebben beantwoord 25% één of meer jaren in de rode cijfers zat de afgelopen periode. Van de BTH die in de rode cijfers zat is 50% in de periode 2000 – 2004 operationeel geworden.

Tabel 24. Bestaansduur versus aantal jaren in rode cijfers de afgelopen drie jaar

Bijna Thuis Huizen; n=16					
Operationeel in:	'Ja, één jaar in de rode cijfers'	'Ja, twee jaar in de rode cijfers'	'Ja, drie jaar in de rode cijfers'	'Nee'	Totaal
<i>Vóór 1990</i>	0	0	0	2	2
<i>1990 - 1994</i>	0	0	0	1	1
<i>1995 - 1999</i>	0	1	1	1	3
<i>2000 - 2004</i>	1	0	1	8	10
<i>Totaal</i>	1	1	2	12	16
High Care Hospices; n=14					
Operationeel in:	'Ja, één jaar in de rode cijfers'	'Ja, twee jaar in de rode cijfers'	'Ja, drie jaar in de rode cijfers'	'Nee'	Totaal
<i>1990 - 1994</i>	0	0	3	1	4
<i>1995 - 1999</i>	0	0	1	0	1
<i>2000 - 2004</i>	4	2	1	2	9
<i>Totaal</i>	4	2	5	3	14

Aan de instellingen die financiële problematiek ervaren is gevraagd wat hier volgens hen de eventuele oorzaken van kunnen zijn.

Berenschot

Tabel 25. Oorzaken eventuele financiële moeilijkheden (open vraag) (vraag 23b)

Categorie instelling	Opmerkingen van respondenten
<i>BTH</i>	• Aanloopverliezen • Dank zij de bijdragen van derden hebben wij de door ons zelf te betalen huisvestingskosten kunnen afdekken • Eigen bijdrage niet kostendekkend • Geen vergoeding voor huisvesting en levensonderhoud. Ook geen volledige financiering voor de coördinatiekosten • Het grootste knelpunt zijn de huisvestingskosten • Zorgverzekeraars geven geen dagvergoeding of slechts een geringe
<i>HCH</i>	• AWBZ vergoeding is niet dekkend voor de kosten van de zorg en de huisvesting • Beperkt budget materiële zaken, weinig luxe • Door alle niet vergoede kosten buiten de AWBZ als huisvesting, algemene (organisatiekosten), administratieve kosten • Er vindt geen resp. onvoldoende vergoeding plaats voor de kosten van huisvesting en de in dienst zijnde arts • Half 2003 opgestart, waaraan extra kosten verbonden waren en geen vol jaar productie gedraaid • In het eerste jaar was de gemiddelde bezetting per dag lager dan verwacht. Er was al een exploitatieverlies • Indicatiestelling, bedcapaciteit • Kapitaalslasten worden niet vergoed. Dagprijs stemt niet overeen met de kosten • Knelpunt is dat de handen aan het bed wel gefinancierd worden vanuit de AWBZ-zorg zonder verblijf, maar er is geen vergoeding voor de overige kosten • Onvoldoende dekking van de structurele kosten. wel voldoende voor de verzorging en verpleging • Aanloopverliezen

Tevens is gevraagd welke strategie of oplossing deze organisaties zien c.q. gebruiken om de financiële problematiek het hoofd te bieden.

Berenschot

Tabel 26. Strategie of oplossing om uit deze probleemsituatie te komen (open vraag aan respondenten) (vraag 23c)

Categorie instelling	Opmerkingen van respondenten
<i>BTH</i>	• Afspraken met vriendenstichting • Flexibelere inzet personeel, verlagen exploitatiekosten • Indien nodig - actie voeren - bereidheid in de samenleving is zeer groot - moet alleen op de juiste manier campagne voeren • N.v.t. (in het algemeen zou een volledige dekking van de huisvestingskosten via de AWBZ uitkomst bieden) • Proberen zorgverzekeraars hospice te laten erkennen en een normale dagvergoeding bij opname laten betalen • Steunstichting Vrienden van Issoria, werven van businessvrienden die zich voor meerdere jaren willen verbinden voor een financiële bijdrage. Regelmatig overleg met het Zorgkantoor voor een hogere bijdrage • Vrienden van het hospice extra aansporen tot diverse acties • Wij hebben een vermogende stichting achter ons staan die eventuele exploitatiekortingen voorlopig opvangt in afwachting van een definitieve regeling van de kant van de overheid
<i>HCH</i>	• Door naar financiers aan te tonen welke diensten nodig zijn voor een dergelijke voorziening en via branche organisaties hier aandacht voor te vragen. Daarnaast door financiële bijstand vanuit de steunstichting • Eigen middelen en donaties • Het vragen van een eigen bijdrage van de patiënten en het doen van beroep op de Stichting Vrienden van het Johannes Hospitium • Hogere bezetting; veel pr; extra letten op de kosten; goede afspraken maken met het Zorgkantoor • Standaard aanvragen van herindicatie bij opname. Diverse overleggen met CIZ voor juiste indicatie • Stichting Vrienden van Dôme opgericht die mogelijk kunnen helpen de tekorten te dekken d.m.v. werving fondsen • Verhogen bedbezetting, personeelsbeleid • Voortdurend aandacht vragen bij instanties, die beleidsmatig invloed kunnen uitoefenen

6.3 CONCLUSIES FINANCIËLE PROBLEMATIEK

Op basis van de analyse van de jaarrekeningen, de interviews, de digitale enquête en de expert meeting kunnen wij de volgende conclusies trekken:

- Er is sprake van financiële problematiek bij BTH en HCH.
- Verpleeghuizen geven aan uit te kunnen komen met de PTZ toeslag.
- Verzorgingshuizen lijken daarentegen niet uit te kunnen komen met de PTZ toeslag.

In de volgende paragrafen zullen we nader ingaan op de (waarschijnlijke) oorzaken van de financiële problematiek van BTH, HCH en verzorgingshuizen.

Berenschot

6.4 OORZAKEN FINANCIËLE PROBLEMATIEK BTH

Wat kan de oorzaak zijn van de financiële problematiek van BTH? Belangrijkste oorzaak is volgens het onderzoek dat de kosten voor huisvesting niet zijn gedekt. De dekking voor deze kosten komt nu uit giften. Probleem hierbij is dat giften van fondsen e.d. vaak alleen voor projecten, zoals nieuwbouw of verbouw, kunnen worden aangewend. Ze kunnen dus niet aan exploitatiekosten, zoals huisvestingskosten, worden besteed.

Daarnaast is het met name bij de opstart relatief eenvoudig om vrij besteedbare giften van particulieren te krijgen, maar als het BTH enige tijd bestaat lijkt dit minder eenvoudig te zijn. Het logische gevolg is dat de vrij besteedbare giften niet meer voldoende zijn om de huisvestingskosten te dekken. Er wordt dan vaak bijgesprongen door een steunfonds of vriendenstichting, op wiens reserve dan jaarlijks wordt ingeteerd. In dit kader is het nog van belang op te merken dat twee respondenten hebben aangegeven dat het voor een hospice in een plattelandsomgeving eenvoudiger is om aan giften te komen dan voor een hospice in een grote stad.

Een mogelijkheid voor een BTH zou nog kunnen zijn om een gunstige constructie met een andere organisatie voor de (bekostiging van de) huisvesting te regelen. Uit de enquête bleek echter dat dit niet veel voorkomt.

Een andere belangrijke factor met invloed op het financiële welbevinden van een BTH is de mate waarin het BTH een speciale regeling heeft met het zorgkantoor. Wij zijn verschillende creatieve constructies tegengekomen. De redenen voor het zorgkantoor om hiertoe over te gaan zijn verschillend, bijvoorbeeld stimuleren van palliatieve zorg, compenseren voor efficiency voordelen bij de inzet van thuiszorg, etc.

Als een voorbeeld van een oplossing voor de financiële problematiek bleek uit de interviews dat het voorkomt dat een BTH onderdeel is (geworden) van een grotere organisatie, bijvoorbeeld een thuiszorgorganisatie. In dat geval past de “grote broer” de tekorten bij.

6.5 OORZAKEN FINANCIËLE PROBLEMATIEK HCH

Wat kan de oorzaak zijn van de financiële problematiek van HCH? Het grote verschil tussen een HCH en een BTH is dat een HCH (medisch) personeel in dienst heeft, die extramuraal volgens de AWBZ gefinancierd worden, vergelijkbaar met de thuiszorg. Er zijn belangrijke verschillen met de thuiszorg:

- Ten opzichte van de thuiszorg heeft een HCH een belangrijk voordeel: de reisafstand. De cliënten van de HCH zijn immers op dezelfde locatie gevestigd, terwijl in de extramurale tarieven impliciet rekening is gehouden met reisafstanden.
- Aan de andere kant heeft een HCH te maken met huisvestingskosten en de thuiszorg niet. Bovendien lopen de declaraties van de HCH (die meestal niet AWBZ erkend is) via een wél erkende AWBZ instelling, die daarvan gemiddeld gesproken tussen de 5% en 15% “afroomt”.

Uit de analyse van de jaarrekeningen blijkt dat diverse HCH jaren achtereen met verlies draaien, waarbij het verlies (11%) ongeveer even groot is als de huisvestingskosten (11%). Ervan uitgaand dat een deel van de huisvestingskosten gedekt worden door giften, lijkt het erop dat bij de HCH de oorzaak van het financiële probleem meer is dan alleen een probleem met de financiering van de huisvesting, zoals bij de BTH.

Berenschot

Nachtzorg

Waar zit dan het (additionele) probleem? In de interviews met HCH werd aangegeven dat onvoldoende indicatie vanuit het CIZ voor de nachtzorg een belangrijke factor is. In het vorige hoofdstuk staan de antwoorden op de vragen die wij in dit kader in de enquête hadden gesteld:

- Ruim 57% van de HCH geeft aan dat de nachtzorg niet kostendekkend is.
- Op onze open vraag waarom de nachtzorg niet kostendekkend is, zijn antwoorden te zien als “tarief is niet toereikend” en “omdat het niet altijd wordt geïndiceerd”. Maar ook: de indicatie is te beperkt voor de inzet van 1 verpleegkundige voor 6 cliënten.
- Op de vraag “Wie is er tijdens de nacht aanwezig?” kwam als antwoord dat 100% van de HCH een verpleegkundige inzet voor de nachtzorg. Voor verpleeghuizen geldt dat 73% in de nacht verpleegkundigen inzet, 100% zet verzorgenden in. Bij verzorgingshuizen zitten deze percentages op respectievelijk 63% en 100%. Verpleeg- en verzorgingshuizen zetten de verpleegkundigen en verzorgenden in de nacht voor een groter aantal bewoners (namelijk ook bewoners die niet op de palliatieve unit verblijven) in dan HCH dat kunnen doen.

In een interview met een HCH werd aangegeven dat bij gemiddeld 7 bedden er altijd wel een patiënt zodanig ziek is dat aanwezigheid gedurende de nacht van een verpleegkundige noodzakelijk is. Ook als bijvoorbeeld alleen voor deze ene patiënt nachtzorg is geïndiceerd voor 1,5 uur, zal vaak uit menselijk oogpunt toch gedurende de hele nacht een verpleegkundige aanwezig zijn. Omdat de kosten van de verpleegkundige in dit voorbeeld slechts voor 1,5 uur zijn gedekt vanuit de CIZ indicatie, zal dit leiden tot verliezen.

Inzet verpleegkundig en verzorgend personeel

Een gerelateerde verklarende factor voor de financiële problematiek van HCH kan de (mix van) inzet van verpleegkundig en verzorgend personeel zijn. In onderstaande tabel vergelijken we het gemiddeld aantal verpleegkundigen en verzorgenden per bed van een HCH ten opzichte van een verpleeghuis.

Tabel 27. Aantal fte in dienst voor palliatieve zorg in 2004 (vraag 9a)

Gemiddeld aantal fte per bed	High care hospice	Unit verpleeghuis
	N=10	N=7
Gem. aantal verpleegkundigen (vpk) per bed	0,8	0,7
Gem. aantal vpk in dienst per bed	0,8	0,6
Gem. aantal verzorgenden per bed	0,2	1,2
Gem. aantal verzorg. in dienst per bed	0,2	1,0

Berenschot

Wat kunnen we uit deze tabel concluderen? Onder meer het volgende:

- a. Het gemiddeld aantal *beschikbare* verpleegkundigen per palliatief bed ligt voor een HCH ongeveer gelijk aan een verpleeghuis. Het aantal verpleegkundigen *in dienst* per palliatief bed ligt voor een HCH ruim 30% hoger dan voor een verpleeghuis. Een verpleeghuis heeft de mogelijkheid flexibel verpleegkundigen uit andere delen van het verpleeghuis, als het nodig is, in te zetten. Deze flexibiliteit in de bezetting zorgt uiteraard voor lagere vaste lasten en daarmee kosten voor de palliatieve unit van een verpleeghuis ten opzichte van een HCH. We merken hierbij op dat het hier om twee typen verpleegkundigen kan gaan: verpleegkundigen die meerdere typen cliënten verplegen (all round verpleegkundigen) en verpleegkundigen die gespecialiseerd zijn in de verpleging van PTZ cliënten. Aangenomen mag worden dat de verpleegkundigen in dienst van een PTZ unit en een HCH meer gespecialiseerd zijn in de verpleging van PTZ cliënten dan een allround verpleegkundige.
- b. Voor het aantal verzorgenden per bed geldt een omgekeerde situatie. Een verpleeghuis zet ten opzichte van een HCH veel meer verzorgenden (flexibel) in.

Deze resultaten roepen bij ons de volgende vragen op:

- In hoeverre wegen voor een HCH de hogere kosten van (a) op tegen de lagere lasten van (b)?
- Zet een HCH voor taken van verzorgenden (vanuit de CIZ indicatie) ook voor 100% verzorgenden in? Of worden hiervoor (deels) verpleegkundigen en/of vrijwilligers ingezet? Als hier verpleegkundigen voor ingezet worden zou dat bedrijfseconomisch gezien geen goede zaak zijn voor een instelling. Het “verkoop”tarief wat door een instelling vanuit de indicatie in rekening gebracht kan worden is voor verzorgenden namelijk lager dan voor verpleegkundigen. Wanneer de zorg echter de beschikbaarheid van een verpleegkundige eist, heeft een HCH weinig andere keuze. Een verpleegkundige kan vakmatig gezien meer bieden dan een verzorgende. Of de beschikbaarheid van een verpleegkundige in de nacht altijd nodig is, hebben wij niet onderzocht.

Tijdens de expert meeting werd door de vertegenwoordiging vanuit de HCH aangegeven dat HCH ingericht zijn op het leveren van complexe(re) zorg. Dit zou een verklaring kunnen zijn voor het feit dat men meer verpleegkundigen inzet. De vraag die hier op volgt is: komen er bij een HCH ook patiënten met een relatief complexe(re) vraag en (op basis daarvan) een hogere CIZ indicatie? Zoals reeds vermeld, is in ons onderzoek geen duidelijk beeld ontstaan of een HCH en een verpleeghuis vooral de patiënten met een complexe zorgvraag opnemen, en de BTH en de verzorgingshuizen de minder complexe. Mogelijk dat vervolgonderzoek hier wel een beeld van kan geven.

Rekenvoorbeeld bedrijfsvoering HCH

Om een duidelijker beeld te krijgen van de invloed van de CIZ indicatie, de inzet van verpleegkundig & verzorgend personeel en de bedbezetting op het resultaat (winst of verlies) van een HCH hebben wij in bijlage 7 een rekenexercitie uitgevoerd. Als laatste stap in dit rekenvoorbeeld hebben we berekend welke bedbezetting minimaal nodig is bij een bepaalde CIZ indicatie. In onderstaande tabel staat hiervan het resultaat.

