Zorgzwaartepakketten
&
Facilitaire Zaken

‘Inzicht door middel van kostprijsmodellen zorgt voor kwalitatief betere beslissingen’

J.D. (John) Hagers
Juni 2009

Zorgzwaartepakketten & Facilitaire Zaken

‘Inzicht door middel van kostprijsmodellen zorgt voor kwalitatief betere beslissingen.’

Auteur: John Hagers

Studentnummer: 20054048

Jaar van uitgave: 2009

Opdrachtgever: Edward Cirk
Facilitair manager
WoonZorgcentra Haaglanden
WZH Facilitair Bedrijf
Polanenhof 497
2548 MP Den Haag

Docent begeleider: Ir. Herman Leijdesdorff
Medebeoordelaar: Marlinda Dressen - Rog

Opleiding: Facility Management
Deeltijd 2005-2009

De Haagse Hogeschool
Academie voor Facility Management
Johanna Westerdijkplein 75
2521 EN Den Haag

Periode onderzoek: januari – mei 2009

Auteursreferaat

Deze afstudeerscriptie heeft betrekking op de invoering van **zorgzwaartepakketten** en de daarmee samenhangende veranderende **financiering** van de zorgsector Verzorging & Verpleging. De wijzigingen moeten de **vraagsturing** in de **AWBZ** gefinancierde sector ondersteunen. Het onderzoek richt zich op **structuur van de vergoedingen en tarieven** van een zorgzwaartepakket en de **structuur van de kosten** die de zorginstelling maakt voor het leveren van zorgzwaartepakketten en andere producten en diensten. Het onderzoek vond plaats bij een zorginstelling in opdracht van het Facilitair Bedrijf. Voor het onderzoek is gebruik gemaakt van onderzoeken van HHM en KPMG die betrekking hebben op **functiegerichte kostprijzen**. De afdeling Finance & Control is meerdere malen geïnterviewd om te onderzoeken welke methode het best past bij de WZH. In dit rapport staat een **kostenverbijzonderingsmodel** beschreven die geschikt is voor zorginstellingen die hun administratie ingericht hebben met het **NZI** of **Prismant rekeningschema**. In het model worden kosten inzichtelijk en kunnen op basis van de gevonden informatie besluiten genomen worden.

Indexreferaat

Zorgzwaartepakketten, financiering, sector V&V, AWBZ, WoonZorgcentra Haaglanden, WZH Hogeveld, structuur van de vergoedingen en tarieven, functiegerichte kostprijzen, kostenverbijzonderingsmodel, Prismant rekeningschema, bedrijfseconomie, facilitaire zaken, management accounting.

Management samenvatting

Zorgzwaartepakketten & Facilitaire Zaken

‘Inzicht door middel van kostprijsmodellen zorgt voor kwalitatief betere beslissingen’

Zorgzwaartebekostiging

De bekostiging voor verpleeghuiszorg, die gefinancierd is vanuit de AWBZ, was gebaseerd op een vast bedrag per dag, per type zorginstelling. Vanaf 2009 is de prijs per dag gebaseerd op het profiel van een cliënt, de zorgzwaarte bepaalt voortaan de vergoeding. Zorgzwaartebekostiging heet dit nieuwe systeem en elke cliënt krijgt een passend zorgzwaartepakket. Elk pakket bestaat uit componenten waardoor een cliënt het pakket individueel kan inrichten, hiermee moet de gewenste vraagsturing bereikt worden. Door deze gewijzigde manier van financieren zijn er zorgaanbieders die de komende jaren hun budget gaan afbouwen of laten groeien ten opzichte van de situatie in 2008. In 2009 is deze herallocatie maximaal 2%. Het budget wordt hierdoor eerlijker verdeeld over de zorgaanbieders.

Onderzoeken van gevolgen

Ook het facilitair bedrijf van de Stichting WoonZorgcentra Haaglanden (WZH) krijgt te maken met de nieuwe financiering en moet de bedrijfsvoering hierop aanpassen. Het facilitair bedrijf heeft de opdracht gegeven om dit te onderzoeken. Voor deze opdracht is de volgende probleemstelling en doel geformuleerd:

Op welke wijze kan facilitaire zaken van Woon Zorgcentra Haaglanden in 2009 de gevolgen van de nieuwe bekostigingstructuur van de zorgsector inpassen in haar bedrijfsvoering? Het model moet inzicht in de kostenstructuur geven en op basis van die informatie moeten besluiten genomen kunnen worden en kosten worden beheerst.

Onderzoeksopzet

De opzet van het onderzoek bestaat uit twee delen: in het eerste deel is er onderzoek naar de onderbouwing van de vergoeding van de zorgzwaartepakketten uitgevoerd. Het onderzoek richtte zich vervolgens op kostenverbijzonderingsmethoden. Dit is een onderdeel van het vakgebied management accounting. Drie daarvan, de opslagmethode, de kostenplaatsmethode en Activity Based Costing (ABC), zijn met behulp van een scorematrix beoordeeld. De uitkomst is dat de kostenplaatsmethode de beste interne en externe ‘fit’ heeft. Dit weegt zwaarder dan de kwalitatief betere uitkomsten van ABC. Voor het tweede deel van het onderzoek is er op basis van de uitkomsten van de scorematrix en de gevonden onderbouwing van de tarieven een model gebouwd, gevuld en getest op een locatie van de WZH.

Eindresultaat

Het eindresultaat is een model dat binnen de WZH toepasbaar is en door de WZH op meerdere locaties gebruikt kan worden. Vergelijken wordt daardoor mogelijk. De uitkomsten geven aan dat enkele onderdelen nog niet gezond zijn. Ook blijkt uit het gebruik van het model dat de vaste kosten niet direct verdwijnen als er gestopt wordt met verliesgevende onderdelen. De effecten van gekozen verdeelsleutels kunnen via simulaties gevonden worden, deze moeten zorgvuldig gekozen worden om fouten uit te sluiten. Enkele verdeelsleutels geven als resultaat dat onderdelen met hoge omzetten in verhouding meer kosten betalen dan onderdelen met lage omzetten. Met dit soort effecten moet rekening worden gehouden bij het maken van keuzes.

Een advies is om op korte termijn bepaalde omzetten te verhogen om minimaal de variabele kosten te dekken en nader onderzoek te doen naar het negatieve resultaat van het Grand Café van de onderzochte locatie. De gevonden kostprijs van het ZZP component Verblijf is €30,33. De vergoeding is €31,36 per dag. De gevonden kostprijs van een ander component is €9,78 en de vergoeding bedraagt €21,03. Het verschil wordt verklaard door situationele factoren, individuele zorginstellingen zijn moeilijk te vergelijken met de kostprijzen die KPMG heeft gevonden omdat die gebaseerd zijn op branchegemiddelden.

Voorwoord

Dit onderzoeksverslag is het tastbare resultaat van het laatste jaar van mijn studie. Eindelijk is het af! Van het studeren en de contacten met collega-studenten heb ik de afgelopen vier jaar veel energie gekregen al was het laatste jaar niet gemakkelijk. Zeker het schrijven van het rapport was een pittige opgave. Het onderzoek, het combineren van de theorie en de praktijk was voor mij één grote uitdaging. Ook hier was de uitspraak van Thomas Edison treffend: ‘Genialiteit is 1% inspiratie en 99% transpiratie’

Ik denk met veel plezier terug aan de gesprekken met collega’s van Finance & Control die een goed tegenwicht gaven aan wat ik in de literatuur had ontdekt en aan de gesprekken met Jolanda Smits die me zeer veel geleerd heeft over de financiering van een zorglocatie.

Tenslotte wil ik mijn directe omgeving bedanken voor de steun die zij mij heeft gegeven tijdens mijn afstudeerproject. Met Johan, Remco, Amy en Marie heb ik vele uren zitten praten, in ons stamcafé Xieje, over het afstuderen maar in het bijzonder wil ik Monique bedanken die me af en toe moest ‘verdragen’ als ik weer een vast zat en me meer dan eens een duw in de juiste richting gaf.

John Hagers

Zoetermeer, mei 2009

Inhoudsopgave

Inleiding

1. Sector Verzorging & Verpleging 10
   1.1. Bekostiging 10
   1.2. Modernisering AWBZ 11
   1.3. Zorgzwaartepakket 11
   1.3.1. Componenten van het zorgzwaartepakket 13
   1.3.2. Substitutie tussen functies 13

2. WoonZorgcentra Haaglanden 14
   2.1. Organisatorische structuur 14
   2.2. Facilitaire zaken 15
   2.2.1. Visie en kernwaarden Facilitair Bedrijf 15
   2.3. Finance & Control 15
   2.4. Projectgroep ZZP 16
   2.5. WZH Hoge Veld 16

3. Onderzoeksopzet 17
   3.1. Afbakening van het onderzoek 18
   3.2. Onderzoeksverantwoording 18

4. Vergoedingen en tarieven van functies en zorgzwaartepakketten 19
   4.1. Functiegerichte kostprijzen AWBZ 19
   4.2. Indicatieve prijzen zorgzwaartepakketten 21
   4.3. Handreiking kostprijsberekening 22
   4.4. Handreiking interne budgettering 23