Berenschot

Aan de *kostenkant* gaan we in het voorbeeld uit van de volgende inzet van personeel:

- 1 verzorgende is aanwezig van 7 tot 11 uur op werkdagen;
- 1 verpleegkundige is 24 uur per dag, 7 dagen per week aanwezig.

Voor wat betreft de *opbrengsten* van een HCH gaan we in het rekenvoorbeeld uit van:

- Het aantal bedden is 7 (conform het gemiddelde resultaat uit de enquête).
- Voor de CIZ indicatie c.q. het dagtarief hebben we een aantal tarieven berekend:
 - Een hospice arrangement van een zorgkantoor van €240 euro per dag.
 - De tarieven van de nieuwe CIZ richtlijn, deze variëren van €274,30 tot €640,00. Zie bijlage 8 voor de inhoud van de nieuwe CIZ richtlijn; deze hebben wij voor de verschillende mogelijkheden omgerekend naar dagtarieven.

We hebben op basis hiervan het bedbezettingspercentage berekend wat minimaal benodigd is om quitte te draaien (bij de eerder genoemde inzet van personeel, aantal bedden en CIZ dagtarief).

Tabel 28. Dagtarieven CIZ en de benodigde bezetting (uitgaande van 1 verpleegkundige in de nacht en weekenden, en 1 verzorgende gedurende werkdagen)

Alternatieven	Tarief per dag	Minimaal benodigd bedbezettingspercentage
Hospice arrangement	€ 240,00	101,38%
Alle zorgmomenten gedurende het hele etmaal (optie 1)	€ 274,30	88,71%
Alle zorgmomenten gedurende het hele etmaal (optie 2)	€ 300,40	81,00%
Alleen nachtzorg	€ 353,60	68,81%
Respijtzorg (minimum tarief)	€ 512,00	47,52%
Respijtzorg (maximum tarief)	€640,00	38,02%

Uit de tabel blijkt dat bij de eerder genoemde inzet van V&V personeel een dagtarief van ruim €300,40 nodig is om bij een bezetting van 82% quitte te kunnen draaien. In bijlage 7 hebben we ook een aantal andere rekenvoorbeelden gegeven. Hieruit blijkt dat het benodigde bedbezettingspercentage om bij een bepaald CIZ dagtarief quitte te spelen lager wordt, naarmate:

- Het aantal bedden toeneemt; schaalgrootte blijkt dus op dit vlak een bedrijfseconomisch voordeel te hebben.
- De inzet van personeel (in de nacht en weekenden) vermindert.

6.6 OORZAKEN FINANCIËLE PROBLEMATIEK VERZORGINGSHUIZEN

De volgende resultaten van het onderzoek geven aanleiding de conclusie te trekken dat voor verzorgingshuizen PTZ (en de PTZ toeslag) niet kostendekkend is:

- Tijdens de interviews gaven 2 verzorgingshuizen aan niet uit te komen, 1 kon hier geen antwoord op geven.
- In de enquête geeft 75% van de verzorgingshuizen aan niet uit te komen met de extra toeslag voor palliatieve cliënten. Ook bij open antwoorden van de digitale enquête gaven diverse verzorgingshuizen aan niet uit te kunnen komen met de toeslag/tarieven.
- In de enquête geeft ruim 60% van de verzorgingshuizen aan dat de nachtzorg niet kostendekkend is.
- Vanuit Arcares werd aangegeven dat bij kleinschalige projecten sprake is van grote onderbezetting (60% of minder), waarbij bij geen geleverde zorg (lees; onderbezetting) ook geen budget wordt ontvangen. Dat leidt uiteraard tot grote financiële problemen.

In de expert meeting is dit thema aan de orde geweest. De volgende verklaringen werden toen gegeven dat PTZ voor een verzorgingshuis niet kostendekkend is:

- Voor een verzorgingshuis is palliatieve terminale zorg relatief complexe zorg, waar de zorgverlening van het huis niet op ingericht is. Een verzorgingshuis is immers ingesteld op cliënten die voor zichzelf kunnen zorgen. In de expert meeting werd gesteld dat een cliënt in een verzorgingshuis gemiddeld 8 à 10 uur zorg nodig heeft en een PTZ patiënt circa 35. Dat betekent een gat van meer dan 20 uur. Uit onze enquête bleek dat een verzorgingshuis zelfs 50 tot 60 uur zorg besteed aan een PTZ cliënt (zie het vorige hoofdstuk), dus mogelijk is het verschil in uren zorg tussen een reguliere cliënt en een PTZ cliënt meer dan 40 uur per week.
- Het gaat hierbij bovendien deels om verpleegkundige en medisch specialistische zorg, terwijl verzorgingshuizen vooral verzorgenden in dienst hebben.

Dit gat qua uren en inzet van type personeel lijkt een verzorgingshuis niet eenvoudig opgevuld te krijgen. Een BTH kan hiervoor de thuiszorg inschakelen, een verzorgingshuis mag dit echter niet doen. Uit de enquête blijkt in dit kader dat een verzorgingshuis per bed het minste uren zorg levert van de 4 categorieën PTZ instellingen.

Een andere verklaring voor het feit dat verzorgingshuizen niet uitkomen met de financiële middelen voor de palliatieve unit, is dat een verzorgingshuis een lager basistarief voor zorg krijgt dan een verpleeghuis, omdat de gemiddelde loonkosten en zorgintensiteit bij een verzorgingshuis lager liggen. Zoals gezegd is PTZ complexe zorg, wat leidt tot relatief hoge kosten, die dus blijkbaar niet gedekt worden door het (voor een verzorgingshuis lagere) basistarief met de PTZ toeslag.

7. CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

In dit hoofdstuk geven we eerst de belangrijkste conclusies van ons onderzoek weer. Op basis van deze conclusies formuleren wij onze aanbevelingen.

7.1 CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN T.A.V. DE INDICATIESTELLING

Uit de enquête bleek dat in 2004 bij 38% van de cliënten meer zorg werd geleverd dan geïndiceerd. Dit zou er op kunnen duiden dat de benodigde zorg niet aansloot op de geïndiceerde zorg, anders geformuleerd: er werd mogelijk te weinig zorg geïndiceerd door het CIZ. In deze periode waren vaak ook herindicaties nodig, met name voor de extramuraal gefinancierde zorg. Probleem hierbij was dat er vanuit het CIZ (lees: de CIZ adviseurs) ook geen eenduidig beleid was ten aanzien van de indicaties.

In hoeverre de nieuwe CIZ richtlijn deze situatie verbetert, kunnen wij niet met stelligheid concluderen op basis van de resultaten van ons onderzoek. We bevelen onze opdrachtgever daarom aan om in 2007 te onderzoeken in hoeverre de nieuwe indicatiestelling de situatie heeft verbeterd; zie ook de opmerking bij de conclusies en aanbevelingen ten aanzien van HCH.

7.2 CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN T.A.V. V&V INSTELLINGEN

Uit de *jaarrekeningenanalyse* trekken wij de conclusie dat V&V instellingen met een palliatieve unit het niet structureel slechter doen dan instellingen zonder een palliatieve unit (zie bijlage 3 en 4). De jaarrekeningen geven echter een beeld van de financiële resultaten van de gehele instelling, en niet specifiek van de resultaten van de palliatieve unit. Het is dus mogelijk dat de palliatieve unit verlies kan draaien.

In de *enquête* zijn vragen gesteld over de financiële situatie van specifiek de palliatieve unit. Opvallend is dat slechts de helft van de instellingen aangeeft inzicht te hebben in de kosten en opbrengsten van hun PTZ unit. Het daadwerkelijke resultaat van de unit kon vrijwel niemand aangeven.

In de *interviews* is door de verpleeghuizen aangegeven geen financiële problematiek te ervaren. Binnen de context van het verpleeghuis zou het in stand houden van een PTZ unit goed te doen zijn. De verzorgingshuizen hebben in de interviews aangegeven dat de PTZ unit een kostenpost voor hen is. Zij komen niet uit met het basistarief plus de toeslag. In de *enquête* hebben de verzorgingshuizen aangegeven dat de nachtzorg niet kostendekkend is.

Het feit dat de verzorgingshuizen aangeven dat ze verlies maken op de PTZ unit heeft waarschijnlijk de volgende oorzaken:

- Verzorgingshuizen zijn minder dan verpleeghuizen ingesteld op het leveren van de relatief complexe PTZ zorg. Dit betreft zowel het aantal te leveren uren zorg als het feit dat het bij PTZ gaat om relatief veel verpleegkundige en medisch specialistische zorg, terwijl verzorgingshuizen vooral verzorgenden in dienst hebben. Dit gat qua uren en inzet van type personeel lijkt een verzorgingshuis niet eenvoudig opgevuld te krijgen. Een BTH kan hiervoor de thuiszorg inschakelen, een verzorgingshuis mag dit echter niet doen.

Berenschot

- Voor een verzorgingshuis ligt het basistarief lager dan voor een verpleeghuis. Dit lagere basistarief is afgestemd op de lagere zorgintensiteit van een gemiddelde verzorgingshuisbewoner. Daar staat weer tegenover dat de kosten voor medicatie en medische behandeling via de zorgverzekering van de cliënt vergoed worden, dit in tegenstelling tot een verpleeghuis.

De meest logische oplossing voor deze financiële problematiek lijkt te zijn dat een verzorgingshuis, als men kostendekkend een PTZ voorziening wil inrichten, dit combineert met het inrichten van een verpleegafdeling. Hierdoor kan men immers én de benodigde expertise binnenhalen én het hogere basistarief krijgen.

7.3 CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN T.A.V. BTH

We hebben in het vorige hoofdstuk en de daarbij behorende bijlagen 3 en 4 geconcludeerd dat er inderdaad sprake is van financiële problematiek bij BTH. De financiële problemen lijken vooral te maken te hebben met het financieren van de huisvesting. Verder is opvallend voor BTH:

- Er is voor een BTH bedrijfseconomisch gezien geen directe prikkel om te streven naar een hoog bedbezettingspercentage. Uiteraard zijn er wel andere prikkels om te streven naar een hoog bedbezettingspercentage, zoals het gemotiveerd houden van de vrijwilligers en een morele prikkel. Van belang is in dit kader op te merken dat BTH niet opgezet zijn vanuit financiële overwegingen. De BTH zijn vanuit ideële overwegingen gestart en richten zich primair op de wens van de cliënt. Ondanks het ontbreken van een financiële prikkel en het in de vorige zin genoemde uitgangspunt kwam als resultaat van de enquête naar voren dat de bedbezetting van BTH gemiddeld boven de 70% ligt.
- BTH kunnen geopend worden zonder dat het zorgkantoor daar heel veel invloed op kan uitoefenen. Dit kan in bepaalde regio's tot overaanbod en een (te) laag bedbezettingspercentage bij de instellingen in die regio leiden.

Door een aantal respondenten van V&V instellingen werd de vraag gesteld: hebben BTH wel toekomst? Zowel uit onderzoek van Van den Akker⁷ als uit de digitale enquête valt op te maken dat BTH duidelijk in een behoefte voorzien. Uit de resultaten van de enquête is te zien dat de BTH van de vier categorieën instellingen het grootste aantal wachtenden kent, en het hoogste aantal cliënten per bed, waar uit af te leiden valt dat het aantal cliënten dat zich bij een BTH meldt groot is. Vandaar dat wij onze opdrachtgever adviseren een oplossing voor het probleem van de huisvestingskosten te vinden. We zullen deze aanbeveling in de laatste paragraaf van dit hoofdstuk nader uitwerken.

7.4 CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN T.A.V. HCH

Ook HCH zijn uit ideële overwegingen gestart en voorzien in een behoefte. Uit de resultaten van de enquête is te concluderen dat het aantal wachtenden en doorverwezen cliënten weliswaar lager is dan bij de BTH, maar veel hoger dan bij verpleeg- en verzorgingshuizen. In het eerder genoemde onderzoek van Van den Akker staan de HCH op een duidelijke derde plek qua gewenste plaats om te overlijden (nummer 1 is thuis, gevolgd door de BTH).

⁷ Waar wilt u doodgaan? Keuzen en overwegingen.

Berenschot

Ook HCH kampen (gemiddeld gesproken) met financiële problemen, constateerden wij in het vorige hoofdstuk en de bijlagen 3 en 4. De financiële problemen van HCH hebben niet alleen te maken met problemen rond de financiering van huisvestingskosten, zoals bij de BTH. Doordat een HCH zelf (verpleegkundig) personeel in dienst heeft, ontstaat er namelijk een heel andere situatie dan bij de BTH. Het meest urgente probleem in dit kader blijkt (uit de enquête) de nachtzorg te zijn; deze is vaak niet kostendekkend.

Uit de rekenvoorbeelden in bijlage 7 kunnen we de conclusie trekken dat het voor het financieel gezond maken van een HCH vooral belangrijk is om de juiste mix te creëren van:

1. Aan de *kostenkant*: de mate van inzet van verpleegkundig en verzorgend personeel, met name in de nacht.
2. Aan de *opbrengstenkant*:
 - a. het aantal bedden van de HCH;
 - b. het bedbezettingspercentage;
 - c. het dagtarief wat vanuit de CIZ indicatie berekend kan worden.

Op punt 1, 2a en 2b kan het ministerie van VWS, onze opdrachtgever, geen invloed uitoefenen, omdat dit bedrijfskundige zaken zijn, die primair onder de verantwoordelijkheid van de HCH instelling vallen.

De factor die overblijft, is de indicatiestelling vanuit het CIZ. Hier is recent een nieuwe, ruimere richtlijn voor in het leven geroepen. Uit ons onderzoek blijkt dat het nog te vroeg is om hierover definitieve conclusies te trekken. Wij bevelen onze opdrachtgever daarom aan om in 2007 te onderzoeken in hoeverre de nieuwe indicatiestelling de problemen bij de HCH, met name het probleem van de (indicatiestelling voor) de nachtzorg, heeft opgelost.

Daarnaast adviseren wij onze opdrachtgever om een oplossing voor de huisvestingskosten te formuleren, die ook op HCH van toepassing is; zie de laatste paragraaf van dit hoofdstuk.

7.5 CONCLUSIES T.A.V. DE WTZi/CTG REGELING KLEINSCHALIG WONEN

Zouden de WTZi of de CTG regeling kleinschalig wonen een oplossing kunnen zijn voor de problemen rondom de financiering van de huisvestingskosten van BTH en HCH? Uit de enquête blijkt dat er niet of nauwelijks organisaties zijn die in 2006 gebruik maken van de WTZi en de CTG regeling kleinschalig wonen voor PTZ.

De WTZi kent bepaalde criteria, zoals bouwkundige criteria en criteria voor het vergoeden van de boekwaarde van het pand. De bouwkundige criteria zorgen ervoor dat een BTH of HCH, zeker met een bestaand pand, veel extra kosten zal moeten maken om er aan te voldoen. Aan de andere kant zal de boekwaarde van het pand vaak hoger zijn dan waarop de WTZi zich richt, zo blijkt uit interviews. De daarmee samenhangende vergoeding via de WTZi is daardoor relatief laag. Hierdoor zal de WTZi niet interessant zijn voor de meeste BTH en HCH.

Berenschot

De CTG regeling kleinschalig wonen zal om verschillende redenen ook niet worden gebruikt door PTZ voorzieningen:

- Voor alle instellingen is de gestelde eis van 97% bedbezetting in de meeste gevallen niet haalbaar, gezien de specifieke aard van PTZ.
- Voor verpleeg- en verzorgingshuizen is deze regeling lastig toepasbaar vanwege het criterium van maximaal 25 personen op één postcode adres en het criterium dat de woning niet gelegen mag zijn op het terrein van een niet kleinschalige instelling. Een unit binnen een instelling voldoet immers niet aan deze criteria. Een apart gebouw elders, op een ander postcode adres, zou hier wel aan voldoen. Het nadeel hiervan is weer dat flexibele inzet van personeel lastiger wordt.
- Voor HCH geldt dat ze gemiddeld groter zijn dan het gestelde criterium van maximaal 6 bewoners per woning.
- De vaak vereiste bouwkundige aanpassingen maken het voor BTH en HCH al gauw (te) duur, waarbij de vergoeding vanuit de CTG regeling in veel gevallen niet opweegt tegen de extra kosten. Hierdoor treedt hetzelfde probleem op als bij de WTZi.