5. Kostenstructurering 23
   5.1. Prismant rekeningschema 23
   5.2. NEN 2748 24

6. Bedrijfseconomie 25
   6.1. Bedrijfseconomische vakgebieden 25
   6.2. Kostprijzen 26
   6.3. Kostprijscalculatie 26
   6.4. Soorten kosten 27
   6.5. Productie kenmerken 27
   6.6. Kostenverbijzonderingsmethoden 27
   6.7. Opslagmethode 28
   6.8. Productiecentramethode 28
   6.9. Varianten en afhankelijkheidsrelaties 28
   6.10. Activity Based Costing 29
   6.11. Activiteiten 29
   6.12. De irrationele methode 30

7. Scorematrix 31
   7.1. Beoordeling van de criteria ‘Invoeringsproces’ 32
   7.2. Beoordeling van de criteria ‘Omgevingsfactoren’ 32
   7.3. Beoordeling van de criteria ‘Effectiviteit’ 32

8. Conclusie I 32

9. De Test 33

10. Resultaten van de Test 34
10.1. Wijzigingen gedurende de test 34
10.2. Aanbevelingen vanuit de test 36
10.3. Kostenanalyse 37

11. Uitkomsten van het testmodel 38
11.1. Analyse van de uitkomsten 38
11.2. Kostendrager ZZP 38
11.3. Extramurale Zorg 39
11.4. Doorbelasten op een andere wijze 40
11.5. Kapsalon 40
11.6. Grand Café 41
11.7. Centrale doorbelastingen 41
11.8. Vergelijking met KPMG en HHM 42
11.9. Batenanalyse 42

12. Conclusie II 43

13. Afkortingen en organisaties die actief zijn in de zorgsector 44
13.1. Afkortingen en begrippen 44
13.2. Organisaties 45

14. Literatuurlijst 47
14.1. Internetbronnen 48

Bijlagen:

1. Zorgzwaartepakketten, sector V&V versie 2009
2. Schema doorbelastingen KPMG rapport *Functiegerichte kostprijzen AWBZ* pag. 21 en 22
3. Bijlage A en B van het KPMG rapport *Functiegerichte kostprijzen AWBZ* pag. 1-22
4. Definities van criteria van de scoringsmatrix
5. Logboek van het testmodel
6. Gespreksverslagen met de heer Peter Kapenga, Manager Planning & Control
7. Interview met mevrouw Aletta Schot, Relatiebeheerder WZH Hoge Veld
8. Interview met mevrouw Jolanda Smits, Locatiemanager WZH Hoge Veld
9. Screenshot 1, de eerste stap in het testmodel
10. Screenshot 2, de derde stap in het testmodel

De bronvermelding wordt weergegeven door middel van eindnoten, deze zijn weergegeven na de literatuuropgave. Het rapport, met bijbehorende bijlagen zijn op een cd-rom gebrand, deze is aan het eind van het rapport ingestoken.

Inleiding

Het rapport *HealthCast 2020, Bouwen aan een duurzaam zorgstelsel* opent met de waarschuwing dat het steeds duidelijker wordt dat als er geen drastische veranderingen worden doorgevoerd zorgstelsels op langere termijn niet meer te handhaven zijn door stijgende en onbeheersbare kosten. De verwachting is dat de bestedingen in Nederland zullen groeien van acht procent naar meer dan vijftien procent van het Bruto Nationaal Product. Het rapport signaleert wel dat er partijen zijn die mondiaal het initiatief nemen in de ontwikkeling van een duurzaam zorgstelsel. Een persbericht van Euro Health Consumer Index, die jaarlijks onderzoek uitvoert naar consumentvriendelijke gezondheidssystemen, kopt dat Nederland met haar zorgstelsel de EU-ranglijst aanvoert als meest consumentvriendelijke systeem.

Veranderingen in het zorgstelsel en pogingen om kosten te beheersen is een onderwerp dat in Nederland al lang op de politieke agenda staat, ook al was er aan het begin van de negentiende eeuw nauwelijks sprake van enige overheidsbemoeienis op het gebied van volksgezondheid en welzijn. De zorg voor zieken en armen werd overgelaten aan het particuliere initiatief. Wel heeft de regering aan het eind van de negentiende eeuw activiteiten ondernomen om een einde te maken aan epidemieën[1].

Sinds de tweede wereldoorlog was er een systeem van het verplichte ziekenfonds met daarnaast een vrijwillige verzekering. De toenemende welvaart halverwege de jaren zestig ging gepaard met een stijging in de uitgaven voor de gezondheidszorg. Aan het eind van de jaren zestig besloot de politiek de eerste van een reeks stappen te zetten om de zorguitgaven in de hand te houden.

De Ziekenfondswet en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) werden ingediend en aangenomen. De totale kosten voor de AWBZ werden geschat op 700 miljoen gulden[2]. Anno 2008 gaat er bijna 21 miljard euro in om. Met de Wet Ziekenhuis Voorzieningen wilde de regering de verzuiling, voor iedere groep was er een apart ziekenhuis, doorbreken en kosten besparen. Vanaf 1980 wilde de overheid de tarieven beheersen met de Wet Tarieven Gezondheidszorg, later is er met behulp van bezuinigingen en beperkte budgetten geprobeerd de kosten te beperken. Verschillende pogingen van bewindslieden om de oplopende kosten te beheersen, zoals marktwerking eind jaren tachtig en een ander uiterste: één verzekering die alles dekte begin jaren negentig, kregen niet de gewenste steun. Uiteindelijk is de zorgsector uitgegroeid tot een publieke miljardenzaak.

In 2003 was Nederland wel klaar voor marktwerking, Hans Hoogervorst is als opvolger van Els Borst, wel geslaagd waar al zijn voorgangers in faalden: Nederland kreeg in 2006 een nieuw zorgstelsel, gebaseerd op gereguleerde marktwerking[3] en een solidariteitsgedachte gekoppeld aan het sociaal-democratische herverdelingsideaal[4]. Uniek in de wereld. Vanaf die tijd is de patiënt klant geworden, een totaal nieuwe benadering binnen de gezondheidszorg.

Feenstra en Wansink[5] geven de AWBZ de twijfelachtige eer als slokop van de Nederlandse zorgsector. Van de 54 miljard euro die op de begroting van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) staan, gaan er ruim 21 miljard euro naar instellingen die vanuit de AWBZ gefinancierd worden. Verpleeghuizen, verzorgingshuizen en thuiszorginstellingen ontvangen het meeste geld, in 2006 ruim 13,3 miljard euro[6]. Vanaf januari 2008 zijn diverse wijzigingen ingegaan die tot meer marktwerking moeten leiden.

Vanaf 2009 worden AWBZ instellingen gefinancierd via zorgzwaartebekostiging en niet meer per type instelling en bezette plaats. Hierdoor gaan budgetten veranderen, een zorginstelling die zware zorg levert, krijgt meer en een instelling die lichtere zorg krijgt minder. De

instellingen krijgen de komende jaren de tijd om de bedrijfsvoering aan te passen op hun nieuwe budget. In 2009 worden de budgetten maximaal twee procent op- of afgebouwd. Ook heeft het kabinet besloten om de AWBZ te moderniseren, de zorg was aanbodgericht en te weinig vraaggericht. De individuele afspraken moeten worden vastgelegd in een zorgplan. De algemene maatregel van bestuur die het zorgplan verplicht stelt is in voorbereiding[7] en heeft tot doel om de onderhandelingspositie van de cliënt te versterken.

Ook het facilitair bedrijf van de Stichting WoonZorgcentra Haaglanden (WZH) krijgt te maken met de nieuwe financiering en moet de bedrijfsvoering hierop aanpassen. Het facilitair bedrijf heeft de opdracht gegeven om dit te onderzoeken. Het onderzoek is tegelijkertijd een afstudeerscriptie. Voor deze opdracht is de volgende probleemstelling geformuleerd:

Op welke wijze kan facilitaire zaken van Woon Zorgcentra Haaglanden (WZH) in 2009 de gevolgen van de nieuwe bekostigingstructuur van de zorgsector inpassen in haar bedrijfsvoering?

Om richting te geven aan het eindproduct is het resultaat en randvoorwaarden van het onderzoek als volgt omschreven:

Een financieel model / financiële methode die elke teamleider facilitaire zaken (of MT) van een WZH locatie kan toepassen en gebruiken op zijn locatie. De methode wordt getest op de locatie WZH Hoge Veld. De locatie en het facilitair bedrijf van de WZH worden geadviseerd hoe ze met de uitkomsten kunnen omgaan.

In het model worden de (facilitaire) kosten, die veroorzaakt worden door AWBZ en niet AWBZ gefinancierde producten en dienstverlening van de locatie, inzichtelijk. Op basis van de informatie kunnen besluiten genomen worden en kosten worden beheerst door de managers en teamleiders op locatie.

Opbouw van het rapport

In het eerste hoofdstuk wordt de sector Verzorging & Verpleging en de veranderende financiering beschreven. Dit wordt gevolgd door een beschrijving van de organisatiestructuur van Woon Zorgcentra Haaglanden en de locatie waar het onderzoek wordt uitgevoerd. In het derde hoofdstuk staat de onderzoeksverantwoording.

Het rapport vervolgt met het theoretische kader. Hoofdstuk 4 beschrijft de wijze waarop de vergoedingen van de zorgzwaartepakketten tot stand zijn gekomen en een tweetal hulpmiddelen. Deze zijn in opdracht van het ministerie van VWS opgesteld. In hoofdstuk 5 wordt de relatie het Prismant rekeningschema en de NEN 2745 aangestipt. In hoofdstuk 6 ‘Bedrijfseconomie’ worden de verschillende wijzen van kostenverbijzondering onderzocht en beoordeeld met behulp van een scorematrix, de matrix staat in hoofdstuk 7. De conclusie van het onderzoek staat in hoofdstuk 8. Het conceptueel model wordt in hoofdstuk 9 beschreven.