7.6 AANBEVELINGEN T.A.V. TEGEMOETKOMING HUISVESTING HOSPICES

Eerder in dit hoofdstuk hebben wij aangegeven dat wij onze opdrachtgever adviseren met een tegemoetkoming te komen voor de huisvestingskosten van de BTH en HCH. Achtereenvolgens gaan wij in op de volgende aspecten van deze regeling:

- Landelijke of regionale uitvoering.
- Hoogte van de tegemoetkoming huisvesting.
- Voorwaarden aan de tegemoetkoming huisvesting.

Landelijk of regionaal?

De uitvoering van de regeling kan op de volgende manieren plaatsvinden:

- Landelijk; door bijvoorbeeld aansluiting te zoeken bij de landelijke verdeling van de CVTM gelden (na invoering van de WMO).
- Regionaal; door de uitvoering bijvoorbeeld via de zorgkantoren te laten lopen.

In de huidige situatie kan op regionaal niveau het zorgkantoor via de toekenning van AWBZ gelden sturing geven aan de PTZ. Dit betreft dan sturing op alle vier de categorieën instellingen die in dit onderzoek zijn meegenomen. De zorgkantoren zijn verantwoordelijk voor voldoende capaciteit, diversiteit en spreiding van het aanbod in hun regio, en daarmee voor voldoende keuzevrijheid voor de cliënt. Toevoeging van de mogelijkheid om ook via de huisvestingstegemoetkoming van BTH en HCH te kunnen sturen, zou een completer sturingspalet geven aan zorgkantoren. Dit geeft hen de mogelijkheid nog beter in te spelen op de specifieke regionale omstandigheden.

Aan de andere kant geldt dat door deze sturingsmogelijkheid aan zorgkantoren te geven, mogelijk wel verschillen qua beleid tussen de diverse zorgkantorregio's kunnen gaan ontstaan.

Berenschot

Als gekozen wordt voor een landelijke uitvoering van de regeling, is het van belang dat bij de verdeling (en daarmee de sturing) van zowel de tegemoetkoming voor de huisvestingskosten als de toekenning van de CVTM middelen een goede afstemming plaatsvindt met de bestaande regionale sturing van de zorgkantoren.

Hoogte van de tegemoetkoming huisvesting

Hoe hoog zou de tegemoetkoming moeten zijn? Om deze vraag te kunnen beantwoorden is het in de eerste plaats van belang te weten hoe hoog de huisvestingskosten per bed zijn. Dit hebben we berekend door de jaarrekeningen te analyseren. Het resultaat is als volgt:

- De gemiddelde huisvestingskosten liggen (afgerond) voor een BTH op 7.000,- euro per bed⁸. De mediaan ligt op 6.500,- euro per bed⁹.
- Voor een HCH zijn de gemiddelde huisvestingskosten 11.000,- euro per bed. De mediaan is 10.800,- euro per bed.

Hieruit blijkt dat de huisvestingskosten per bed van een BTH en een HCH verschillend zijn. Hoe is het mogelijk dat de huisvestingskosten per bed in een HCH zoveel hoger zijn dan in een BTH? De precieze redenen hiervan zijn niet onderzocht. Door een HCH werd in de interviews aangegeven dat bij meer dan 5 bewoners/patiënten voldaan moet worden aan (extra) eisen qua brandveiligheid, bedrijfshulpverlening, risico-inventarisatie etc. Bovendien zou, gezien de grotere omvang van een HCH ten opzichte van een BTH, extra ruimte(n) nodig zijn voor administratie, personeel e.d.. Met een gemiddeld aantal van 4 bedden kan een BTH bovendien in een “normaal” woonhuis gehuisvest worden, terwijl een HCH een groter pand nodig heeft. De omvang en uitrusting van het pand vertalen zich door in de prijs per bed.

Voor het bepalen van de hoogte van het bedrag zijn vervolgens onderstaande twee vragen van belang:

- Krijgen BTH en HCH dezelfde of een verschillende tegemoetkoming?
- Wordt de tegemoetkoming bepaald aan de hand van een percentage van de huisvestingskosten of aan de hand van een vast bedrag?

⁸ Het gaat bij deze bedragen nadrukkelijk om gemiddelden, zo zijn in de analyse van de jaarrekeningen hospices meegenomen die een gunstige regeling kennen voor de huisvestingskosten, maar ook hospices die net zijn opgestart (met alle kosten van dien) of relatief hoge huisvestingskosten kennen. Daarnaast kunnen de accountingbeginselen tussen de diverse instellingen afwijken.

⁹ De mediaan van een statistische verdeling is het midden van die verdeling.

Berenschot

Dit leidt tot vier alternatieven, zie onderstaande tabel.

Tabel 29. Vier alternatieven voor berekening tegemoetkoming huisvestingskosten

Vaste of variabele tegemoetkoming	BTH en HCH zelfde tegemoetkoming	BTH en HCH verschillende tegemoetkoming
<i>Een vast bedrag per instelling per bed</i>	Alternatief 1: Gelijk vast bedrag	Alternatief 2: Verschillend vast bedrag
<i>Een bepaald percentage van de huisvestingskosten; met een maximum bedrag</i>	Alternatief 3: Gelijk percentage	Alternatief 4: Verschillend percentage

Bij elk van deze vier alternatieven speelt ten slotte de vraag: welk percentage of vast bedrag van de huisvestingskosten (per bed) zou de overheid moeten financieren? Anders geformuleerd: wat mag je redelijkerwijs verwachten dat een hospice zelf aan gelden binnenhaalt? Uit de jaarrekeningenanalyse en de enquête is niet te achterhalen hoe groot het verschil is tussen huisvestingskosten en vrij besteedbare giften, met name omdat:

1. Slechts een deel van de giften en donaties (zoals opgenomen in de jaarrekening) vrij besteedbaar is, het is niet te herleiden hoe groot dit deel is. In de enquête hebben we hier specifiek naar gevraagd, er werden echter te weinig antwoorden gegeven.
2. Er kan een vriendenstichting zijn, die de giften en donaties binnenkrijgt die “eigenlijk” voor het hospice bestemd zijn; deze vriendenstichting ontrekt zich aan onze waarneming.

Voor wat betreft de BTH zouden we op basis van de jaarrekeningenanalyse wel een ondergrens kunnen aangeven. Het volgende blijkt:

1. Het gemiddelde verlies van de BTH is 3%;
2. De huisvestingskosten zijn 22%.

De vraag is nu: op hoeveel procent van de huisvestingskosten wordt er door de BTH verlies gemaakt? Anders geformuleerd: voor hoeveel procent van de huisvestingskosten bestond geen dekking door bijvoorbeeld giften? We kunnen dit uitrekenen door het gemiddelde verlies van 3% te delen op de huisvestingskosten van 22%. Uit deze berekening komt dat het verlies van een BTH gemiddeld 13,6% van de huisvestingskosten is. Omgerekend is dat 13,6% maal gemiddeld 7.000 euro 952 euro is per bed. De conclusie van deze berekening is: als de overheid met een tegemoetkoming van 13,6% van de huisvestingskosten zou komen, zouden de BTH op basis van de jaarrekeningenanalyse gemiddeld gesproken geen verlies meer maken. Let wel, hiermee is niet gezegd dat de kwetsbaarheid van de organisaties is opgelost: er wordt dan vanuit gegaan dat de vriendenstichtingen kunnen blijven bijspringen (wat ze tot nu toe ook doen).

Doordat er bij een HCH sprake is van een heel andere situatie, met name omdat een HCH verpleegkundig en verzorgend personeel in dienst heeft, is een dergelijk berekening voor de HCH niet te maken. Het verlies wordt hier immers door meerdere factoren bepaald.

Berenschot

Welk percentage of vast bedrag (per bed) gekozen moet worden voor de tegemoetkoming in de huisvestingskosten lijkt ons uiteindelijk een politieke keuze. Een belangrijk doel van deze regeling is dat de overheid continuïteit wil garanderen van die BTH en HCH waar voldoende vraag naar is. Om de kwetsbaarheid van deze organisaties te verminderen lijkt een vergoeding hoger dan 13,6% op zijn plaats. Anderzijds hoeven deze organisaties ook geen winst te maken en mag een prikkel blijven bestaan om zelf giften binnen te halen. Gezien deze redenering ligt het dus niet voor de hand om (vooralsnog) meer dan 50% van de huisvestingskosten te financieren.

Als bekend is voor welk alternatief wordt gekozen, en hoe hoog de tegemoetkoming is, kan ook een inschatting gemaakt worden van de jaarlijkse kosten van de tegemoetkoming. Onderstaande tabel geeft hiervan een beeld. We zijn hierbij uitgegaan van alternatief 4 met een tegemoetkomingpercentage van 50%. We maken gebruik van het gemiddelde bedrag aan huisvestingskosten per bed dat uit de jaarrekeningenanalyse komt.

Tabel 30. Geschatte kosten huisvestingsregeling BTH en HCH (alternatief 4)¹⁰

Soort instelling	Aantal instellingen ¹¹	Gem. aantal bedden per instelling ¹²	Totaal aantal bedden	Gem. huisvestingskosten per bed	% tegemoetkoming	Tegemoetkoming per bed	Totaal bedrag tegemoetkoming
BTH	34	4	136	€ 7.000	50%	€ 3.500	€ 476.000
HCH	21	7	147	€ 11.000	50%	€ 5.500	€ 808.500
Totaal							€ 1.284.500

Het totale bedrag aan tegemoetkoming kan berekend worden als: “totaal aantal bedden” maal “netto bedrag per bed” = “totaal bedrag tegemoetkoming” (zie de groene kolommen in de tabel).

Voorwaarden aan de tegemoetkoming huisvesting

Uitgangspunten voor deze tegemoetkoming zouden volgens ons moeten zijn dat het:

- Alleen die instellingen subsidieert met voldoende lokaal draagvlak. Als er niet voldoende lokaal draagvlak is, is er ook geen reden van bestaan. Lokaal draagvlak blijkt (naast het kunnen aantrekken van voldoende vrijwilligers) met name uit de volgende factoren:
 - Voldoende bedbezetting. Anders geformuleerd: het is van belang een (financiële) prikkel in te bouwen dat hospices voldoende bedbezetting hebben, onder meer vanuit het oogpunt van borging van voldoende kennis en kwaliteit bij een instelling.

¹⁰ We houden bij deze berekening (uiteraard) geen rekening met mogelijke groei van het aantal bedden.

¹¹ Het aantal instellingen is gebaseerd op de rapportage van het NIVEL uit 2004 (zie tabel 3).

¹² Dit is het gemiddeld aantal bedden wat in de enquête naar voren kwam.

Berenschot

- Voldoende kracht om succesvol giften binnen te halen. In de huidige situatie is hiervoor een prikkel aanwezig, omdat men geen structurele financiering heeft voor met name de huisvestingskosten, maar ook (sommige) overige kosten¹³. Het ligt niet voor de hand deze prikkel weg te nemen. Hospices worden immers opgericht vanuit particulier initiatief. Het lijkt ons gezond dat dit particuliere initiatief zich ook vertaalt in het nemen van de verantwoordelijkheid voor het binnenhalen van giften, subsidies en donaties.
- Evenwichtige spreiding van het aantal bedden over de diverse regio's in Nederland stimuleert. Dit kan bijvoorbeeld gerealiseerd worden door een organisatie die belang heeft bij een evenwichtige spreiding van het aanbod van bedden in een bepaalde regio, de mogelijkheid te geven het aanbod in die regio te coördineren; te denken valt bijvoorbeeld aan de zorgkantoren of de palliatieve netwerken.

De volgende randvoorwaarden zouden daarom volgens ons aan de tegemoetkoming moeten worden gesteld¹⁴:

1. Een minimaal benodigd bedbezettingspercentage¹⁵; 60% lijkt ons het absolute minimum. Het is lastig hier een “harde” argumentatie voor te geven. De gedachte is dat als bijvoorbeeld gekozen wordt voor een minimum percentage van 50%, de overheid instellingen financiert die voor de helft leeg zijn. Mede vanuit het oogpunt van het stimuleren van lokaal draagvlak en ook voor het binnenhalen van voldoende patiënten, kan dit volgens ons niet een optimale besteding van maatschappelijke middelen zijn.

Van jaar tot jaar kunnen fluctuaties optreden, vandaar dat wij adviseren uit te gaan van een tweejaarlijks gemiddelde. Dit betekent dat als een hospice over een periode van twee jaar een gemiddeld bedbezettingspercentage van 60% niet haalt, het jaar erna geen tegemoetkoming voor de huisvestingskosten wordt uitgekeerd.

2. Bij de opstart van een BTH of HCH zouden drie organisaties groen licht moeten geven:
 - het regionale netwerk palliatieve zorg vanuit inhoudelijk oogpunt;
 - het zorgkantoor als financier van de (AWBZ) zorg;
 - het ministerie van VWS, als verdeler van de CVTM gelden.

Bovendien zou de regeling niet moeten gelden voor het eerste jaar dat de instelling “in bedrijf” is, omdat een instelling in staat zou moeten zijn in ieder geval het eerste jaar huisvestingskosten te financieren, en hiermee haar bestaansrecht aan kan tonen.

¹³ In het geval van een HCH valt in voorkomende situaties bijvoorbeeld te denken aan de kosten van een pastor en een maatschappelijk werker.

¹⁴ Welke organisatie hier op toe gaat zien, is afhankelijk van het antwoord op de vraag of uitvoering van de regeling landelijk of regionaal zal plaatsvinden.

¹⁵ Er is in deze paragraaf dus sprake van twee percentages: een *maximum* percentage voor de tegemoetkoming voor de huisvestingskosten (bijvoorbeeld 50%) en een *minimaal* benodigd bedbezettingspercentage om voor deze tegemoetkoming in aanmerking te komen (bijvoorbeeld 60%).

Berenschot

3. Indien gekozen wordt voor de alternatieven 3 of 4, zou er een maximum bedrag per bed moeten gelden. Sommige hospices zitten bijvoorbeeld op dure locaties, de vraag is in hoeverre de maatschappij deze zou moeten (en willen) financieren. Wat zou dit maximum bedrag moeten zijn? Een basis hiervoor vormt het gemiddelde bedrag wat uit de analyse van de jaarrekeningen komt (zie hierboven).
4. Specifiek als gekozen wordt voor een verschillend bedrag voor HCH en BTH (alternatieven 2 en 4) zou een instelling die zich als HCH aanmeldt het volgende moeten kunnen bewijzen: verpleegkundig (en verzorgend) personeel in dienst én geen V&V instelling aanwezig op dezelfde postcode.