In de laatste hoofdstukken wordt beschreven of het geteste model in de praktijk werkt en wat de uitkomsten van deze test zijn. In hoofdstuk 12 staan de conclusies en aanbevelingen.

1. Sector Verzorging & Verpleging

De sector V&V wordt gefinancierd uit de AWBZ. Een verplichte collectieve volksverzekering die bedoeld is om zware geneeskundige risico's af te dekken waarvoor burgers zich niet individueel bij een zorgverzekeraar kunnen verzekeren. Iedereen die werkt, betaalt elke maand twaalf procent AWBZ-premie over de eerste 30.000 euro van het inkomen. Dat is bijna 4.000 euro per jaar.

Het aantal ouderen neemt de komende jaren toe en door betere leefomstandigheden en medische technologische ontwikkelingen worden mensen steeds ouder. Deze dubbele vergrijzing zal samen met gezondheidsproblemen en beperkingen van die ouderen de zorgvraag laten stijgen. Het zorgaanbod zal in de toekomst door een daling of stabilisatie van het aantal jongeren dat de arbeidsmarkt opkomt niet mee kunnen groeien. Onder andere ontstaat hierdoor de zogenaamde 'zorgkloof'[8].

Een ander spanningsveld is de zorgvraag van een cliënt en de zorg die een zorgmedewerker kan en mag leveren. Cliënten die in een zorginstelling verblijven, betalen niet direct aan de zorginstelling. Hierdoor ontstaat een zorgvraag die niet geremd wordt door een financiële prikkel of plafond. Daarnaast is er de zorgmedewerker die het liefst meer zorg wil leveren aan een cliënt dan een zorginstelling anderzijds aan budget beschikbaar heeft gekregen. De kloof tussen vraag en aanbod is op ook op deze wijze ontstaan.

In januari 2008 maakten 588.000 mensen gebruik van de AWBZ[9]. In 2004 telde Nederland 342 verpleeghuizen[10] met ruim 64.000 bedden en 1.363 verzorgingshuizen[11] met ruim 110.000 bedden. De termen thuiszorg, verpleeg- en verzorgingshuizen veranderen respectievelijk in zorg zonder en zorg met verblijf[12]. Dit komt door fusies tussen verpleeg- en verzorgingshuizen en doordat instellingen ook zorg buiten de muren leveren, extramurale zorg. De term woonzorgcentra is een benaming die meer past bij deze nieuwe vorm van zorgverlening.

1.1. Bekostiging

De bekostiging voor AWBZ gefinancierde zorg, die binnen de muren van een verpleeg- of verzorgingshuis wordt geboden, was gebaseerd op een vast bedrag per dag, per type zorginstelling. Dit zijn gemiddelde prijzen, een zorginstelling die veel 'zwaardere' cliënten heeft kan vrijwel hetzelfde budget ontvangen als een vergelijkbare instelling met minder zorg behoeftige cliënten[13]. Vanaf 2009 bepaalt de 'zorgzwaarte' van de cliënten het budget. Zorginstellingen krijgen voor cliënten die weinig zorg nodig hebben minder geld dan voor cliënten met een grote zorgvraag. Dit nieuwe systeem heet zorgzwaartebekostiging. Dit heeft gevolgen voor de instellingsbudgetten, namelijk opbouw of afbouw van het budget. Deze herallocatie van budgetten gebeurt stapsgewijs, vooral om de continuïteit van de zorgverlening aan cliënten te waarborgen. Deze herallocatie gaat plaatsvinden in de periode 2009-2011. Voor zorginstellingen die meer dan dertien procent van hun budget moeten op- of afbouwen wordt een maatwerkregeling getroffen met de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). In 2009 is de herallocatie maximaal twee procent per instelling[14]. De zorgkloof wordt hiermee niet gedicht, wel wordt door middel van de zorgzwaartepakketten, het aanbod, de verwachtingen gemanaged.

1.2. Modernisering AWBZ

Zorginstellingen werden onvoldoende gestimuleerd om met de cliënt duidelijke afspraken te maken over de levering van zorg, er wordt veelal aanbodgericht gewerkt. De AWBZ is gemoderniseerd omdat er te weinig vraaggericht zorg werd geleverd[15]. Als een cliënt zich meldt bij het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) dan voert het CIZ, dat ook bekend staat als de poortwachter[16] van de AWBZ een indicatieonderzoek uit. Als blijkt dat een probleem van een cliënt opgelost wordt door AWBZ-zorg dan wordt dit uitgedrukt in een indicatiebesluit[17]. Eén van de gevolgen van deze modernisering is het omschrijven van zorgaanspraken in functies in plaats van in producten. Door deze keuze moet ook de indicatie in functies worden afgegeven. Ook staat in de toekomst het afschaffen van het bouwregime op de agenda van VWS. Daardoor moeten zorginstellingen gaan bouwen voor eigen rekening en risico.

1.3. Zorgzwaartepakket

Op het indicatiebesluit staat aangegeven voor welke functies een cliënt is geïndiceerd, dit wordt per functie uitgedrukt in klassen, bij elke klasse hoort een vastgesteld aantal minuten of uren[18] per week. Bij kort- of langdurig verblijf zoals in een verpleeg- of verzorgingshuis staat op het indicatiebesluit een zorgzwaartepakket (ZZP)[19]. Een zorgzwaartepakket is opgebouwd uit verschillende functies. Omdat er verschillende zorgbehoeftes zijn en niet iedereen evenveel zorg nodig heeft zijn er verschillende ZZP's. Voor 2009 zijn 52 ZZP's vastgesteld: 13 ZZP's voor cliënten in de sector Geestelijke gezondheidszorg (GGZ) voor mensen met psychiatrische problemen, 29 ZZP's voor cliënten in de sector Lichamelijk gehandicapten (LG) voor mensen in de gehandicaptenzorg en 10 ZZP's voor cliënten in de sector V&V voor mensen die verpleging of verzorging nodig hebben.

In 2007 en 2008 heeft elke cliënt een ZZP geïndiceerd gekregen. Daardoor is het voorgekomen dat een cliënt een sector vreemde ZZP geïndiceerd heeft gekregen. Een cliënt die in een verpleeghuis woont en daar al geruime tijd zorg ontvangt heeft bijvoorbeeld een ZZP gekregen van de sector GGZ.

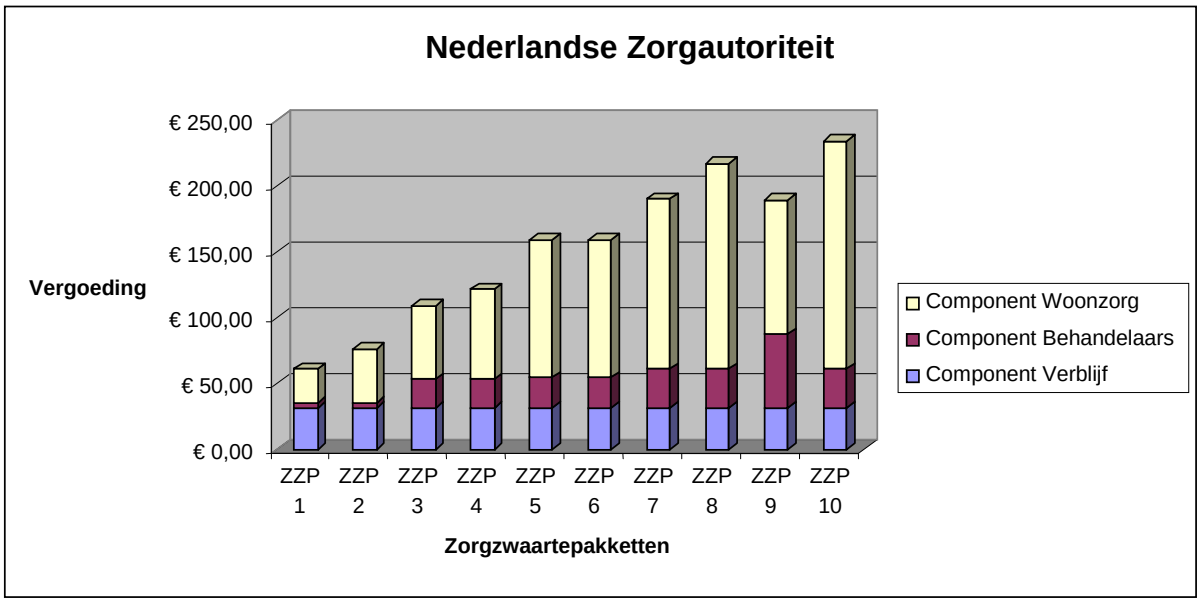
De 10 pakketten van de sector V&V[20] bestaan uit 8 pakketten voor langdurige zorg, oplopend van ZZP 1 voor cliënten die zich thuis niet meer zelfstandig kunnen redden tot ZZP 8 voor cliënten die volledig zorgafhankelijk zijn. ZZP 9 en 10 zijn voor kortstondige revalidatie of palliatieve terminale zorg. Zo heeft elke ZZP een bijpassend cliëntprofiel, ZZP 5 is bijvoorbeeld gericht op cliënten met ernstige dementiële problematiek met een behoefte aan intensieve begeleiding en verzorging in een beschermende woonomgeving. De cliënt is bijna geheel zorgafhankelijk doordat er geen eigen regie gevoerd kan worden en geen grip meer heeft op het dagelijkse leven. Om in aanmerking te komen voor ZZP 5 heeft de cliënt een psychogeriatrische ziekte of aandoening. Een voorbeeld van een profiel is een cliënt met een ernstige mate van dementie zonder gedragsproblematiek. ZZP 7 heeft cliënten die naast de dementie ook gedragsproblemen hebben, cliënten met de ziekte van Korsakov of cliënten met niet aangeboren hersenletsel. Ook deze cliënten hebben behoefte aan intensieve begeleiding en verzorging in een beschermende woonomgeving. In bijlage 1 *Zorgzwaartepakketten, sector V&V versie 2009* staan de ZZP's met bijbehorend cliëntprofiel

Een ZZP is opgebouwd uit verschillende functies. Deze functies zijn verdeeld over vier componenten. Het component Woonzorg bevat de functies Verpleging, Persoonlijke verzorging en Begeleiding. Het component Dagbesteding bevat ook de functie Begeleiding. De componenten Behandelaars en Verblijf bevatten respectievelijk de functie Behandeling of Verblijf.

Per ZZP is er een andere vergoeding, de vergoeding verschilt doordat er per component een ander aantal uren beschikbaar is. Bij ZZP 1 is er gemiddeld vier uur beschikbaar voor de component Woonzorg, bij ZZP 5 gemiddeld vijftien uur en bij ZZP 7 gemiddeld negentien uur per cliënt. Deze verschillen bepalen uiteindelijk het verschil in vergoeding per ZZP. De component Verblijf heeft bij elk ZZP hetzelfde vergoeding (€ 31,36) en de component Behandelaars komt niet voor bij ZZP 1 en 2, de huisarts behoudt zijn of haar rol. Wel is er een vergoeding voor Behandelaars in ZZP 1 en 2 opgenomen om medewerkers te adviseren en te ondersteunen. De uren van het component Dagbesteding zijn opgenomen in de totaaltijd van het Woonzorg component.

Per ZZP is een aantal uur zorg omschreven, dit is een richtlijn. Het aantal uren zijn een gemiddelde per week en cliënten ontvangen de zorgtijd ook in groepsverband. Overlegtijd zit ook in het aantal uur.

Alleen voor de componenten Woonzorg, Behandelaars en Verblijf is er een vergoeding. Deze drie tarieven vormen samen de vergoeding per ZZP. Staafdiagram 1 geeft een weergave van de vergoedingen van de ZZP in de sector V&V. De vergoedingen worden door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) gepubliceerd.



Staafdiagram 1, vergoeding per ZZP en component

Wijzigingen in functies

De functies Activerende begeleiding en Ondersteunende begeleiding zijn opgenomen in de functie Behandeling en de nieuwe functie Begeleiding. Van de zeven AWBZ functies waarmee in 2004 gestart is resteren er nu nog vijf. De 'losse' functie Huishoudelijke Verzorging wordt alleen extramuraal toegepast en is overgeheveld naar de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo).

1.3.1. Componenten van het zorgzwaartepakket

Woonzorg bestaat uit de functie Persoonlijke Verzorging (PV), een voorbeeld van PV is dat een zorgmedewerker helpt bij het douchen, aankleden of toiletbezoek. De tweede functie is Verpleging (VP), een voorbeeld van VP is dat de verpleegkundige wonden verzorgt of een injectie geeft. De derde en laatste functie die onder de component Woonzorg valt is de functie Begeleiding met de toevoeging 'algemeen' (BG-alg), een voorbeeld van BG-alg is het ondersteunen in het dagelijkse leven door het indelen van de dag.

De tweede component, Dagbesteding, bestaat ook uit de functie Begeleiding met de toevoeging 'dagbesteding' (BG-dag). BG-dag is het zoveel mogelijk zinvolle, gestructureerde en in principe niet vrijblijvende vorm van besteding van de dag. De dagstructurering die in een verblijfssituatie wordt geboden, het ritme van het leven, is dus geen onderdeel van dit component, dat is een integraal onderdeel van de component Woonzorg. Ook enige recreatieve- en welzijnsactiviteiten die worden aangeboden vallen onder de component Woonzorg. Welzijnsactiviteiten zoals uitstapjes en bingo's ter vervanging het niet kunnen deelnemen aan de open maatschappij vallen onder de functie Verblijf. Doordat DB-dag niet te onderscheiden is van dagstructurering en welzijn is er geen afzonderlijke tijd per ZZP opgenomen maar omgeslagen en verdeeld over de totaaltijd per ZZP. BG-dag wordt wel als losse functie geïndiceerd bij zorg zonder verblijf.

Behandelaars (BH) is de derde component, bij behandeling gaat het om het herstellen of verbeteren van de aandoening of het voorkomen dat het verslechtert. Het opnieuw leren lopen na een heupfractuur of leren omgaan met woedeaanvallen. Verpleeghuisartsen, fysiotherapeuten en psychologen zijn enkele voorbeelden van behandelaars.

De vierde en laatste component is de functie Verblijf (VB) . Bij VB gaat het om het tijdelijk of langdurig wonen in een zorginstelling. Onderdelen van Verblijf zijn voeding, hoteldiensten en wonen.

1.3.2. Substitutie tussen functies

Afhankelijk van de vraag van de cliënt kan de totaaltijd per ZZP anders worden verdeeld over de verschillende geïndiceerde AWBZ functies en/of componenten binnen een ZZP. Cliënten hebben daardoor ook meer te kiezen en ze worden meer dan ooit in de gelegenheid gesteld om mee te beslissen en kunnen een persoonlijk arrangement samenstellen. Deze substitutie[21] moet worden vastgelegd in een zorgleefplan. Een cliënt kan bijvoorbeeld kiezen voor meer Persoonlijke Verzorging en minder Verpleging.

De gewenste marktwerking en vraaggestuurd werken moeten gerealiseerd worden door moderniseringen in de AWBZ. Daardoor veranderen financieringsstructuren en krijgen cliënten een ZZP geïndiceerd. Cliënten moeten kunnen substitueren waardoor de cliënt echt kan meebeslissen over de inrichting van zijn of haar zorg. Zorginstellingen moeten zich herbezinnen op hun marktpositie en bepalen of ze algemene arrangementen of individuele arrangementen kunnen bieden. Facilitaire organisaties moeten deze propositie ondersteunen.

2. WoonZorgcentra Haaglanden

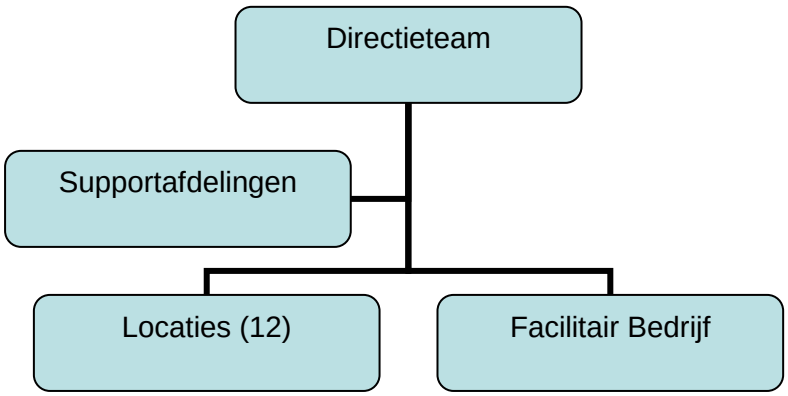
WoonZorgcentra Haaglanden (WZH) is één van de grotere organisaties op het gebied van ouderenzorg in de regio Haaglanden. Meer dan 2.500 cliënten ontvangen dagelijks zorg op maat in een veilige en geborgen woonomgeving van meer dan 3.500 medewerkers en 1.000 vrijwilligers. De kernactiviteiten van de WZH bevinden zich in de sector V&V en voert hoofdzakelijk AWBZ gefinancierde publieke activiteiten uit[22].

WZH biedt een thuis voor iedereen. De verschillende woonzorglocaties van WZH hebben stuk voor stuk een eigen identiteit en cultuur. Alle locaties kennen andere woon-, leef-, en werkomstandigheden. Een kleurrijk geheel waar ieder mens met een eigen zorgvraag, een eigen cultuur en een eigen achtergrond zich thuis voelt. Bij WZH doen we het 'voor elkaar'. Een gedachte die centraal staat in alles wat we - bewoners, cliënten, medewerkers en vrijwilligers - ondernemen. Zo zorgen we samen voor een open en geborgen woon-, leef- en werkomgeving voor iedereen. De WZH heeft als uitgangspunt dat zij twee primaire processen heeft: Zorg en Wonen. In 2007/08 is het concern gereorganiseerd. Support- en topstructuren zijn ingrijpend gewijzigd. De support structuren worden centraal georganiseerd en aangestuurd[23].

De strategie van WZH wordt uiteengezet door middel van de volgende uitgangspunten: ten eerste gaat de WZH uit van haar eigen kracht en onderscheidend vermogen tegenover medezorgaanbieders in de Haaglanden. Ten tweede wil de WZH haar aanbod laten aansluiten bij gedifferentieerde wensen en klanten. Als laatste vormt de locatiegebonden zorg de kern van het WZH-aanbod in de keten van zorg en diensten aan cliënten. Deze uitgangspunten worden continu getoetst op financiële haalbaarheid en zoekt het strategisch management naar synergie tussen de locaties en een passende financiële structuur[24].