AFKORTINGENLIJST

AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
BTH	Bijna Thuis Huizen
CB	Continuïteit Baten
CIZ	Centrum Indicatiestelling Zorg
CLT	Continuïteit Lange Termijn
CVTM	Coördinatie Vrijwillige Thuiszorg en Mantelzorg
DO	Dekking Overheid
HCH	High care hospice
PTZ	Palliatieve terminale zorg
RTV	Rentabiliteit Lange Termijn
VPH	Verpleeghuizen
V&V	Verpleging en verzorging
VWS	Ministerie Volksgezondheid, Welzijn en Sport, directie langdurige zorg

LITERATUUR

- Akker PAM, van den, Kok NM, Tits MHL van. *Leven met de dood*. Over terminale patiënten en terminale zorg in Nederland. Bohn Stafleu Van Loghum, Houten 1994.
- Akker PAM, van den, Luijkx, K.G., *Een extra steun in de rug*. Onderzoek naar ervaringen met *Vrijwilligers Terminale Zorg*. IVA, Tilburg, 2003.
- Akker PAM, van den, Luijkx, K.G., *Waar wilt u doodgaan? Keuzen en overwegingen*. IVA, Tilburg, 2005.
- Baecke JAH, Cazemier G, *Monitor CVTM-regeling Deel 2: netwerken palliatieve zorg*, BMC 2005
- Bart H, Reijnen M, Rooij J van, *Registratierapportage Vrijwilligers Palliatieve Terminale Zorg Nederland 2004*, VPTZ 2005
- Beelaerts van Blokland PAC et al. *Verbetering van de zorg voor mensen in de terminale fase en hun naasten*, Projectgroep Integratie Hospicezorg, Voorburg 2001
- Booij A de, et al. *Mantelzorg 2001 – 2005, ontwikkelingen en evaluatie*, B&A Groep, Den Haag 2005
- College voor zorgverzekeringen, *Monitor Ondersteuning informele zorg en Monitor Netwerken palliatieve zorg*, 2004
- Giesen C, Brinkman-Stoppelenburg A, Wulp M, *Themamiddag Palliatieve zorg in verpleeg- en verzorgingshuizen*, Agora, Bunnik 2005
- Hackenitz E, Ginkel S van, *Evaluatie Programma Palliatieve Zorg in de Terminale Fase*, ZonMw 2004
- Ministerie van VWS, CZ/EZ 2628160, Toezeggingen AO palliatieve zorg, 28 oktober 2005, brief aan de Tweede Kamer
- Mistiaen P, Francke AL, *Monitor Palliatieve Zorg 2004*, NIVEL 2004
- Mistiaen P, Francke AL, *Verscheidenheid en capaciteitsbenutting in palliatieve terminale zorgvoorzieningen*, NIVEL 2004
- Mistiaen P, Hasselt TJ van, Francke AL, *Monitor Palliatieve Zorg 2005*, NIVEL 2005
- Ruyten, R. en M. de Gouw, *Laat niemand in eenzaamheid sterven*, De Toorts, Haarlem 2001
- Staatscourant (13-12-05) – Regeling subsidies AWBZ
- Tweede Kamer, vergaderjaar 2005-2006, 29 509, nr 9, verslag algemeen overleg over palliatieve zorg, vastgesteld 18 oktober 2005
- ZonMw, *Lacunes in de palliatieve zorg*, Den Haag 2005

Berenschot

BIJLAGE 1

BEGELEIDINGSCOMMISSIE EN EXPERT MEETING

BIJLAGE 1A: SAMENSTELLING BEGELEIDINGSCOMMISSIE

De heer Bart	Landelijke vereniging Vrijwilligers Palliatieve Terminale Zorg
Mevrouw Beeker	Acares
De heer Coolen	Zorgverzekeraars Nederland
De heer Klaassens	Ministerie Volksgezondheid, Welzijn en Sport, directie langdurige zorg
De heer Van Lieshout	Ministerie Volksgezondheid, Welzijn en Sport, directie langdurige zorg
Mevrouw Loonstra	Ministerie Volksgezondheid, Welzijn en Sport, directie curatieve zorg
De heer Paulus	Ministerie Volksgezondheid, Welzijn en Sport, directie langdurige zorg
De heer Rhebergen	Stichting Agora
Mevrouw Van Tol	Associatie van high care hospices
Mevrouw Vd Velde	Zorgkantoor Friesland
De heer Westerhof	Zorgkantoor Friesland

Vanuit Berenschot: de heer Huisman en mevrouw Laeven

Berenschot

BIJLAGE 1B: DEELNEMERS EXPERT MEETING

De heer van Alphen	VTZ Utrecht
De heer Bart	Landelijke vereniging Vrijwilligers Palliatieve Terminale Zorg
Mevrouw Hoek	Netwerkcoördinator Noord Nederland
De heer Jans	Directeur Hospice Rozenheuvel
Mevrouw Koningswoud-ten Hove	Directrice Hospice Dirksland
De heer Portier	Penningmeester VPTZ en bestuurslid Johannes hospitium Wilnis
Mevrouw de Ruiter	Zorgkantoor Waardenland/Midden-Holland
De heer Vink	Arcares

Vanuit Berenschot: de heer Huisman en mevrouw Laeven

Als waarnemers waren aanwezig:

De heer Klaassens	Ministerie Volksgezondheid, Welzijn en Sport, directie langdurige zorg
De heer Van Lieshout	Ministerie Volksgezondheid, Welzijn en Sport, directie langdurige zorg
Mevrouw Loonstra	Ministerie Volksgezondheid, Welzijn en Sport, directie curatieve zorg

BIJLAGE 2

GEÏNTERVIEWDE INSTELLINGEN EN ORGANISATIES

BIJLAGE 2: GEÏNTERVIEWDE INSTELLINGEN EN ORGANISATIES

In de regio's Utrecht, Twente en Amstelland hebben gesprekken plaatsgevonden met:

- 3 verzorgingshuizen
- 4 verpleeghuizen
- 4 bijna thuis huizen
- 3 hospices
- 3 thuiszorgorganisaties
- 3 huisartsen
- 3 zorgkantoren
- 3 CIZ organisaties

Voor wat betreft de instellingen zijn zowel gesprekken gevoerd met de financieel eindverantwoordelijke als met de medisch of organisatorisch eindverantwoordelijke. Het ging om de volgende organisaties:

Tabel 1. Overzicht geïnterviewde instellingen

Type instelling	Naam instelling	Plaats
Verpleeghuis	Meulenbeltzorg	ALMELO
Verzorgingshuis	Hospice Holos, Woonzorgcentrum Molenkamp	OLDENZAAL
Verpleeghuis	Roparun hospice	HENGEL
Bijna thuishuis	Leonardus Hospice	HENGEL
Thuiszorg	Carint	HENGEL
Verpleeghuis	Zorginstellingen Loosdrecht Beukenhof afd. Zonnebl	LOOSDRECHT
Verzorgingshuis	Zorgcentrum De Molenbrug	HAARLEM
High Care Hospice	Hospice Bardo	HOOFDORP
Bijna thuishuis	"ThamerThuis"	De Kwakel (Uithoorn)
Thuiszorg	Thuiszorg Amstelland en Meerlanden	AMSTELVEEN
Verpleeghuis	Leendert Meeshuis	BILTHOVEN
Verzorgingshuis	Zeisterwoude/ Mirtehof	ZEIST
Bijna thuishuis	Stichting Hospice Utrecht	UTRECHT
Bijna thuishuis	Hospice De Mantelmeeuw	WOERDEN
Thuiszorg	Thuiszorg stad Utrecht	UTRECHT
Verpleeghuis	Laurens/ Antonius IJsselmonde	ROTTERDAM
High Care Hospice	Johannes Hospitium Wilnis	WILNIS

BIJLAGE 3

WEERGAVE FINANCIËLE ANALYSE OP BASIS VAN JAARREKENINGEN

Berenschot

BIJLAGE 3: WEERGAVE FINANCIËLE ANALYSE OP BASIS VAN JAARREKENINGEN

In deze bijlage worden eerst de financiële indicatoren die gebruikt zijn voor de analyse van de jaarrekeningen toegelicht, met een uiteenzetting van de resultaten. Vervolgens geven we aan hoe de financiële situatie van de organisaties zich door de jaren heen heeft ontwikkeld, door voor zoveel instellingen als mogelijk de jaarrekeningen van 2002, 2003 en 2004 met elkaar te vergelijken. Tenslotte volgen nog opmerkingen die relevant zijn voor de beoordeling van de resultaten.

In hoofdstuk 2 zijn de beperkingen van de jaarrekeningen analyse aangegeven. Als bijlage 4 treft u per categorie instellingen een samenvattend overzicht aan van de indicatoren met de door ons berekende ratio's.

Financiële indicatoren

We hebben per financiële indicator ratio's berekend voor BTH, HCH, V&V-instellingen die palliatieve zorg aanbieden, V&V-instellingen die dit niet aanbieden en voor V&V-instellingen in het algemeen. Bij de eerste drie indicatoren hebben we deze resultaten tevens afgezet tegen de gemiddelden van de gehele AWBZ-sector. Deze laatste gegevens komen uit de Berenschot AWBZ-benchmark.

Hier volgt een overzicht van de door ons berekende ratio's per indicator:

1. Liquiditeit: current ratio;
2. Solvabiliteit: debt ratio en continuïteit langere termijn;
3. Rentabiliteit: rentabiliteit van het totale vermogen;
4. Kwetsbaarheid: continuïteit van de baten en de dekking door de overheid.

1. Liquiditeit

Voor het vaststellen van de liquiditeit hebben wij gebruik gemaakt van de *current ratio*. De current ratio geeft aan of de organisatie op tijd kan voldoen aan haar kortlopende verplichtingen. Hoe hoger de current ratio, hoe gunstiger het is voor de liquiditeitspositie.

Definitie:

$\text{Current ratio} = \text{Vlottende activa} / \text{Vlottende passiva}$

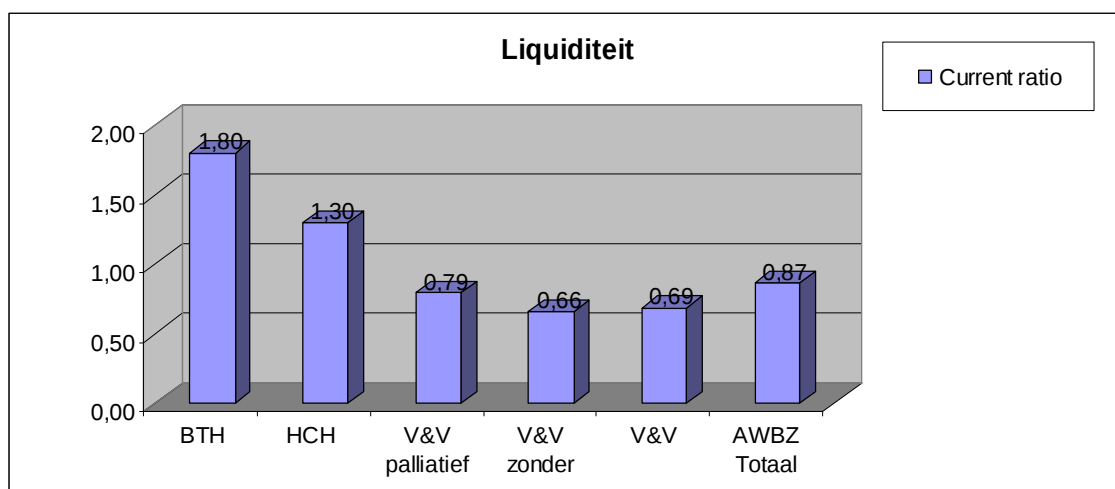
In het algemeen kan worden gesteld dat de current ratio groter dan 1 moet zijn. De reden hiervoor is dat vaste activa niet snel kunnen worden ingezet om kortlopende schulden af te lossen. In noodscenario's waarin alle kortlopende schulden snel moeten worden afgelost, zal dit dus geheel moeten gebeuren uit de vlottende activa. Of een current ratio groter dan 1 voldoende is, wordt tevens bepaald door de branche/sector waarin de organisatie actief is. Dit aspect dient daarom altijd te worden meegenomen in de beoordeling.

Berenschot

Figuur 6 is een weergave van de gemiddelden van de current ratio. Zoals uit de figuur blijkt voldoen de BTH en de HCH ruimschoots aan de norm, terwijl de V&V instellingen lager scoren dan de norm.

De current ratio is voor BTH en HCH erg hoog doordat ze niet of nauwelijks vlottende passiva hebben. Tevens bestaan hun activa bijna geheel uit vlottende activa. Doordat BTH en HCH moeilijk vreemd vermogen kunnen aantrekken, hebben ze weinig kort vreemd vermogen ten opzichte van hun vlottende activa. Een hoge current ratio betekent voor hen dus niet dat ze er financieel goed voor staan. Omdat V&V-instellingen wel veel vreemd vermogen en vaste activa hebben, is deze ratio voor hen wel relevant.

Figuur 6



2. Solvabiliteit

De solvabiliteit van een organisatie geeft een indruk van de financiële draagkracht van de organisatie op de lange termijn. De solvabele organisatie kan verliezen opvangen, zonder dat zij hierdoor in haar bestaan wordt bedreigd. Hiervoor dient de organisatie in ieder geval over een eigen vermogen te beschikken.

Aan de hand van de volgende ratio's geven wij een beeld van de solvabiliteit:

- Debt ratio;
- Continuïteit langere termijn.

Debt ratio

De *debt ratio* is het gedeelte van het vermogen dat geleend is van derden. Hoe lager de debt ratio, hoe gunstiger het is voor de solvabiliteitspositie.

Definitie:

$$\text{Debt ratio} = \text{Vreemd vermogen} / \text{Totale vermogen}$$

Berenschot

De tweede ratio voor de solvabiliteit is de *continuïteit langere termijn* (CLT). De CLT geeft aan in hoeverre de totale lasten in een jaar kunnen worden opgevangen door het eigen vermogen. Hoe hoger de CLT, hoe gunstiger het is voor de solvabiliteitspositie.

Definitie:

$$\text{Continuïteit langere termijn} = \text{Eigen vermogen} / \text{Totale lasten}$$

Over de gewenste hoogte van de solvabiliteit is geen absolute uitspraak te doen. Deze wordt mede bepaald door de soort activiteiten en de markt waarin de organisatie opereert. Voor de solvabiliteit bestaat geen algemeen geldende norm: het gemiddelde in een branche wordt hier veelal als norm gehanteerd.

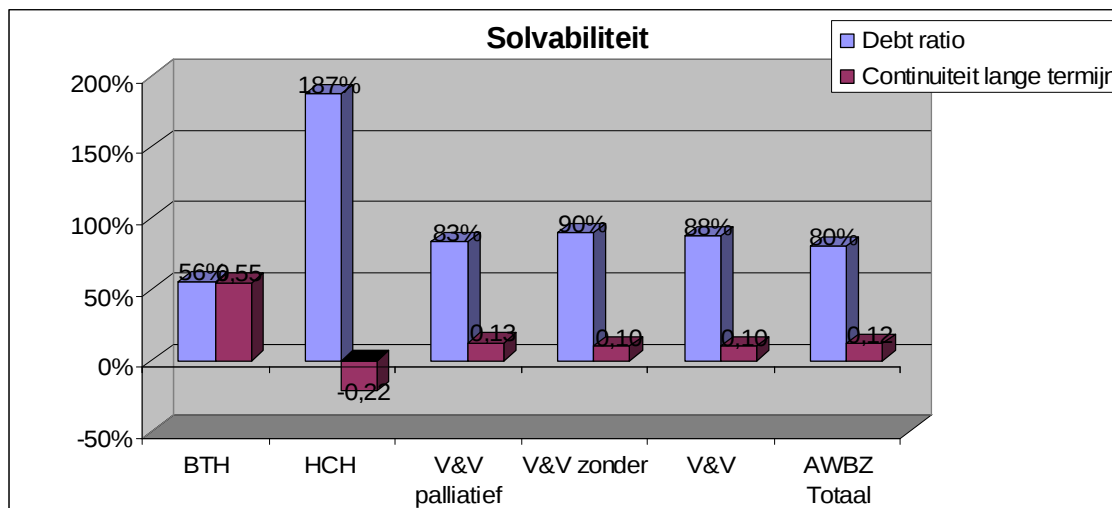
Figuur 7 geeft weer hoe hoog de gemiddelde solvabiliteitsratio's zijn. De solvabiliteit van BTH blijkt er op basis van beide ratio's beter uit te zien dan die van HCH en V&V-instellingen.

De solvabiliteit is voor BTH gunstiger omdat ze gemiddeld nauwelijks vreemd vermogen hebben. De gunstige solvabiliteitsratio's van BTH worden dus niet veroorzaakt door veel eigen vermogen, maar doordat ze slecht in staat zijn vreemd vermogen aan te trekken. Daarom heeft deze ratio geringe betekenis voor de BTH.