2.1. Organisatorische structuur

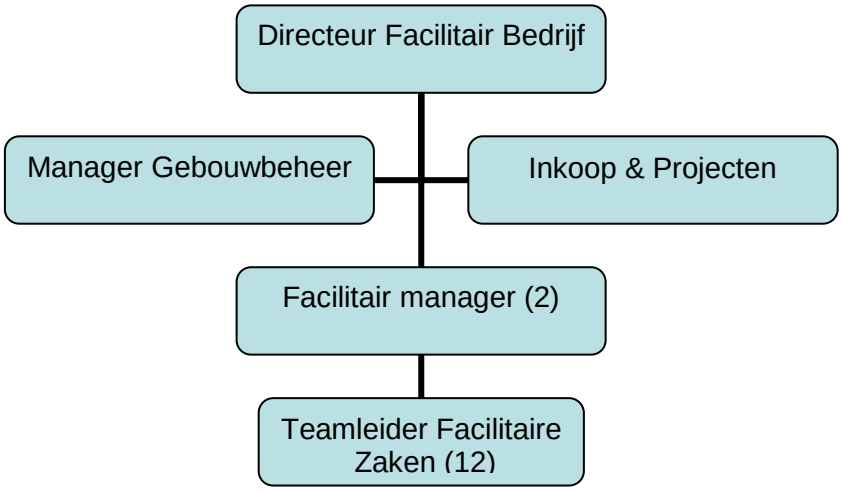
Het Directieteam bestaat uit twee Directeuren Wonen en Zorg, één Directeur Facilitaire Zaken en één eindverantwoordelijke (statutair verantwoordelijk) Bestuurder, tevens Voorzitter van het Directieteam. De supportafdelingen Personeel & Organisatie (P&O), Finance & Control (F&C), Cliëntadministratie en ICT vallen rechtstreeks onder de Bestuurder. WZH- kaders worden centraal vastgesteld; binnen deze kaders hebben de locaties ruimte voor eigen invulling, couleur locale. Figuur een geeft de structuur grafisch weer.



Figuur 1, organogram WZH

2.2. Facilitaire zaken

De directeur facilitaire zaken stelt samen met de facilitaire managers het beleid en kaders vast voor de vier facilitaire aandachtsgebieden. Dit zijn Inkoop & Projecten, Eten & Drinken, Hoteldiensten en Gebouwbeheer. Deze structuur clustert kennisgebieden, vereenvoudigt de aansturing en bevordert het innovatieve vermogen. De aandachtsgebieden Eten & Drinken, Hoteldiensten en Gebouwbeheer worden aangestuurd door een manager. De teamleiders facilitaire zaken zijn op locatie integraal verantwoordelijk voor alle facilitaire zaken en worden aangestuurd door de facilitair managers. Figuur twee geeft de structuur grafisch weer.



Figuur 2, organogram facilitair bedrijf

2.2.1. Visie en kernwaarden Facilitair Bedrijf

De vraag van de klant vormt het uitgangspunt van de dienstverlening. Centraal worden de randvoorwaarden gecreëerd om op de locaties aan de vraag van de klant te kunnen voldoen. Het Facilitair Bedrijf gaat grootschalig organiseren en daar waar mogelijk activiteiten concentreren. De uitvoering is echter kleinschalig. De vragen, wensen en verwachtingen van de locaties zijn het uitgangspunt van het facilitaire aanbod. De locaties zijn hierin leidend en fungeren als opdrachtgever. De uitvoering hiervan is de verantwoordelijkheid van het Facilitair Bedrijf.

2.3. Finance & Control

De supportafdeling F&C bestaat uit twee subafdelingen Planning & Control en Financiën. Control bestaat uit drie controllers die de locatie, de support- en de stafafdelingen adviseren en voorzien van diverse financiële rapporten. Planning bestrijkt een breed terrein zoals beleidsontwikkelingen, verzekeringen, begrotingscyclus, BTW-, liquiditeits-, softwarevraagstukken en het vertalen van de gevolgen van de veranderingen in de AWBZ en de Wmo worden door dit team behartigd. De teams grootboek, debiteuren, crediteuren en een stafmedewerker Finance vormen samen met een manager de subafdeling Finance. Ook de kas is onderdeel van team grootboek. Het grootboek is ingericht conform Prismant rekeningschema, voorheen werd dit het NZi rekeningschema genoemd. De kosten die de supportafdelingen genereren worden op basis van locatieomzet doorbelast.

2.4. Projectgroep ZZP

In 2008 is de Projectgroep ZZP binnen de WZH opgericht om de gevolgen van de invoering van de ZZP financiering te onderzoeken en om de Raad van Bestuur/bestuurder te adviseren over de te nemen stappen.

De 'vergoeding is bekend en wordt jaarlijks vastgesteld. Er is bekend wat een ZZP oplevert voor een zorgaanbieder. De projectgroep ZZP van de WZH staat voor de taak om de invoering van de ZZP voor te bereiden en de gevolgen te analyseren zodat er op korte termijn voldoende informatie beschikbaar komt om besluiten te nemen.

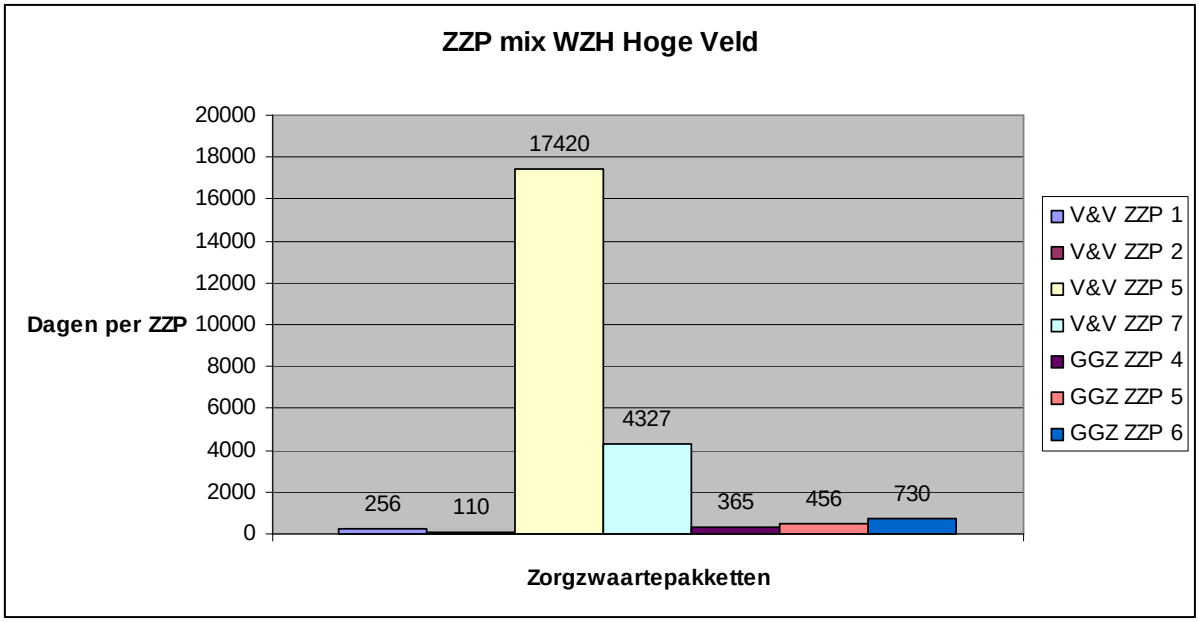
2.5. WZH Hoge Veld

Locatie Hoge Veld (HV) is de jongste woonzorglocatie van de WZH. Deze locatie is gelegen in de Haagse wijk het Wateringse Veld. HV biedt intramurale zorg binnen de muren van de woonzorglocatie, deze zorg is er voor dementerende ouderen die verpleging, verzorging, behandeling en begeleiding nodig hebben en niet meer zelfstandig kunnen wonen. Voor deze ouderen bestaat de mogelijkheid om een persoonlijk appartement in Hoge Veld te betrekken en te wonen in leefstijlgroepen. Extramurale zorg is er voor ouderen die buiten de instelling zelfstandig willen wonen met de zekerheid van service, zorg- en gemaksdiensten binnen handbereik. Het doel is als volgt geformuleerd:

> *'WZH Hoge Veld biedt zorg van hoge kwaliteit. Maar in het leven draait het om meer dan 'zich zorgen maken, zorgen hebben' en 'zorg bieden'. Ons hoogste doel is om een cliënt – ongeacht leeftijd en gezondheid - in staat te stellen nog zoveel mogelijk uit het leven te halen. Dat betekent dat het vertrekpunt voor al ons handelen ligt in de mogelijkheden van de cliënt: wij kijken samen naar wat er wèl is, naar wat wèl kan. Daarbij staat voorop dat men zoveel mogelijk ruimte krijgt om zelf de regie te behouden. 'Zorgen voor….' met als uiterste het overnemen van verantwoordelijkheid wordt dan steeds meer 'zorgen dat…': faciliteren, ondersteunen, randvoorwaarden scheppen'.*[25]

Er is sprake van een afdelingsstructuur onder leiding van de locatiemanager. De afdelingen zijn zelfstandig wat betreft uitvoering van hun eigen taken. De locatiemanager bepaalt de randvoorwaarden. Onder leiding van de locatiemanager functioneert een management team (MT), waarin alle zaken met betrekking tot de ontwikkeling van de organisatie en de bedrijfsvoering aan de orde komen. Op basis van afspraken binnen het MT zijn bevoegdheden en verantwoordelijkheden vastgelegd.

De dienstverlening aan cliënten worden op HV geleverd door team Psychogeriatrie (PG), Activiteitenbegeleiding (AB) en door Facilitaire Zaken (FZ) op basis van een ZZP en door team Extramurale zorg (EMZ), Dagbehandeling PG (DB PG) en de SOOS (Sfeer, Ontmoeting, Ontspanning en Samenzijn) op basis van een of meerdere AWBZ functies. Daarnaast levert de locatie ook nog enkele niet AWBZ gefinancierde activiteiten zoals kappersdiensten, maaltijden, was- en linnendiensten, pedicure en een SOOS lidmaatschap die een cliënt zelf betaalt. HV levert een mix van ZZP 1, 2, 5 en 7. Daarnaast zijn er nog drie branchevreemde ZZP (ZZP GGZ 4,5 en 6) aanwezig uit de GGZ sector. Met behulp van staafdiagram 2 wordt dit grafisch weergegeven.



Staafdiagram 2, zorgzwaartepakketmix van WZH Hoge Veld

3. Onderzoeksopzet

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de opzet van het onderzoek. Relevante aspecten rondom de opdracht en de uitvoering van de opdracht komen aan bod.

Vanuit de projectgroep ZZP, die binnen de WZH actief is, wordt er ook van het Facilitair Bedrijf input verwacht. Na een aantal gesprekken met de voorzitter van de projectgroep is er samen met het facilitair bedrijf gekozen voor de volgende, onderstaande probleemstelling. Hiermee wordt een gedeelte van de door de projectgroep verwachte resultaten ingevuld:

Op welke wijze kan facilitaire zaken van Woon Zorgcentra Haaglanden (WZH) in 2009 de gevolgen van de nieuwe bekostigingstructuur van de zorgsector inpassen in haar bedrijfsvoering?

Ook wordt er door de opdrachtgever een eindresultaat verwacht. Het verwachte eindproduct is als volgt vastgesteld door opdrachtgever en –nemer:

Een financieel model / financiële methode die elke teamleider facilitaire zaken (of MT) van een WZH locatie kan toepassen en gebruiken op zijn locatie. De methode wordt getest op de locatie WZH Hoge Veld. De locatie en het facilitair bedrijf van de WZH worden geadviseerd hoe ze met de uitkomsten kunnen omgaan.

In het model worden de (facilitaire) kosten, die veroorzaakt worden door AWBZ en niet AWBZ gefinancierde producten en dienstverlening van de locatie, inzichtelijk. Op basis van de informatie kunnen besluiten genomen worden en kosten worden beheerst door de managers en teamleiders op locatie.

Om dit resultaat te realiseren is de probleemstelling verdeeld in sub-probleemstellingen, deze deelvragen worden gedurende het onderzoek beantwoord:

- Wat houdt de zorgzwaartebekostiging in?
- Op welke manier kunnen de (facilitaire) kosten verdeeld worden over de zorgzwaartepakketten en/of AWBZ functies?
- Welke producten en diensten van het facilitair bedrijf vallen binnen de ZZP?
- Op welke wijze kunnen de kostprijzen van deze producten en diensten
- inzichtelijk worden gemaakt?
- Welke (financiële) modellen kunnen ondersteund worden door de supportafdelingen van de WZH?
- Welk financieel model kan facilitaire zaken en andere concernonderdelen van de WZH ondersteunen in het maken van keuzes?

3.1. Afbakening van het onderzoek

Het model moet bruikbaar zijn voor de WZH. Keuzes moeten samenhangen met de huidige inrichting van processen en middelen van de WZH. De uiteindelijke test vindt plaats op één locatie van de WZH. Afstemming met Finance & Control is een vereiste. Als basis wordt de vastgestelde begroting van 2009 gebruikt, eventuele aanpassingen van de begroting worden niet meegenomen in de test. Het maken of beschrijven van facilitaire productarrangementen vallen buiten de opdracht.

3.2. Onderzoeksverantwoording

Dit onderzoek heeft tot doel om een kennistekort op te heffen door middel van een kwalitatief onderzoek. Dit onderzoek gebeurt in alledaagse omstandigheden en voldoet aan de kenmerken van kwalitatief onderzoek.

Kenmerken[26] van kwalitatief onderzoek zijn:

- oog voor de context
- oog voor integraliteit
- voorkeur voor de concrete werkelijkheid
- goed inlevingsvermogen

Kenmerken van de dataverzamelingsmethoden bij kwalitatief onderzoek zijn:

- openheid
- flexibiliteit in aanpak en werkwijze
- geringe standaardisatie en structurering vooraf
- intensief contact
- bevorderen van uiten informatie door middel van goede sociale en communicatieve vaardigheden
- voorkeur voor meerdere dataverzamelingsmethoden

De gegevens worden verzameld, de zogenaamde dataverzamelingmethode, door gebruik te maken van bestaande gegevens en door middel van vragen en interviews. Voor de eerste negen hoofdstukken wordt voornamelijk deskresearch toegepast. Deze vorm van onderzoek, literatuuronderzoek, is toegespitst op onderzoeksrapporten, boeken en artikelen. Bij de interviews en vragen wordt voornamelijk gezocht naar het gezichtspunt van de betrokkene.

Voor hoofdstuk tien en elf wordt doormiddel van een casestudy het gevonden model nauwkeurig en diepgaand bestudeerd. Om openheid en controleerbaarheid te waarborgen wordt tijdens het maken en vullen van het model een logboek bijgehouden voor een transparate verantwoording.

4. Vergoedingen en tarieven van functies en zorgzwaartepakketten

Het ministerie van VWS heeft in 2004 een onderzoek uit laten voeren naar kostprijzen van de functies, uiteindelijk zijn hier de prijzen per functie door de NZa en VWS mede door bepaald. In de zorgsector V&V is het 'normaal' dat niet de producerende bedrijven maar VWS de vergoeding per prestatie vaststelt. De eindrapportage van dit onderzoek 'Functiegerichte kostprijzen AWBZ' wordt in hoofdstuk 4.1 beschreven. Vanwege de omvang en de eenvoudige verkrijgbaarheid via internet is niet het gehele rapport opgenomen als bijlage. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft vervolgens de indicatieve prijzen berekend, dit wordt in hoofdstuk 4.2 beschreven. Het hoofdstuk sluit af met het beschrijven van een tweetal handreikingen die zorginstellingen kunnen gebruiken om de verandering in te voeren.

4.1. Functiegerichte kostprijzen AWBZ

Dit hoofdstuk is gebaseerd op het rapport *Functiegerichte kostprijzen AWBZ*. Als er andere bronnen in dit hoofdstuk worden gebruikt, wordt dit uitdrukkelijk vermeld. Dit rapport gaat uit van zeven functies, tegenwoordig zijn dit er vijf. Het rapport opent met het omschrijven van het doel: *het opstellen van een voorstel voor een verdeling van kosten over de zeven AWBZ functies (…….) De kostprijzen betreffen de functie voor de gehele AWBZ, dus zonder onderscheid naar intramurale en extramurale levering*[27].

Het eindrapport bevat een weergave en analyse van de onderzoeksresultaten en een voorstel voor functietarieven. Het rapport is gepubliceerd in 2004 door een projectteam van KPMG en had leden in het dagelijkse bestuur afkomstig van VWS, KPMG Gezondheidszorg, Onderzoeksbureau Hoeksma, Homans & Menting (HHM) en College Tarieven Gezondheidszorg (CTG). De klankbordgroep bestond uit leden van de ministeries van Financiën, VWS en Economische zaken. Ook College bouw zorginstellingen (CBZ), College voor zorgverzekeringen (CvZ) werden samen met CTG en KPMG door VWS betrokken via werkoverleg. Aan het implementatie overleg werkten naast de genoemde instanties en colleges diverse brancheorganisaties en belangenverenigingen mee[28].

Het onderzoek bestond uit drie onderdelen: het in kaart brengen van bestaand onderzoeksmateriaal, veldonderzoek waarbij de kosten per zorguur zijn berekend en het bouwen van een kostprijsnormeringsmodel. Het model heeft elf parameters of knoppen waarmee gevarieerd kan worden om de kostprijs te sturen. De startwaarden die KPMG bepaald heeft is dus een gemiddelde en kan per zorginstelling variëren door situationele omstandigheden.

De belangrijkste conclusies staan op pagina zes van het rapport en geven aan dat tussen instellingen grote verschillen bestaan in de berekende kosten per zorguur en dat de grote verschillen in overheadkosten uitnodigen voor verder onderzoek. De oorzaken kunnen worden verklaard aan de hand van de gemeten waarden van de knoppen. Er bestaan wel veel overeenkomsten als er alleen gekeken wordt naar de directe loonkosten per zorguur. Deze directe loonkosten per geleverd zorguur per functie zijn het uitgangspunt voor het kostprijsnormeringsmodel.

Doelstelling bekostiging
In hoofdstuk twee word kort gerefereerd naar de doelstelling van de toekomstige bekostiging, deze moet omgevormd worden van instellingsgericht naar functiegericht. De eis die aan het onderzoek werd gesteld is dat er inzicht moest komen in de soort kosten met bijbehorende bedragen en dat er een duidelijk onderscheid moest komen tussen directe en indirecte

zorgkosten. Het rapport moest een voorstel in zich hebben voor een verdeling van de kosten over de functies, tenslotte moeten de kostprijzen inclusief en exclusief infrastructuurkosten worden weergegeven.