Bovenstaande geldt ook voor HCH, wat tegenstrijdig lijkt met hun solvabiliteitsratio's. De negatieve ratio voor continuïteit op lange termijn en de debt ratio van meer dan honderd procent wordt veroorzaakt doordat het gemiddelde eigen vermogen van de deelnemende HCH negatief is.

Voor de V&V instellingen is het wel van betekenis, omdat zij goed in staat zijn vreemd vermogen aan te trekken.

Figuur 7



Berenschot

Opmerking

V&V-instellingen hebben altijd bewust aangestuurd op ‘ongunstige’ solvabiliteitsrisico’s. Ze waren er tot voor kort op gericht het eigen vermogen laag te houden ten gunste van het aandeel vreemd vermogen. Dit was in verband met interestvoordelen.

3. Rentabiliteit

De rentabiliteit hebben wij weergegeven met de ratio *rentabiliteit totale vermogen* (RTV). Deze laat zien wat de beloning is voor alle vermogenverschaffers van de onderneming. De ratio geeft namelijk het resultaat weer ten opzichte van de ingezette middelen. Hoe hoger de RTV, hoe gunstiger het is voor de rentabiliteitspositie.

Definitie:

$$\text{Rentabiliteit Totale Vermogen} = \text{Resultaat} / \text{Totale vermogen}$$

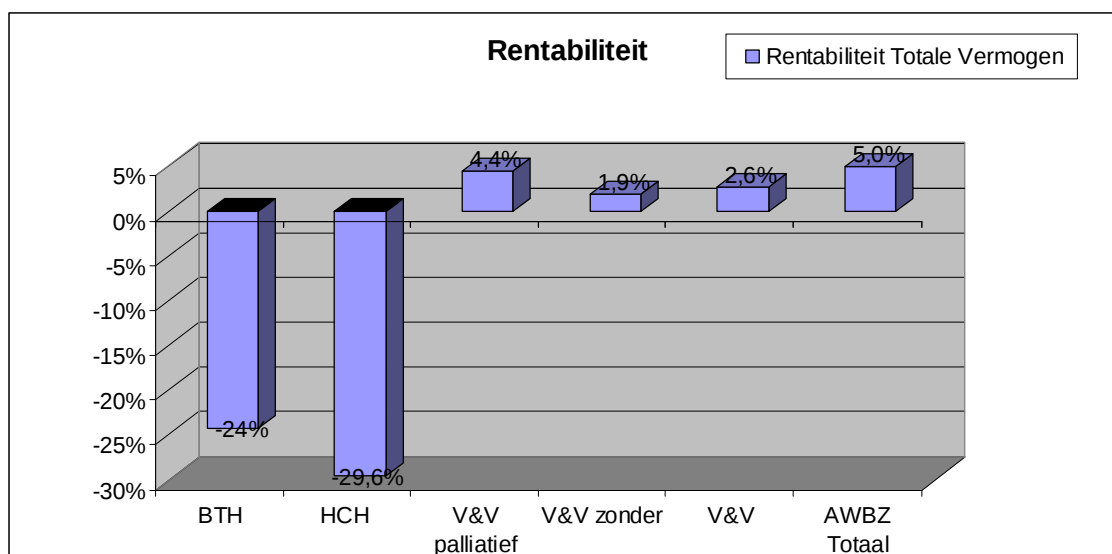
Er geldt geen algemene normering die aangeeft wat de hoogte van de RTV zou moeten zijn. Als referentiekader dient hier het branchegemiddelde of de gemiddelde RTV van de directe concurrenten gehanteerd te worden.

Figuur 8 geeft de gemiddelde hoogten van het RTV weer. Er is weinig verschil waar te nemen tussen de diverse soorten AWBZ-instellingen onderling, maar een groot verschil tussen de AWBZ-instellingen en de BTH en HCH¹⁶. Zoals aangegeven geldt er geen algemene norm voor de hoogte van de RTV. Uiteraard dient deze wel positief te zijn. Zoals uit de figuur blijkt is de rentabiliteit van de BTH en de HCH in het bijzonder gemiddeld sterk negatief.

¹⁶ We merken hierbij op dat de rentabiliteitscijfers van de V&V instellingen betrekking hebben op de gehele organisatie, en niet specifiek de PTZ unit. Tevens kunnen de waarderingsgrondslagen verschillen tussen enerzijds V&V instellingen en anderzijds BTH en HCH. Dit zorgt ervoor dat de rentabiliteitscijfers van V&V instellingen en BTH en HCH niet één op één vergelijkbaar zijn.

Berenschot

Figuur 8



Opmerking

- We constateren dat er HCH en BTH zijn die een vriendenstichting of steunfonds hebben. Concreet betekent dit dat giften en donaties die aan de zorgaanbieder gedaan worden, naar deze vriendenstichting gaat. Het komt voor dat de steunfondsen/vriendenstichtingen van deze organisaties een negatief resultaat aanvullen tot een neutraal saldo. Dit is in veel gevallen niet terug te vinden op de jaarrekening. Bij de verwerking zijn wij uitgegaan van de verslaglegging door de organisatie. Boven genoemde aanvullingen worden hierbij meestal niet als opbrengsten van een BTH of HCH aangemerkt. Dit heeft als gevolg dat een erg ongunstige rentabiliteit in een jaar geen afname van het eigen vermogen met zich meebrengt.

4. Kwetsbaarheid

Voor een complete kwantitatieve analyse hebben we gemeend dat de drie bovenstaande indicatoren een onvoldoende beeld geven van de situatie. De aard van de inkomsten van met name BTH en HCH maakt het waardevol te kijken naar de kwetsbaarheid van de organisaties in de sector. Relatief veel van hun financieringsbronnen blijken niet structureel te zijn. Een beeld van de huidige situatie door de drie andere indicatoren geeft in deze sector bevestigend minder zekerheid over de toekomst dan in andere sectoren. Hier komt bij dat de toepassing van conventionele financiële indicatoren ter beoordeling van de liquiditeit en solvabiliteit op de BTH en HCH slechts geringe betekenis heeft. Aan de hand van de volgende ratio's geven wij een beeld van de kwetsbaarheid:

- Continuïteit baten;
- Dekking overheid.

Berenschot

De *continuïteit baten* (CB) geeft aan welk gedeelte van de inkomsten uit een structurele bron wordt gegenereerd. Hoe hoger de CB, hoe minder kwetsbaar de organisatie is.

Definitie:

$$\text{Continuïteit baten} = (\text{CVTMsubsidie} + \text{AWBZ} + \text{eigen bijdrage}) / \text{Omzet}$$

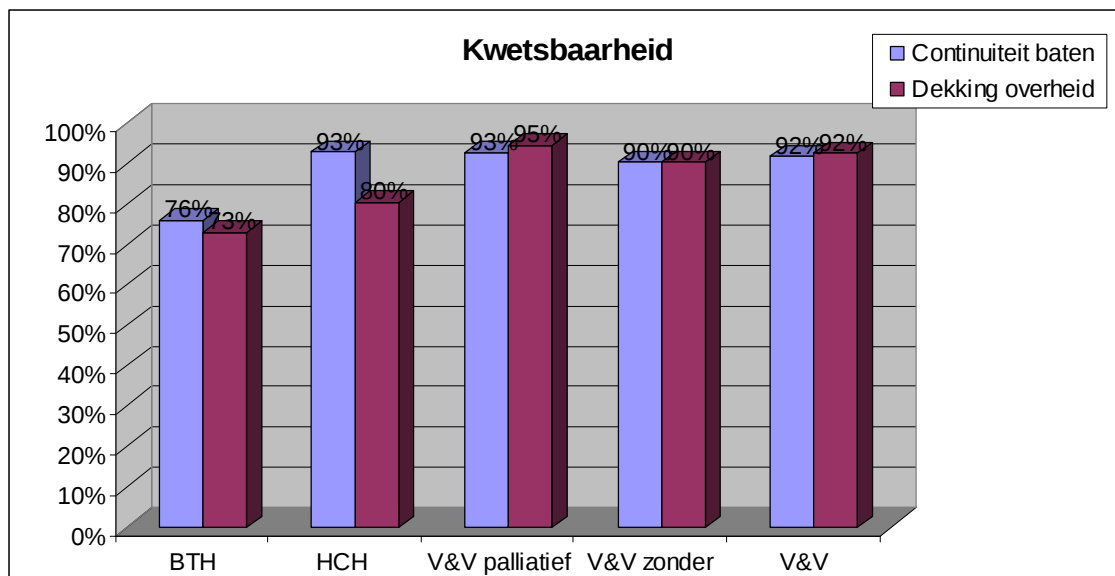
De *dekking overheid* (DO) is het gedeelte van de jaarlijkse lasten dat gedekt wordt door de overheid. Wij hebben hierbij het uitgangspunt gehanteerd dat hoe hoger de DO, hoe minder kwetsbaar de organisatie is.

Definitie:

$$\text{Dekking overheid} = (\text{CVTMsubsidie} + \text{AWBZ}) / \text{Totale lasten}$$

De uitkomsten van de toepassing van deze ratio's zijn weergegeven in figuur 9. HCH blijken kwetsbaarder te zijn dan V&V-instellingen, wat nog een stuk sterker geldt voor de BTH. Een norm voor de ratio's is niet voorhanden, maar uit de grafiek is af te leiden dat de financiering van de lasten van de V&V instellingen voor een beduidend groter gedeelte geschied door de overheid dan in het geval van de BTH en HCH.

Figuur 9



Opmerking

De 'overige opbrengsten' van V&V-instellingen zijn bij de berekening van de continuïteit baten aangemerkt als niet-structureel omdat de herkomst niet uit de jaarrekening af te leiden is. Omdat wij verwachten dat deze inkomsten structureler zijn dan de overige opbrengsten bij hospices, zal het verschil van deze ratio tussen BTH/HCH en V&V-instellingen in de praktijk nog groter zijn.

Berenschot

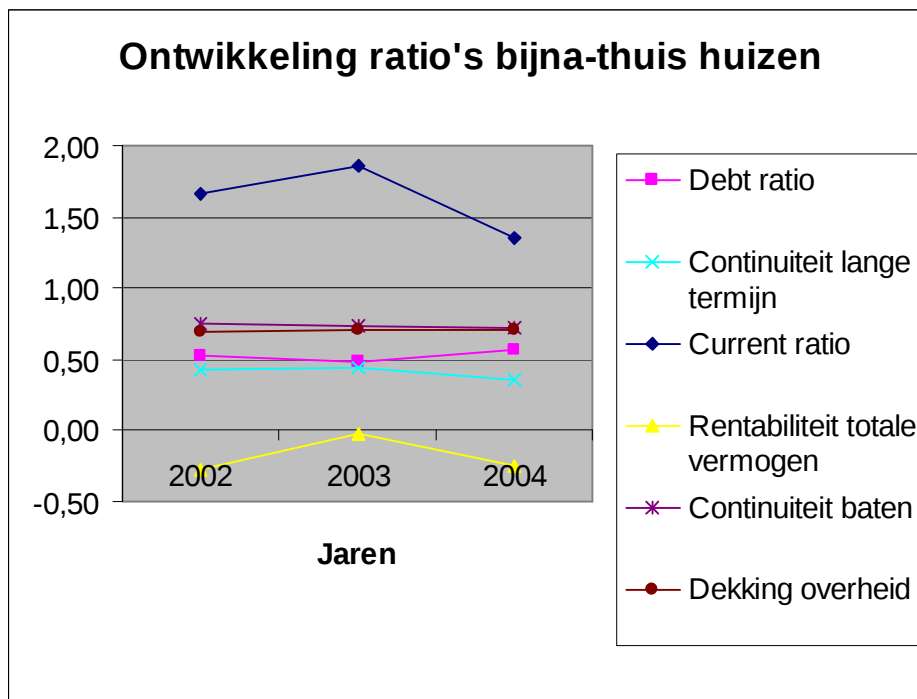
5. Ontwikkeling ratio's voor BTH en HCH

Ten behoeve van de financiële analyse van de bijna BTH en HCH hebben wij zowel de jaarrekeningen van 2002, 2003 als 2004 opgevraagd. Dit hebben wij gedaan om inzicht te verkrijgen in de ontwikkeling van de cijfers en mogelijk afwijkende jaren inzichtelijk te kunnen maken.

Figuur 10 geeft deze ontwikkeling voor BTH weer. Voor de current ratio geldt dat er in 2003 een stijging en in 2004 een daling is waar te nemen. Over het geheel genomen verslechtert de current ratio over de onderzochte periode. De rentabiliteit heeft een hogere waarde in 2003 ten opzichte van 2002. In 2004 verslechtert de positie weer en over het geheel blijft de RTV negatief. De waarde van de andere ratio's blijkt redelijk constant over de periode.

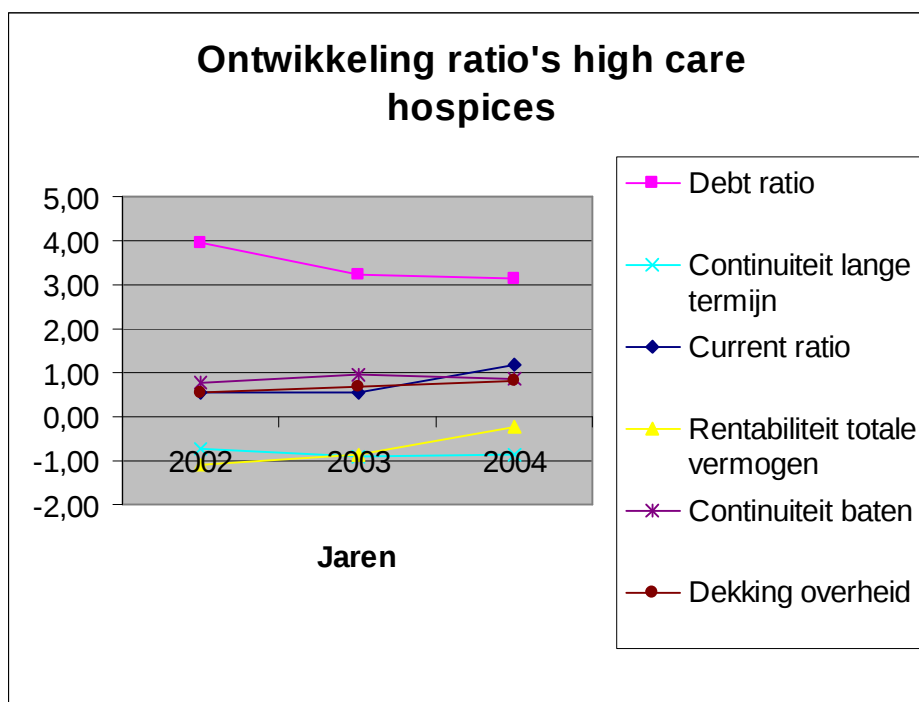
Figuur 11 geeft de ontwikkeling van de ratio's voor HCH weer. De continuïteit op lange termijn, de continuïteit van de baten en de dekking overheid blijven over de drie jaren nagenoeg gelijk. De debt ratio daalt licht en de overige twee ratio's stijgen licht. Hiervan kunnen we voorzichtig zeggen dat de ontwikkeling enigszins de goede kant uit gaat. Echter als dit tempo aanhoudt zal de kentering voor veel high care hospices waarschijnlijk te laat komen.

Figuur 10



Berenschot

Figuur II



Opmerkingen

- Veel BTH en HCH blijken de jaarrekeningen van de afgelopen drie jaar niet te kunnen aanleveren, omdat deze nog niet zo lang bestaan.
- De ontwikkeling van de cijfers is op basis van drie jaren. Dit maakt de cijfers niet voldoende geschikt voor het signaleren van een trend.
- Voor de instellingen waar we de jaarrekeningen over drie jaren hebben ontvangen, hebben we de ontwikkeling uitgezet. De ratio's in de ontwikkeling zijn hierdoor gebaseerd op een kleiner aantal waarnemingen dan de ratio's uit de paragrafen ervoor.