Kostprijsmodel KPMG
De eerste stap in het kostprijsmodel[29] van KPMG is dat kosten toegerekend worden aan kostensoorten, een algemeen gehanteerde indeling in de zorgsector is het Prismant rekeningschema. Deze indeling wordt ook gehanteerd door de onderzoekers. Het zorgt voor een uniformering, afwijkingen zijn door het projectteam gecorrigeerd en gestandaardiseerd conform het Prismant rekeningschema. De kostensoorten zijn verdeeld in acht rubrieken: 41 direct personeel, 42 sociale lasten, 43 algemene personele kosten, 44 voeding & hotelmatige kosten, 45 terrein- en gebouwgebondenkosten, 46 zorggebonden materiële lasten, 47 overige materiële kosten en rubriek 48 kapitaalslasten.

Kapitaalslasten
De kapitaalslasten zijn uitgesloten in het kostprijsmodel. Door de grote verschillen heeft het opnemen van deze component een te grote invloed op de vergoeding. Momenteel worden kapitaalslasten 1 op 1 gefinancierd. Dit zijn de kosten voor de infrastructuur, bestaande uit rente en afschrijving of de lasten voor huur of leasing[30]. Ook de kosten van huisvesting, inventarissen en de kosten voor het werkkapitaal vallen onder de kapitaalslasten. In de sector V&V lopen de kosten van de infrastructuur uiteen, dit wordt vooral veroorzaakt door de leeftijd van de gebouwen. Ook de Handreiking kostprijsberekening versie 2.0 van HHM geeft aan dat de kosten in rubriek 48 Afschrijvingen, huur en leasing en interest vooralsnog buiten beschouwing blijven[31] en niet worden gebruikt bij het maken van de kostprijsberekening.

De tweede stap in het KPMG kostprijsmodel is dat de gerubriceerde kosten met behulp van verdeelsleutels worden toegerekend aan veertien verschillende ‘activiteiten’: de zeven AWBZ functies, wel AWBZ gefinancierde activiteit maar geen functie, niet AWBZ, indirect en niet cliënt gebonden tijd, leidinggeven, niet beschikbare tijd zoals vakantie en overhead. Het schema wat voorgaande toerekening verduidelijkt, pagina 21 en 22 van het rapport is als bijlage 2 van dit rapport opgenomen. In bijlage A, pagina 4-20 van het rapport *Functiegerichte kostprijzen AWBZ* staan de definities van deze 14 activiteiten. De eerste 22 pagina’s van Bijlage A en B van het KPMG rapport zijn als bijlage 3 opgenomen in dit rapport.

Overhead
In overhead zijn salariskosten van directie, administratie, P&O, ICT en terreingebonden diensten[32] inbegrepen. Algemene materiële kosten en terrein- en gebouwgebondenkosten die niet aan de verblijf- of zorgfuncties zijn toegerekend vallen ook onder overhead[33]. Voor terreingebonden diensten geeft KPMG twee toerekeningvarianten[34], bij de eerste worden de kosten eerst toegerekend aan activiteit nummer veertien overhead en bij de tweede variant worden de kosten via een verdeelsleutel toegerekend aan de activiteiten een tot en met negen op basis van vierkante meters.

Uitzonderingen
Op pagina 21 van het rapport staat aangegeven welke kosten toegerekend kunnen worden aan de activiteiten, niet alle kosten gaan naar elke activiteit. Zo gaan zorggebonden materialen alleen naar activiteit vier tot en met zeven en direct personeel naar activiteit een tot en met dertien. In de bijlage B van het rapport staan er per kostensoort ook nog uitzonderingen vermeld. Zo worden voedingskosten toegerekend aan activiteit zeven, de functie Verblijf, uitgezonderd de kosten voor extramurale maaltijdverstrekking en het personeelsrestaurant[35]. Het vergezellen van cliënten bij het benutten van hun restmogelijkheden en het aanbieden van clubs en verenigingen valt onder de functie

Ondersteunende begeleiding en welzijnsactiviteiten staan genoemd bij de functie Verblijf. In Bijlage A van het rapport *Functiegerichte kostprijzen AWBZ* staan alle functies gedefinieerd.

Direct cliëntgebonden zorguren
De kosten per activiteit zijn bekend geworden door stap twee. Omdat de vergoeding is gebaseerd op de direct cliëntgebonden zorguren worden de kosten van de andere activiteiten op basis van de directe zorguren verdeeld. Het tijdsbestedingonderzoek V&V[36] geeft aan dat gemiddeld 62% (ongeveer 1200 uur) van de tijd besteedt wordt aan direct cliëntgebonden zorg. De resterende uren worden verdeeld naar niet beschikbare tijd (20%) en indirect- en niet- cliëntgebonden tijd, vijf en elf procent.

In de derde stap worden de directe cliëntgebonden uren die medewerkers besteden aan de functies verdeeld naar de functies conform de benchmark uitkomsten van KPMG. Daarna wordt de opslag van indirecte tijd, leidinggeven, materiële kosten en overhead bepaald en verdeeld over de AWBZ functies en is de kostprijs per uur bekend.

De in het onderzoek gevonden opslagen per direct uur worden opgesomd op pagina 51 van het rapport *Functiegerichte kostprijzen AWBZ* en op pagina 62 van het rapport staan de in het onderzoek gevonden opslagpercentages, op basis van directe salariskosten.

Het rapport sluit af met de aanbeveling om '*meer eenheid van taal*' te creëren in de zorgsector, tot nu toe kan niet vastgesteld worden of gevonden verschillen inhoudelijk zijn of door een andere oorzaak zijn ontstaan. De aanbeveling luidt dan ook om een eenduidige set van definities en omschrijvingen vast te stellen voor toekomstige onderzoeken.

Samenvatting
Het kostprijsmodel van het KPMG bestaat uit een drietal stappen: nadat de kosten zijn toegewezen aan de kostensoorten conform het Prismant rekeningschema zijn de kostensoorten automatisch gerubriceerd. In de tweede stap worden de gerubriceerde kosten met behulp van behulp van verdeelsleutels doorbelast aan veertien activiteiten. In de derde stap worden de direct cliëntgebonden zorguren verdeeld over de zeven functies op basis van benchmark onderzoek en worden de kosten van de andere activiteiten met behulp van opslagen verdeeld over de uren per functie. Dit kostprijsmodel is gebaseerd op direct cliënt gebonden uren, deze informatie heeft niet elke organisatie beschikbaar. Zonder die informatie is deze methode niet toepasbaar.

4.2. Indicatieve prijzen zorgzwaartepakketten

In juni 2007 heeft de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) het rapport *Indicatieve prijzen zorgzwaartepakketten, de ZZP's op waarde geschat* uitgegeven. Om de indicatieve prijzen voor de ZZP's te kunnen berekenen zijn verschillende gegevens gebruikt waaronder de kostprijzen uit het rapport '*Functiegerichte kostprijzen AWBZ'* en het macrobudget van de sector[37]. In 2007 konden zorgaanbieder met behulp van de indicatieve prijzen een inschatting maken van de financiële gevolgen van de zorgzwaartebekostiging. De herallocatie van budgetten gebeurt stapsgewijs via een nader te bepalen traject[38]. Een ZZP bestaat uit de componenten Woonzorg, Begeleiding, Behandeling en Verblijf. De component Woonzorg bevat de functies Persoonlijke verzorging, Verpleging en ook de functie Begeleiding.

Aanpassing kostprijzen
De functiegerichte kostprijzen zijn ten opzichte van het rapport *Functiegerichte kostprijzen AWBZ* aangepast op verschillende punten[39]. De kostprijzen gaan niet meer uit van direct uur maar van direct- en indirect cliëntgebonden tijd. De prijzen zijn geïndexeerd en naar de functie Verblijf is nader onderzoek uitgevoerd, de toerekening van medewerkers die

betrokken zijn bij toezicht op de groep worden toegerekend aan de component Woonzorg en niet aan Verblijf.

De berekening voor de functie Verblijf is gebaseerd op veldonderzoek van KPMG. De formatie van de functie Verblijf is gedeeld door het aantal verblijfsdagen per jaar. Dit leidt tot een aantal uur per dag. De normvergoeding per uur voor Verblijf is verminderd met de directe salariskosten per uur om aansluiting te krijgen met de ZZP-systematiek. Het resterende bedrag maal het aantal uur per dag geeft de vergoeding per dag. De vergoeding is door deze wijziging veranderd van ruim 40 euro naar ruim 32 euro[40].

Kapitaalslasten
Het rapport meldt dat de kapitaalslasten nog steeds geen onderdeel zijn van de kostprijzen[41].

Nadere toelichting
Door de vereniging van HEAD's is een nadere toelichting gevraagd op de ZZP-tarieven van de NZa. Daarin wordt een nadere uitleg gevraagd over het tarief van Verblijf. Door de NZa wordt aangegeven dat het normtarief gecorrigeerd is omdat de tijdsbesteding van deze medewerkers onder de component woonzorg is opgenomen[42].

De component Dagbesteding en Verblijf kennen een overlap, uit beide componenten worden welzijnsactiviteiten aangeboden. Recreatieve- en welzijnsactiviteiten die aangeboden worden als onderdeel van de dagstructurering vallen onder de component Woonzorg. Ter vervanging van het niet kunnen deelnemen aan reguliere welzijnsactiviteiten, zoals die in de open maatschappij worden aangeboden, moet er vanuit de functie Verblijf activiteiten worden aangeboden zoals bingo's en muzikale evenementen. De cliënten kunnen daarnaar toe vergezeld worden[43].