6. Conclusies

Deze kwantitatieve analyse leidt tot de volgende conclusies. Wat betreft de V&V instellingen komt er voor alle vier de indicatoren een eenduidig beeld uit. De V&V instellingen met palliatieve unit blijken niet negatiever te scoren dan de andere V&V instellingen. Wat betreft de V&V instellingen is er dus op basis van deze ratio's geen reden om aan te nemen dat het slechter gaat met instellingen die palliatieve zorg aanbieden vergeleken met de instellingen die geen palliatieve zorg aanbieden. Dit laat onverlet dat het nog steeds mogelijk is dat de palliatieve unit van een instelling per saldo verlies draait (welke met andere werkzaamheden wordt opgevangen).

Voor de HCH blijkt dat er sprake is van financiële moeilijkheden. Dit is te concluderen op basis van een slechte rentabiliteitspositie en hoge kwetsbaarheid. De liquiditeit ziet er goed uit en de solvabiliteit slecht.

Berenschot

Vanwege hun geringere belang wordt hier nu niet verder op ingegaan. De slechte rentabiliteitspositie heeft tot gevolg dat er geen reserves voor de toekomst opgebouwd kunnen worden. In dit geval is er sprake van een negatief ratio en worden ze zelfs afgebouwd. Reserves zijn noodzakelijk om incidentele verliezen op te vangen. Bij aanhoudende verliezen komt het voortbestaan van de organisatie ernstig in gevaar. Tevens blijkt dat high care hospices financieel kwetsbaarder zijn dan V&V-instellingen.

De BTH kampen op basis van hun ratio's ook met financiële problemen. De liquiditeit en solvabiliteit zien er goed uit, maar hebben gezien het informele karakter van hun activiteiten een nog geringere betekenis dan bij HCH. De rentabiliteit ziet er slecht uit, want ook hier is sprake van een negatief ratio. Hiernaast blijken ook de BTH financieel kwetsbaar te zijn. Doordat er relatief hoge onzekerheid is dat de kosten van BTH structureel gedekt worden, is de continuïteit minder gegarandeerd.

7. Algemene opmerkingen

Hier willen we nog enkele opmerkingen plaatsen die belangrijk zijn bij het interpreteren van de resultaten.

- Voor BTH en HCH geldt dat bijzondere omstandigheden zoals eigen inbreng van huisvesting of extra coördinatie-uren op vrijwillige basis niet in alle gevallen transparant zijn in de jaarrekening. Tevens gelden soms restricties ten aanzien van aanwending van fondsen, subsidies en giften. Een ander onderscheid is dat sommigen hiervan eenmalig zijn en anderen weer niet. Deze aspecten zijn erg belangrijk voor de financiële positie van deze organisaties, maar niet terug te vinden in de jaarrekeningen.
- Gegeven het feit dat BTH en HCH een relatief jonge sector vormen, dient opgemerkt te worden dat binnen de onderzochte sector vooralsnog geen uniforme accounting-beginselen (zoals waarderingsgrondslagen) gelden. In de analyse is getracht hiermee zoveel als mogelijk rekening te houden. Een voorbeeld hiervan is de ontwikkeling van de indicator kwetsbaarheid, die niet voorkomt in veelgebruikte financiële analyses in andere sectoren.
- Binnen de V&V-instellingen is de productie aan palliatieve zorg erg klein vergeleken met de productie overige zorg. Vrijwel altijd zijn deze huizen ook nog onderdeel van een koepel, die soms tot wel 20 verschillende locaties onder zich heeft. Hierdoor is de invloed van de palliatieve zorg op de jaarrekening zeer gering. Dit betekent dat verschillen tussen V&V-instellingen zonder- en met een palliatieve unit niet zomaar toe te wijzen zijn aan het bestaan van deze unit.

BIJLAGE 4

OVERZICHT BEREKENDE RATIO'S PER CATEGORIE INSTELLING

BIJLAGE 4: OVERZICHT BEREKENDE RATIO'S PER CATEGORIE INSTELLING

Figuur 12

Financiële indicatoren

1. Liquiditeit

Current ratio (CurrR) *Vlottende Activa/ Vlottende Passiva*

BTH	HCH	V&V palliatief	V&V zonder	V&V	AWBZ Totaal
1,80	1,30	0,79	0,66	0,69	0,87

GGZ	GHZ	TZ
0,55	0,75	1,34

2. Solvabiliteit

Debt ratio (DebtR) *Vreemd Vermogen/Totale Vermogen*

Continuïteit langere termijn (CLT) *Eigen Vermogen/Totale Lasten*

	BTH	HCH	V&V palliatief	V&V zonder	V&V	AWBZ Totaal
Debt ratio (DebtR)	56%	187%	83%	90%	88%	80%
Continuïteit langere termijn (CLT)	0,55	-0,22	0,13	0,10	0,10	0,12

	GGZ	GHZ	TZ
Debt ratio (DebtR)	84%	78%	73%
Continuïteit langere termijn (CLT)	0,10	0,16	0,12

3. Rentabiliteit

Rentabiliteit Totale Vermogen (RTV) *Resultaat/Totale Vermogen*

	BTH	HCH	V&V palliatief	V&V zonder	V&V	AWBZ Totaal
Rentabiliteit Totale Vermogen (RTV)	-24%	-29,6%	4,4%	1,9%	2,6%	5,0%

	GGZ	GHZ	TZ
Rentabiliteit Totale Vermogen (RTV)	5,4%	7,8%	2,0%

4. Kwetsbaarheid

Continuïteit Baten (CB) *(CVTM subsidie + AWBZ + eigen bijdrage)/omzet*

Dekking overheid (DO) *(CVTM subsidie + AWBZ)/Totale Lasten*

	BTH	HCH	V&V palliatief	V&V zonder	V&V	AWBZ Totaal
Continuïteit Baten (CB)	76%	93%	93%	90%	92%	
Dekking overheid (DO)	73%	80%	95%	90%	92%	

n onderzoek = 17 7 11 13 24

n Nederland = 61 14 105

(bron: website Agora en Associatie Zelfstandige High-Care Hospices)

Toelichting

- CurrR geeft aan of de onderneming op tijd kan voldoen aan haar kortlopende verplichtingen. *Hoe hoger de CurrR, hoe gunstiger het is voor de liquiditeitspositie.*
- DebtR is het gedeelte van het vermogen dat geleend is van derden. *Hoe lager de DebtR, hoe gunstiger het is voor de solvabiliteitspositie.*
CLT geeft aan in hoeverre de totale lasten in een jaar kunnen worden opgevangen door het eigen vermogen. *Hoe hoger de CLT, hoe gunstiger het is voor de solvabiliteitspositie.*
- RTV laat zien wat de beloning is voor alle vermogenverschaffers van de onderneming. *Hoe hoger de RTV hoe gunstiger het is voor de rentabiliteitspositie.*
- CB geeft aan welk gedeelte van de inkomsten uit een structurele bron wordt gegenereerd. *Hoe hoger de CB, hoe minder kwetsbaar de organisatie is.*
DO is het gedeelte van de jaarlijkse lasten dat gedekt wordt door de overheid. *Hoe hoger de DO, hoe minder kwetsbaar de organisatie is.*

BIJLAGE 5 VRAGENLIJST ENQUÊTE PALLIATIEVE ZORG

Berenschot

BIJLAGE 5: VRAGENLIJST ENQUÊTE PALLIATIEVE ZORG

Instructies vooraf

Aan de organisatorisch en/of financieel verantwoordelijke van de instelling cq. palliatieve unit:

1. Alle vragen hebben uitsluitend betrekking op de palliatief terminale zorg, tenzij nadrukkelijk anders vermeld.
2. Uitdrukkelijk vermelden wij dat de gegevens uit de enquête door ons anoniem verwerkt zullen worden.
3. De vragen waarin gevraagd wordt naar kengetallen, hebben betrekking op 2004, tenzij nadrukkelijk anders vermeld.
4. Wij zullen in de enquête de term instelling gebruiken om uw organisatie aan te duiden; het kan hierbij zowel gaan om een verpleeg- of verzorgingshuis (samen ook wel V&V instelling genoemd), high care hospice of bijna-thuis-huis.
5. Het is handig om het jaarverslag en de jaarrekening van 2004 en, indien mogelijk 2005, bij de hand te hebben.
6. We refereren hierbij ook aan de brief van VWS die u eerder per email heeft ontvangen.

Het invullen van de vragenlijst duurt 20 à 30 minuten, afhankelijk van uw situatie.

U heeft TOT UITERLIJK 27 MAART de tijd om deze vragenlijst in te vullen.

Een aantal vragen heeft de vorm van multiple-choice vragen. U geeft antwoord door het hokje aan te klikken dat u het meest van toepassing acht. Bij veel andere vragen zal worden gevraagd naar een bedrag. Hier graag het bedrag in hele euro's invullen. Bij enkele vragen heeft u de mogelijkheid om commentaar of een toelichting te geven op uw antwoorden. De daarvoor bestemde ruimte is dan duidelijk aangegeven.

De meeste vragen zijn verplicht gesteld. Dat wil zeggen dat u de vragen persé moet invullen (u moet dus altijd een antwoord aanklikken) voordat u verder kunt met de vragenlijst.

U kunt tussentijds stoppen met het invullen van de enquête. De tot op dat moment ingevulde antwoorden blijven dan gewoon bewaard. U kunt op ieder gewenst tijdstip het invullen van de vragenlijst hervatten.

Tot slot: uw gegevens zijn van groot belang om tot een goede analyse te komen. Daarom stellen we het zeer op prijs als u wilt meewerken!

Berenschot

A. Algemene vragen

Vraag	C/K/O ¹⁷	Keuzemogelijkheden	Toelich-ting
1a. Naam van de instelling	O		
1b. Postcode van de instelling	O		
2. Hoe zou u uw eigen instelling kenmerken?	K	• Bijna thuis huis • High care hospice • Kinder hospice • Palliatieve unit bij een verpleeghuis • Palliatieve unit bij een verzorgingshuis of woonzorgcentrum • Anders, namelijk • Kleine plaats (<25.000 inwoners): • Middelgrote stad (20.000 – 100.000 inwoners): • Grote stad (meer dan 100.000 inwoners): • Kleine plaats behorende bij grote(re) gemeente: (voorbeeld: gemeente Vleuten als onderdeel van de gemeente Utrecht)	
3. In wat voor gemeente is uw instelling gehuisvest?			
4a. In welk jaar is uw instelling open gegaan voor cliënten? (INDIEN U PAS IN 2005/2006 OPEN BENT GEGAAN WILLEN WIJ U HIERBIJ BEDANKEN EN KUNT U DE ENQUETE AFSLUITEN!!)	C	Openingsjaar:	
4b. Als uw instelling is opgericht in 2004, hoeveel maanden is het in 2004 in totaal operationeel geweest?	C	• Aantal maanden operationeel:	

¹⁷ Cijfer, Keuzemogelijkheid of Open vraag

Berenschot

B. Aard van de instelling

Vraag	C/K/O ¹⁸	Keuzemogelijkheden	Toelichting
5. Aantal bedden/ plaatsen op 31 december 2004	C	a. Aantal bedden (plaatsen) palliatieve zorg: b. Aantal bedden (plaatsen) op de locatie: c. Aantal bedden (plaatsen) totale organisatie (zorggroep):	N.B. Voor een zelfstandig bijna-thuis-huis of high-care-hospice zijn alle drie de typen waarschijnlijk gelijk aan elkaar.
6. Aantal cliënten (palliatieve zorg) in 2004	C		
7a. Bedbezetting (palliatieve zorg) in 2004	C	• 2004: • 2005:	
7b. Bij welk percentage bedbezetting (palliatieve zorg) is er voor uw organisatie/ unit sprake van onderbezetting?	C		
7c. Hoe ging u in 2004 om met periodes van onderbezetting?	K	• Geen actie • Anders, namelijk... • Niet van toepassing	
8a. Hoeveel cliënten stonden er bij benadering gemiddeld in 2004 op de wachtlijst voor palliatieve zorg?	C		Op de wachtlijst kunnen ook mensen staan die uit voorzorg zich alvast bij u hebben aangemeld.
8b. Hoeveel cliënten heeft u in 2004 bij benadering moeten doorverwijzen omdat u geen plaats had?	C		

¹⁸ Cijfer, Keuzemogelijkheid of Open vraag

C. Personeel en vrijwilligers

Vraag	C/K/O ¹⁹	Keuzemogelijkheden		Toelichting
9a. Aantal fte in dienst voor palliatieve zorg in 2004	C	<i>Totaal beschikbaar voor palliatief terminale zorg in uw instelling/palliatieve unit:</i> • fte verpleegkundigen voor palliatieve zorg; • fte verzorgenden/ ziekenverzorger voor palliatieve zorg; • fte (para)medici voor palliatieve zorg; • fte coördinatoren (betaald) voor palliatieve zorg; • Overig voor palliatieve zorg;	<i>Waarvan in vaste dienst op de instelling of palliatieve unit:</i> • fte verpleegkundigenvast voor palliatieve zorg; • fte verzorgenden/ ziekenverzorger vast voor palliatieve zorg; • fte (para)medici vast voor palliatieve zorg; • fte coördinatoren (betaald) vast voor palliatieve zorg; • Overig vast voor palliatieve zorg;	Let op: voor V&V instellingen gaat het hier niet om het totaal aan fte in de instelling maar alleen om het aantal dat beschikbaar is voor palliatief terminale zorg Bij vast inzetbaar vragen we naar het aantal fte wat ingezet wordt op de unit. In <i>totaal</i> kunnen er meer fte's beschikbaar zijn, omdat een deel van de bezetting flexibel (variabel) ingezet kan worden, bijvoorbeeld omdat: • Ze een o-uren contract hebben; • Ingezet kunnen worden op andere afdelingen van de instelling; • Van buitenaf/ extern komen. fte is de afkorting voor de Engelse uitdrukking Full Time Equivalent, het aantal werknemers omgerekend naar werknemers die een volledige werkweek werken. 4 medewerkers die elk 2 dagen per week werken zijn samen 1.6 fte.
9b. Financiering personeel dat vast in dienst is	K	Uit welke bron wordt uw personeel dat vast in dienst is, betaald: • Verpleegkundigen; • Verzorgenden/ ziekenverzorger; • (Para)medici;	<i>Betaald uit (meerdere keuzes mogelijk, s.v.p. aangeven in percentages):</i> • AWBZ • Declaratie via een wel erkende AWBZ instelling (bijvoorbeeld	Voor elke categorie personeel kunt u aangeven uit welke bron ze betaald worden. Het is mogelijk dat één categorie uit meerdere bronnen betaald wordt. Voorbeeld: een coördinator vrijwilligers die zowel uit CVTM gelden als uit eigen middelen betaald wordt.

¹⁹ Cijfer, Keuzemogelijkheid of Open vraag

Berenschot

Vraag	C/K/O ¹⁹	Keuzemogelijkheden	Toelichting
		• Coördinatoren: thuiszorg) • Overig: • CVTM • Zorgverzekering • Eigen middelen • Anders, name-lijk... • Niet van toepas-sing	
9c. Aantal vrijwilligers voor palliatieve zorg in 2004 (incl. vrijwillige coördinatoren)	C	Aantal vrijwilligers 2004:	
10. Hoe bood u de verpleegkundige zorg aan in 2004?	K	• Zelf in dienst • Door de thuiszorg • Door ander verpleeg- en verzorgingshuis • Anders, namelijk.....	
11a. Wie is er tijdens de nacht (11 tot 7 uur) aanwezig?	K	Meerdere antwoorden zijn mogelijk: • Vrijwilligers • Verzorgenden (betaald) • Verpleegkundigen (betaald)	
11b. Is de nachtzorg kostendekkend?	K	• Ja • Nee • Weet ik niet, wordt door andere organisatie (thuiszorg) geregeld	
11c. Zo nee, waarom niet?	O		
11d. Sluit de indicatie voor de nachtzorg en de te leveren nachtzorg op elkaar aan?	K	• Ja • Nee • Weet ik niet, wordt door andere organisatie (thuiszorg) geregeld	
11 e. Zo nee, waarom niet?	O		

Berenschot

DI. Financiering algemeen

Vraag	C/K/ O ²⁰	Keuzemogelijkheden	Toelichting
12. Met welk zorgkantoor heeft uw organisatie (of de thuiszorg organisatie die de zorg levert) te maken?	O		
13. Heeft uw organisatie (in het kader van de AWBZ) een toelating voor het leveren van:	K	• Extramurale zorg • Intramurale zorg: – Behandeling – Verblijf • Beiden (intramuraal én extramuraal) • Geen toelating	
14a. Wat waren de <i>totale</i> opbrengsten (baten of omzet) van uw instelling of, (indien van toepassing) de organisatie waar uw instelling deel uitmaakt in 2004?	C	Opbrengsten/ baten 2004:	We vragen hier naar de baten of opbrengsten van de <i>totale</i> organisatie. Dus als uw instelling onderdeel is van een zorggroep, zijn wij geïnteresseerd in de omzet van de totale zorggroep.
14b. Wat was het <i>totale</i> resultaat (tekort of overschot) van uw instelling, of de organisatie waar uw instelling deel van uitmaakt in 2004?	C	Resultaat 2004:	Resultaat wordt gedefinieerd als: alle opbrengsten over een jaar minus de kosten die gemaakt zijn.
14c. Wat was het <i>totale</i> vermogen op de balans in 2004?	C	Vermogen 2004:	Vermogen wordt gedefinieerd als: de som van de vaste en vlottende activa op de balans (=eigen vermogen + vreemd vermogen).
15. Wat waren de inkomsten uit de AWBZ specifiek voor de palliatief terminale zorgverlening (volgens de beleidsregels van het CTG)?	C	AWBZ inkomsten 2004:	NB voor verpleeg- en verzorgingshuizen gaat het hier om de reguliere AWBZ vergoeding plus de toeslag palliatieve zorg voor de palliatieve unit. Voor bijna-thuis-huizen en high care hospices gaat het om de alle AWBZ inkomsten van de totale instelling.
16a. Wat waren de CVTM inkomsten in 2004?	C	CVTM inkomsten 2004:	Sommige instellingen krijgen een eigen projectsubsidie in het kader van de CVTM regeling. Anderen zijn betrokken in een breder CVTM project, lokaal of regionaal. Voor beide situa-

²⁰ Cijfer, Keuzemogelijkheid of Open vraag

Berenschot

Vraag	C/K/ O ²⁰	Keuzemogelijkheden	Toelichting
			ties zijn wij geïnteresseerd in de inkomsten van uw organisatie in het kader van de CVTM regeling.
16b. Heeft uw organisatie gebruik gemaakt van de wachtlijstgelden die in 2003/4 aan de CVTM regeling zijn toegevoegd?	K	- Ja - Nee	
17a. Welk bedrag werd door een eventuele vriendenstichting (ook wel vriendenkring of steunfonds genoemd) in 2004 afgedragen aan uw instelling?	K	- Bedrag: - Niet bekend - Niet van toepassing: geen vriendenstichting	
17b. Welke giften heeft u van uw vriendenstichting of steunfonds in natura ontvangen in 2004 (bijvoorbeeld bedden, servies etc)?	O		
18a. Wat waren de totale inkomsten uit giften, fondsen, subsidies, donaties e.d. in 2004 en 2005 voor uw palliatieve organisatie/unit?	C	2004: 2005:	We vragen hier niet naar de giften e.d. die worden ondergebracht bij de vriendenstichting/ het steunfonds, maar naar de giften e.d. die terug komen op uw jaarrekening
18b. Wat is het percentage aan giften dat bij benadering voor de exploitatie kon worden aangewend in 2004?	C	2004: 2005:	Sommige giften kunnen alleen voor specifieke projecten aangewend worden. U kunt hierbij denken aan giften van sommige fondsen en subsidies van gemeenten. Wij zijn geïnteresseerd in het percentage van de giften wat u vrijelijk kunt besteden, dus bijvoorbeeld aan de exploitatie.
19a. Wat zijn overige inkomstenbronnen voor uw instelling?	O		We zijn benieuwd of uw instelling naast AWBZ en CVTM gelden, giften/ fondsen/ subsidies en eigen bijdragen van cliënten (hierover volgen vragen bij D3) nog andere inkomstenbronnen heeft; zo ja, welke?
19b. Zo ja, hoeveel hebben de overige inkomsten in 2004 opgeleverd?		Overige inkomsten 2004:	

Berenschot

D2. Financiering V&V instellingen

Hieronder volgen een aantal vragen die zich specifiek richten op de financiering van verpleeg- en verzorgingshuizen.

Vraag	C/K/O ²¹	Keuzemogelijkheden	Toelichting
20. Komt uw organisatie uit met de extra toeslag voor palliatieve cliënten (inclusief de vergoeding voor de basiszorg)?	K	• Ja • Nee	
21a. Hebt u inzicht in de kosten en opbrengsten van uw palliatieve unit?	K	• Ja • Nee	
21b. Zo ja, wat was het resultaat van uw palliatieve unit in 2004?	C		Resultaat wordt gedefinieerd als: alle opbrengsten over een jaar minus de kosten die gemaakt zijn. Bij kosten bedoelen we alle kosten voor het leveren van de zorg, exclusief de kapitaallasten. Het gaat dus om de kosten voor verpleging, verzorging, maaltijden, de hofelfunctie, etc.

²¹ Cijfer, Keuzemogelijkheid of Open vraag

D3. Financiering high care hospices en bijna-thuis-huizen

Hieronder volgen een aantal vragen die zich specifiek richten op de financiering van high care hospices en bijna-thuis-huizen.

Vraag	C/K/ O ²²	Keuzemogelijkhe- den	Toelichting
22a. Wordt aan de cliënten een eigen bijdrage/ eigen betaling gevraagd?	K	• Ja • Nee	We bedoelen hiermee de eigen betaling van cliënten, <i>naast</i> de AWBZ bijdrage. Deze eigen betaling is bijvoorbeeld bedoeld voor het dekken van voedingskosten.
22b. Zo ja, wat is de (gemiddelde) hoogte van de eigen bijdrage van cliënten per dag?	C		
22c. Wat waren de totale inkomsten uit eigen bijdragen van cliënten in 2004?	C		
23a. Zit uw organisatie de afgelopen 3 jaar in de rode cijfers?	K	• Ja, één jaar in de rode cijfers • Ja, twee jaar in de rode cijfers • Ja, drie jaar in de rode cijfers • Nee	
23b. Zo ja, wat zijn volgens u de oorzaken van eventuele financiële moeilijkheden?	O		
23c. Wat voor strategie of oplossingen heeft uw organisatie om uit deze probleemsituatie te komen?	O		

²² Cijfer, Keuzemogelijkheid of Open vraag

Berenschot

E. Huisvesting

Vraag	C/K/O ²³	Keuzemogelijkheden	Toelichting
24. Wat was de eigendoms- vorm van uw huisvesting in 2004?	K	- Eigendom - Huur - Bruikleen - Anders, name- lijk.....	
25. Hoe hoog zijn uw huisves- tingslasten in 2004? (Huis- vestingslasten omvatten de integrale lasten, dus inclusief gas, licht, onderhoud, huur/ hypotheek, etc.)	C	Huisvestingslas- ten 2004:	
26a. Hoe bekostigde u de huisvesting in 2004?		- Via AWBZ gel- den: ... - Via giften:... - Anders, name- lijk.....	Meerdere antwoorden zijn mogelijk, s.v.p. indien mogelijk een percenta- ge aangeven.
26b. Maakt u in 2006 ge- bruik van de regeling klein- schalig wonen (Wtzi)?	K	- Ja - Nee	
27a. Heeft u een speciale re- geling met een andere organi- satie voor de huisvesting?	K	- Ja - Nee	Sommige instellingen, bijvoorbeeld bijna thuis huizen, hebben een spe- ciale regeling met een andere orga- nisatie. Hierdoor zijn de huisves- tingslasten relatief beperkt
27b. Zo ja, wat houdt deze in?	O		
27c. Tot wanneer loopt deze overeenkomst?	K	- Oneindig - Tot - N.v.t.	Deze speciale regeling kent vaak wel een bepaalde einddatum.
28d. Hoe is de situatie daarna geregeld?	O		We zijn bij deze vraag geïnteres- seerd hoe u de stijging van de huis- vestingslasten na afloop van de spe- ciale overeenkomst op wilt gaan los- sen.

²³ Cijfer, Keuzemogelijkheid of Open vraag

Berenschot

F. Indicatie (voor instellingen met verplegend/ verzorgend personeel in dienst)

Deze vragen richten zich op verpleeghuizen, verzorgingshuizen en high care hospices.

Vraag	C/K/ O ²⁴	Keuzemogelijkheden	Toelichting
29a. Wat is het meest voorkomende type indicatie van het CIZ in 2004 c.q. vóór de invoering van de nieuwe richtlijn? En kunt u vervolgens bij deze indicatie aangeven om welke klasse het gaat? (meerdere antwoorden mogelijk)	K	- HV, klasse... - PV, klasse.... - OB, klasse... - VP, klasse... - VB, klasse... - BH, klasse... - Niet van toepassing (geen verpleegkundig of verzorgend personeel in dienst c.q. verloopt via de thuiszorg)	De afkortingen staan voor: - HV: Huishoudelijke verzorging - PV: persoonlijke verzorging - OB: ondersteunende begeleiding - VP: verpleging - VB: verblijf - BH: behandeling
29b. Is dit beeld veranderd na de invoering van de richtlijn?	O		
30a. Bij hoeveel procent van de cliënten komen de door u geleverde zorg en de indicatie van het CIZ met elkaar overeen?	C	- Percentage van de cliënten waarbij de indicatie aansluit op de geleverde zorg: - Percentage van de cliënten waarbij meer zorg geleverd wordt dan de indicatie: - Percentage van de cliënten waarbij minder zorg geleverd wordt dan de indicatie: - Niet bekend	
30b. Als de indicatie niet aansluit, waardoor komt dit?	O		
31. Welk percentage van de cliënten heeft (bij benadering) een herindicatie nodig voor en na invoering van de nieuwe CIZ richtlijn?	C	- Percentage vóór invoering nieuwe CIZ richtlijn: - Percentage na invoering nieuwe CIZ richtlijn:	Als het CIZ in uw regio (nog) niet werkt met de nieuwe richtlijn, hoeft u hier alleen maar het percentage voor invoer-

²⁴ Cijfer, Keuzemogelijkheid of Open vraag

Berenschot

Vraag	C/K/ O ²⁴	Keuzemogelijkheden	Toelichting
32. Welk bedbezettingspercentage heeft u (bij benadering) minimaal nodig om uw verpleegkundig en verzorgend personeel kostendekkend in te kunnen zetten?		- Minimaal benodigd bedbezettingspercentage: - Weet niet	ring aan te geven.
33. Hoeveel uur zorg (geleverd door verpleegkundigen en verzorgenden) levert u bij benadering gemiddeld per week aan een palliatief terminale cliënt?		- Uren per zorg per week per cliënt: - Weet niet	

G. Overige vragen

Vraag	C/K/ O ²⁵	Keuzemogelijkheden	Toelichting
34a. Geeft u toestemming aan Berenschot om uw antwoorden aan het Nivel bekend te maken?	K	- Ja - Nee	
34b. Heeft u in 2005 meegedaan aan het Nivel onderzoek over 2004?	K	- Ja - Nee	
34c. Zo ja, geeft u het Nivel toestemming om uw antwoorden van destijds bekend te maken aan Berenschot?	K	- Ja - Nee - Niet van toepassing	Berenschot en Nivel hebben de vragen op elkaar afgestemd. Bepaalde vragen uit het Nivel onderzoek zijn daarom niet in dit Berenschot onderzoek meegenomen.
35. Heeft u verder nog opmerkingen?	O		

²⁵ Cijfer, Keuzemogelijkheid of Open vraag

Berenschot

Afsluiting

Dit is het einde van de vragenlijst. Hartelijk dank voor uw medewerking!

In aanvulling op deze enquête vindt een analyse van de jaarrekeningen over de jaren 2002, 2003 en 2004 plaats. Zo mogelijk ontvangen wij graag uw jaarrekeningen over deze jaren. Indien u de jaarrekeningen eind vorig jaar of begin dit jaar al aan ons hebt toegezonden, hoeft u ze niet nogmaals toe te sturen. De jaarrekeningen kunnen worden opgestuurd naar:

Mevrouw A.C. Elias

Postbus 8039

3503 RA Utrecht

Druk nu op de knop 'Enquête afsluiten'

BIJLAGE 6 REKENVOORBEELD BEDRIJFSVOERING HCH

Berenschot

BIJLAGE 6: REKENVOORBEELD BEDRIJFSVOERING HCH

Wat betekenen factoren als bedbezetting, het aantal V&V personeelsleden wat tegelijkertijd wordt ingezet en de hoogte van de indicatie voor de bedrijfsvoering van een HCH? Om hier antwoord op te krijgen, hebben wij een rekenexercitie uitgevoerd in de volgende vier stappen:

1. We berekenen eerst het uurtarief voor een verpleegkundige en verzorgende, zowel voor het dagtarief (7 uur 's ochtends tot 11 uur 's avonds) als het nacht/weekend tarief.
2. Vervolgens berekenen we het aantal beschikbare uren per dag en in de nacht/weekend.
3. Als derde stap gaan we uitrekenen wat de totale *kosten* van een HCH op jaarbasis zijn bij een bepaalde bezetting van het verpleegkundig en verzorgend personeel.
4. Bij stap 4 kijken we naar de *opbrengsten* van een HCH. Drie belangrijke factoren voor de opbrengsten van een HCH zijn: het aantal bedden, het bedbezettingspercentage en de CIZ indicatie. In het rekenvoorbeeld geven we voor een bepaald aantal bedden aan welk bedbezettingspercentage minimaal nodig is bij een bepaalde CIZ indicatie om quitte te kunnen draaien.

Stap 1. Berekening uurtarief verpleegkundige en verzorgende

We berekenen eerst het uurtarief (de kostprijs) van een verpleegkundige en een verzorgende, zie onderstaande tabel.

Tabel 31. Berekening personeelskosten per uur (verpleegkundige/ verzorgende)

Berekening personeelskosten per uur	Bedrag
Gem. niveau 3 salaris dag (per jaar)	€ 31.088,03
Gem. niveau 3 salaris nacht en weekend (per jaar)	€ 43.523,24
Aantal uren netto beschikbaar per fte (per jaar)	1310
Kostprijs niveau 3 dag (per uur)	€ 23,73
Kostprijs niveau. 3 nacht (per uur)	€ 33,22
Gem. niveau 4 salaris dag (per jaar)	€ 42.666,91
Gem. niveau 4 salaris nacht en weekend (per jaar)	€ 59.733,68
Aantal uren netto beschikbaar per fte (per jaar)	1310
Kostprijs niveau. 4 dag (per uur)	€ 32,57
Kostprijs niveau. 4 nacht (per uur)	€ 45,60

In de tabel is te zien dat we rekening houden met de toeslagen voor de nacht (11 tot 7 uur) en de weekenden.

Berenschot

Stap 2. Aantal uren per dag/nacht + weekend

We hebben vervolgens uitgerekend hoeveel uren per week als dag worden beschouwd (7 tot 11 uur op werkdagen), en hoeveel als nacht en weekenden. Het resultaat is te zien in onderstaande tabel.

Tabel 32. Aantal uren dag en nacht+weekenden

	Totaal per week	Per jaar	Percentage van het totaal
Dag	55	2860	32,74%
Nacht en weekenden (ORT toeslag)	113	5876	67,26%
Totaal	168	8736	100,00%

Uit de tabel blijkt dat 67,26% van de uren in een jaar te maken heeft met de hogere kostprijs voor nacht+weekenden.

Stap 3. Totale kosten HCH

Bij stap 3 rekenen we uit wat de totale kosten van een HCH op jaarbasis zijn bij een bepaalde bezetting van het verpleegkundig en verzorgend personeel. We hebben hierbij in het belang van de eenvoud van deze rekenoefening (de kosten van) de coördinatoren, en de daarmee samenhangende (CVTM) opbrengsten, buiten beschouwing gelaten.

Om een zo realistisch mogelijk beeld te krijgen hebben we van 4 HCH die beschikten over meer gedetailleerde jaarrekeningen (over meerdere jaren) de drie belangrijkste kostenposten (kosten verplegend personeel etc., huisvesting en overige kosten) in hun jaarrekening gemiddeld. Deze gemiddelden en het aandeel van elke kostenpost in het totaal staat aangegeven in onderstaande tabel. De kostenposten huisvesting en overig hebben we tevens uitgedrukt als percentage van de kosten voor verplegend (etc.) personeel. Het belang hiervan wordt duidelijk in de volgende tabel.

Tabel 33. Gemiddeld bedrag kostenposten HCH

Kostenposten	Bedrag	Percentage	Als percentage van de personeelskosten
<i>Verpleging (etc.)</i>	€ 515.619,03	69,00%	
<i>Huisvesting</i>	€ 78.279,65	10,47%	15,18%
<i>Overig</i>	€ 153.413,06	20,53%	29,75%
Totaal kosten	€ 747.311,73	100,00%	

Berenschot

In onderstaande tabel staat een pro forma begroting van een HCH weergegeven. Zoals te zien is, gaan we uit van de volgende aanname:

- Er is gedurende de dag (7 tot 11 uur) een verzorgende beschikbaar.
- Er is tevens 24 uur per dag, 7 dagen per week een verpleegkundige aanwezig. Dit geven we in onderstaande tabel aan met “fte tegelijkertijd =1”. Hiermee bedoelen we het aantal fte dat continu aanwezig is in de instelling. Dat is meer dan het aantal fte dat in dienst is van de instelling. Om 1 fte continu aanwezig te hebben in de instelling, moeten in onze berekening 6,7 fte in dienst zijn van de instelling. Dit is als volgt uit te rekenen. Bij stap 1 is te zien dat we per fte uitgaan van 1310 productieve zorguren per jaar, bij stap 2 is te zien dat we uitgaan 8736 beschikbare uren per jaar. 8736 uren gedeeld door 1310 uren beschikbaar per fte per jaar levert 6,7 benodigde fte op.

Tabel 34. Pro forma begroting HCH

Kostenposten HCH	Berekening	Kosten per jaar
<i>Berekening personeelskosten per jaar:</i>	<i>fte tegelijkertijd</i>	
- Verzorging dag (niveau 3)	1	€ 67.871,57
- Verzorging nacht en weekend (niveau 3)	0	€ 0,00
- Verpleging dag (niveau 4)	1	€ 93.150,66
- Verpleging nacht en weekend (niveau 4)	1	€ 267.935,18
Subtotaal personeelskosten		€ 428.957,41
- Huisvestingskosten (als % van de pers. kosten)	15,18%	€ 65.115,74
- Overige kosten (als % van de pers. kosten)	29,75%	€ 127.614,83
Totale kosten per jaar van een HCH		€ 621.687,98

Stap 4. Welke bezetting is minimaal nodig bij een bepaalde CIZ indicatie?

Bij stap 4 kijken we naar de *opbrengsten* van een HCH. Drie belangrijke factoren voor de opbrengsten van een HCH zijn:

- Het aantal bedden.
- Het bedbezettingspercentage.
- De CIZ indicatie.

De laatste stap van deze rekenoefening is het beantwoorden van de vraag: welke bezetting is voor een HCH minimaal nodig om quitte te spelen bij een bepaalde dagprijs (op basis van de indicatie van het CIZ) en een gegeven aantal bedden? We gaan uit van de volgende voorbeelden qua dagprijs:

- Een hospice arrangement van 240,15 euro, zoals dat door een zorgkantoor wordt gehanteerd.

Berenschot

- Vanuit de nieuwe richtlijn palliatieve zorg van het CIZ. Zie de volgende bijlage voor een gedetailleerde beschrijving van deze nieuwe richtlijn. De opties die in deze richtlijn staan genoemd hebben we omgerekend naar een prijs per patiënt per dag:
 1. Alle zorgmomenten gedurende het hele etmaal; hier staan in de richtlijn twee opties genoemd, die omgerekend in een dagprijs neerkomen op € 274,30 en € 300,40.
 2. Alleen nachtzorg: € 353,60.
 3. Alle zorgmomenten gedurende 24 uur met aanwezigheid nacht (respijtzorg); er zijn hier een aantal mogelijkheden in de nieuwe richtlijn, die qua prijs per dag variëren tussen € 512,- en € 640,-.

We gaan verder uit van een aantal bedden van 7, dit is het gemiddeld aantal bedden wat voor een HCH uit de enquête kwam. Nu kunnen we gaan berekenen wat per CIZ dagprijs de benodigde bezetting is. Het resultaat staat aangegeven in onderstaande tabel.

Tabel 35. Dagtarieven en de benodigde bezetting (uitgaande van 1 verpleegkundige in de nacht en weekenden)

Alternatieven	Tarief per dag	Minimaal benodigd Bezettingspercentage
Hospice arrangement	€ 240,00	101,38%
Alle zorgmomenten gedurende het hele etmaal (optie 1)	€ 274,30	88,71%
Alle zorgmomenten gedurende het hele etmaal (optie 2)	€ 300,40	81,00%
Alleen nachtzorg	€ 353,60	68,81%
Respijtzorg (minimum tarief)	€ 512,00	47,52%
Respijtzorg (maximum tarief)	€ 640,00	38,02%

Bij deze berekening willen we de volgende kanttekeningen plaatsen:

- De berekening gaat er van uit dat alle aanwezige patiënten hetzelfde tarief krijgen. In de praktijk zal dit (waarschijnlijk) een mix zijn.
- De rekenoefening kan verder verfijnd worden door ook te kijken naar het aantal uren wat per verpleegkundige en verzorgende besteedbaar is en dit af te zetten tegen het aantal uren wat benodigd is vanuit de indicatie. Bij een dagtarief van € 640,- zullen waarschijnlijk meer zorguren nodig zijn dan de in ons rekenvoorbeeld gehanteerde inzet van verpleegkundigen en verzorgenden kan bieden. De inzet van personeel zal dus hoger worden, wat weer leidt tot een hoger bezettingspercentage dan 38,02%.

Berenschot

Om het effect te laten zien van een wijziging in de bezetting, geven we nog twee andere berekeningen:

1. Een berekening waarbij in plaats van een verpleegkundige een verzorgende gedurende de nacht en weekenden aanwezig is. We merken hierbij op dat een verpleegkundige een andere functie is dan een verzorgende, hetgeen met zich meebrengt dat bij vervanging van de ene functie voor de andere functie het zorgaanbod qua aard anders zal zijn.
2. Een berekening waarbij gedurende de nacht en weekenden zowel een verpleegkundige als een verzorgende aanwezig is.

Tabel 36. Dagtarieven en de benodigde bezetting (uitgaande van 1 verzorgende in de nacht en weekenden)

Alternatieven	Tarief per dag	Minimaal benodigd Bezettingspercentage
Hospice arrangement	€ 240,00	84,20%
Alle zorgmomenten gedurende het hele etmaal (optie 1)	€ 274,30	73,67%
Alle zorgmomenten gedurende het hele etmaal (optie 2)	€ 300,40	67,27%
Alleen nachtzorg	€ 353,60	57,15%
Respijtzorg (minimum tarief)	€ 512,00	39,47%
Respijtzorg (maximum tarief)	€ 640,00	31,57%

Tabel 37. Dagtarieven en de benodigde bezetting (uitgaande van 1 verpleegkundige en 1 verzorgende in de nacht en weekenden)

Alternatieven	Tarief per dag	Minimaal benodigd Bezettingspercentage
Hospice arrangement	€ 240,00	147,53%
Alle zorgmomenten gedurende het hele etmaal (optie 1)	€ 274,30	129,08%
Alle zorgmomenten gedurende het hele etmaal (optie 2)	€ 300,40	117,86%
Alleen nachtzorg	€ 353,60	100,13%
Respijtzorg (minimum tarief)	€ 512,00	69,15%
Respijtzorg (maximum tarief)	€ 640,00	55,32%

Berenschot

Wij willen het rekenvoorbeeld afsluiten met een voorbeeld van een HCH met 6 bedden, waarbij gedurende de nacht en weekenden 1 verpleegkundige aanwezig is.

Tabel 38. Dagtarieven en de benodigde bezetting (uitgaande van 1 verpleegkundige in de nacht+weekenden en 6 bedden)

Alternatieven	Tarief per dag	Minimaal benodigd Bezettingspercentage
<i>Hospice arrangement</i>	€ 240,00	118,28%
<i>Alle zorgmomenten gedurende het hele etmaal (optie 1)</i>	€ 274,30	103,49%
<i>Alle zorgmomenten gedurende het hele etmaal (optie 2)</i>	€ 300,40	94,50%
<i>Alleen nachtzorg</i>	€ 353,60	80,28%
<i>Respijtzorg (minimum tarief)</i>	€ 512,00	55,44%
<i>Respijtzorg (maximum tarief)</i>	€ 640,00	44,36%

Er zijn natuurlijk ook andere berekeningen te maken. In het algemeen geldt dat naarmate het aantal bedden toeneemt, en de inzet van personeel vermindert, het benodigde bedbezettingspercentage om bij een bepaald dagtarief quitte te spelen lager wordt.

BIJLAGE 7

RICHTLIJN PALLIATIEF TERMINALE ZORG CIZ

BIJLAGE 7: RICHTLIJN PALLIATIEF TERMINALE ZORG CIZ

1.1 INLEIDING

Doel: In dit stuk wordt een richtlijn gegeven om de zorg aan mensen in hun laatste levensfase eenduidig en eenmalig te indiceren. Bij palliatief terminale zorg gaat het vaak om mensen, die niet (meer) in een ziekenhuissetting verblijven en bij wie geen behandeling meer plaatsvindt, die gericht is op herstel of levensverlenging. Intensieve palliatieve zorg is bij hen wel aan de orde in de zin van verzorging, pijnbestrijding en behoud van kwaliteit van leven. De cliënten en hun familie hebben een grote wens om zoveel mogelijk in een **thuis-situatie** te verblijven

De periode, die de zorg moet duren, overtreft meestal de drie maanden niet. Hoewel de zorgbehoefte sterk kan fluctueren, is het stellen van steeds een nieuwe indicatie uit den boze.

1.2 UITGANGSPUNTEN

Er is vastgesteld dat cliënt naar alle waarschijnlijkheid een levensverwachting heeft van niet langer dan 3 maanden.

De cliënt en zijn familie wensen geen opname, de cliënt wil thuis de zorg ontvangen.

De medische zorg is gewaarborgd (huisarts).

Aanvullende mantelzorg is aanwezig, beschikbaar.

De geïndiceerde zorg is een **gemiddelde** voor over de gehele periode.

1.3 INDICATIE

VERBLIJF

Bij cliënten waarbij de onder punt 1.2 genoemde uitgangspunten van toepassing zijn, wordt **geen verblijf** geïndiceerd. De cliënt is daar niet op aangewezen aangezien de mantelzorg voor voortdurend toezicht en/of 24-uurs nabijheid kan zorgdragen. Wanneer deze voorwaarden niet in de thuissituatie kunnen worden gerealiseerd is de functie Verblijf geïndiceerd (zie schema onder 4.2 in protocol Verblijf).

Dit betekent dat bij de hier bedoelde groep a. zorgmomenten inventariseren en de leveringsvoorwaarde die van toepassing is vermelden/indiceren²⁶(zie 3.2)

²⁶ op het moment van opstellen van deze richtlijn (mei 2005) is een advies in voorbereiding vanuit het CIZ naar VWS, waarin wordt aangedrongen op het opnemen van de leveringsvoorwaarden in het indicatiebesluit, zodat de cliënt daar een wettelijke aanspraak op kan doen gelden. Zolang deze situatie nog niet van kracht is moet de van toepassing zijnde leveringsvoorwaarde - alsmede alle activiteiten - in ieder geval steeds vermeld worden in het besluit.

Berenschot

b. indien vrijwilligers niet of onvoldoende beschikbaar zijn en mantelzorg toch extra ondersteuning behoeft (b.v. gedurende de nacht) dan moet er aanvullend AWBZ zorg worden geïndiceerd voor die aanwezigheid

Alle zorgmomenten gedurende het gehele etmaal worden voor een periode van 3 maanden in de volgende functies en klassen geïndiceerd: zie normering.

BH: in principe is de medische zorg gewaarborgd door de huisarts evt. in combinatie met de behandelend specialist in het ziekenhuis. Hiermee is de medische zorg voor terminale patiënten in de thuissituatie in principe tweede compartimentszorg.

Nabijheid gedurende de nacht In bovenstaande is nog geen rekening gehouden met de vraag naar aanwezigheid van een zorgverlener ('24-uurs nabijheid' oftewel leveringsvoorwaarde 'd'). Naast de zorgactiviteiten die moeten worden uitgevoerd is deze voorwaarde noodzakelijk om thuis te kunnen blijven.

We gaan hierbij als volgt te werk:

Activiteiten die 's nachts moeten plaatsvinden zijn al opgenomen in totale pakket aan PV en VP, met leveringsvoorwaarde conform noodzaak.

Voor het waken bij onrust of angst: onderzoeken of vrijwillige terminale zorg adequaat en daadwerkelijk aanwezig is.

OB dag is niet adequaat (in hospice wel).

OB alg. is aangewezen wanneer de mantelzorg gedurende dag en avond aanwezigheid en toezicht verzorgt en alleen gedurende de nacht hier ondersteuning (respijt) voor nodig heeft.

Berenschot

Normering Indicatie palliatief terminale zorg thuis:

1. Alleen alle zorgmomenten gedurende 24 uur:

PV maximaal klasse 8 (4 u dag) + VP maximaal klasse 3. Wanneer het zwaartepunt bij betrokkene ligt op de functies verpleging kan er gekozen worden om VP max. 7 en PV max. klasse 4 te indiceren.

OB ALG (respijtzorg) in principe maximaal klasse 4, in aanvulling op aanwezige mantelzorg en vrijwillige zorg.

HV klasse 3: lichte en zware huishoudelijke taken, de was, met inachtneming van gebruikelijke inclusief meewegen overbelasting.

Met leveringsvoorwaarde en activiteiten.

2. Alleen nachtzorg (uitsluitend aanwezigheid in de nacht)

* Voor de aanwezigheid in de nacht wordt dan max. 7x8 uur zorg (OB-alg = klasse 8) met 34 uur additioneel geïndiceerd.

3. Alle zorgmomenten gedurende 24 uur met aanwezigheid nacht (respijtzorg)

PV max. klasse 8 + VP klasse 3; wanneer zwaartepunt van de zorg ligt op de functie verpleging dan VP max. klasse 7 en PV max. klasse 4.

Geen OB alg meer voor respijtzorg, wordt in de nachtelijke uren geleverd.

HV klasse 3 (gebruikelijke zorg).

De zorgmomenten 's nachts zijn al opgenomen in de klassen van zorg gedurende 24 uur, komt neer op ongeveer 1 uur per nacht.

Rest 7x7 OB-alg (OB-alg klasse 8 met 27 uur additioneel).