Het uitgangspunt van de kostprijsberekening is aangepast. Niet alleen de directe maar ook de indirecte uren worden betrokken als uitgangspunt. De directe zorguren kunnen nooit onder de functie Verblijf vallen, dat is een verduidelijking. De onduidelijkheid over de overlap van welzijnsactiviteiten blijft bestaan. Elke zorginstelling zal daarin een eigen lijn moeten bepalen.

4.3. Handreiking kostprijsberekening

Op de website van VWS staat de *Handreiking kostprijsberekening* versie 2.0 uit november 2008 van HHM met bijbehorende excelsheets waarmee zorginstellingen hun kostprijs mee kunnen berekenen. Er zijn mogelijkheden om van verschillende parameters af te wijken en een bedrijfsspecifieke kostprijs te berekenen. Met behulp van de gevonden kostprijzen kan de zorginstelling zichzelf vergelijken en eventueel besluiten nemen zoals: stoppen met leveren of het product aanpassen zodat het met de bekostiging uitkomt. De *Handreiking kostprijsberekening* begint met drie verschillende kostprijsberekeningmethoden: de opslagmethode, de kostenplaatsenmethode en Activity Based Costing. De opslagmethode wordt toegelicht en de kostenplaatsenmethode wordt gebruikt als specifiek en uitgebreid model. De bij de handreiking horende excelsheets moeten dan ingevuld worden.

De kostprijsberekening is gebaseerd op het kostprijsmodel van KPMG en de indicatieve prijzen van de NZa die hiervoor beschreven zijn. Toch zijn er wel enkele verschillen op te merken. Bij HHM worden de personele terrein- en gebouwgebonden functies niet alleen aan de activiteit 14 overhead toegerekend maar ook aan activiteit zeven Verblijf. HHM geeft in de toelichting aan dat kosten die veroorzaakt zijn door andere activiteiten dan de AWBZ gefinancierde functies moeten worden uitgesloten. KPMG laat deze vallen onder de activiteit 'niet AWBZ'.

De excelsheet berekent de kostprijs voor een intramurale setting met alleen ZZP's. Een combinatie met losse extramurale functies past niet in de excelsheet, ook deze moeten worden uitgesloten. De excelsheet kan bij een homogeen aanbod berekenen of een locatie kostendekkend is of bij een heterogeen dienstenaanbod berekenen of een afdeling kostendekkend werkt. De handreiking is daardoor nuttig maar minder bruikbaar als een organisatie intra- en extramurale zorg levert en zichzelf integraal wil doorrekenen.

4.4. Handreiking interne budgettering

In de *Handreiking interne budgettering versie 1.0* benadert HHM de zorgzwaartebekostiging op een andere wijze. Daarin geven zij opties aan om de nieuwe 'outputfinanciering' in te passen in de intramurale zorgverlening[44]. Er moet volgens HHM gestart worden met het in kaart brengen van de ZZP mix. De ZZP mix zorgt samen met het aantal verblijfsdagen en het bijbehorende tarief voor het instellingsbudget, exclusief kapitaalslasten. Het historische budget en toekomstige budget kunnen dan met elkaar vergeleken worden op concernniveau.

Een gedeelte van het budget moet volgens de handreiking gereserveerd worden voor indirecte kosten zoals overhead, de percentages die daarbij horen staan in bijlage 3 van het rapport *Indicatieve prijzen zorgzwaartepakketten, de ZZP's op waarde geschat* die uitgegeven is door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) in juni 2007. De overgebleven kosten kunnen vertaald worden in uren waarvoor een afdelingshoofd verantwoordelijkheid kan dragen. Ook dit personeelsbudget kan vergeleken worden met het historische budget. Stappen moeten worden ondernomen als er een verschil is.

Als deze werkwijze stringent opgevolgd wordt dan houdt de organisatie geen rekening met situationele verschillen, elke organisatie is tenslotte anders ingericht. De percentages die in het rapport *Indicatieve prijzen zorgzwaartepakketten, de ZZP's op waarde geschat* staan zijn gebaseerd op zorguren uit benchmarkonderzoeken van KPMG en zijn branche gemiddelden. Het risico bestaat dat er op afwijkingen bezuinigd of geïnvesteerd gaat worden, terwijl dat door een andere bedrijfsinrichting verklaard kan worden.

5. Kostenstructurering

5.1. Prismant rekeningschema

In het voorwoord van het huidige Prismant rekeningschema staat beschreven dat het eerste uniforme rekeningschema in 1963 voor het eerst gepubliceerd is door het Economisch Instituut voor Katholiek Ziekenhuiswezen 1951-1969. Vanaf 1965 werd dit rekeningschema ook van toepassing op instellingen die zich aansloten bij het Instituut voor Ziekenhuiseconomie. Vervolgens werd het ingevoerd bij onder andere de GGZ instellingen en verzorgingshuizen. Nadat het Nationaal Ziekenhuisinstituut was opgericht heeft deze het beheer over het rekeningschema overgenomen en is het schema in 1972 geheel herzien. Sinds 1980 hebben diverse beleidsregels en veranderingen in de zorgsector invloed gehad op het rekeningschema. In 2000 zijn de NZi en de Stichting Informatie Gezondheidszorg gefuseerd tot Prismant. Sinds de fusie wordt het rekeningschema uitgegeven door Prismant. Het doel van deze stichtingen is om gegevens te verzamelen, te onderzoeken, te analyseren en informatie beschikbaar te stellen aan belanghebbenden. Sinds de voormalige Regeling Jaarverslaggeving Ziekenhuisvoorzieningen is er een directe relatie ontstaan tussen het rekeningschema en de jaarlijkse verantwoording van instellingen.

Het jaardocument 2009 (JD '09) is een vragenset waarmee zorgaanbieders die een toelating hebben conform de Wet toelating zorginstellingen (WTZi) zich verantwoorden over hun

prestaties in hun verslagjaar[45]. De gegevens worden verzameld, beheerd en uitgeleverd door het Centraal Informatiepunt Beroepen Gezondheidszorg (CIBG), een agentschap van VWS[46]. De doelstelling is eenmaal aanleveren, meerdere malen gebruiken. Om onderlinge bedrijfsvergelijkingen en landelijke uniforme enquêteringen te kunnen maken wordt geadviseerd niet af te wijken van het Prismant rekeningschema[47].

Ook de Zorgbrede Governancecode (ZG), die door Brancheorganisaties Zorg (BoZ) zijn vastgesteld, is een veel gebruikte code binnen de sector V&V en bevat normen voor goed bestuur en toezicht en verantwoording voor zorginstellingen. Landelijke benchmarking is hiermee mogelijk[48] doordat 80% van de zorginstellingen de bepalingen van de code volgen. Het financiële thema wordt gevuld door een projectteam van AztiZ en PriceWaterhouseCoopers. De data wordt uit de jaarverantwoording gedistilleerd[49]. Ook hier is het Prismant rekeningschema de basis van de structurering van de financiële data. De ambitie van de BoZ is dat in 2010 alle zorginstellingen de code gebruiken[50].

5.2. NEN 2748

Facility Management gezondheidszorg eenvoudiger dankzij norm[51], zo opent de website van het Nederlandse Normalisatie-instituut (NEN). Doordat er een norm is verschenen wordt het vakgebied facility management verder gestandaardiseerd. Facilitaire kosten kunnen daarmee geordenend worden en maakt benchmarking tussen facilitaire organisaties mogelijk. Verder kan de norm dienen als hulpmiddel bij het bepalen van de integrale kostprijs. De NEN 2745 voor de gezondheidszorg is gebaseerd op de NEN 2748[52]. In de NEN norm is tabel[53] opgenomen met verwijzingen naar het Prismant rekeningschema en een conversietabel voor rekeningnummers en rubrieken, een koppeling is hierdoor mogelijk.

De NEN 2745 geeft aan dat er wel vergeleken kan worden op basis van getallen maar dat een vergelijking op kwaliteitsaspecten hierdoor uitgesloten is. De NEN 2745 gaat uit van een baten- en lastenstelsel[54]. De NEN 2745 wordt niet gebruikt binnen de WZH, het Prismant rekeningschema wordt gebruikt om kosten te rubriceren.

Het gebruiken van het Prismant rekeningschema heeft de voorkeur boven de NEN 2745. Dit wordt onderbouwd doordat binnen de zorgsector het rekeningschema gebruikt wordt voor benchmarking en onderzoeken. Daarnaast is er een directe relatie met het wettelijk verplichte Jaardocument. KPMG en HHM hebben het Prismant rekeningschema gebruikt als basis bij het onderzoeken en maken van de functiegerichte kostprijzen. De keuze voor het Prismant rekeningschema sluit aan bij het doel van het rapport. Hierdoor zijn de resultaten bruikbaar en kan de teamleider en/of manager van een locatie het model toepassen.

Een nadeel is dat vergelijken met facilitaire bedrijven buiten de sector V&V meer tijd, middelen en energie kost omdat de gegevens van de organisatie eerst vertaald moeten worden naar de indeling van de NEN norm. Dat weegt echter niet op tegen de voordelen van het Prismant rekeningschema.

6. Bedrijfseconomie

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de verschillende wijzen van kostenverbijzondering om kostprijzen te kunnen berekenen. Aansluitend wordt een scorematrix ingevuld met de potentiële kostenverbijzonderingsmethoden en criteria waaraan een model moet voldoen om binnen de WZH goed te kunnen functioneren.

Bedrijfseconomie valt in diverse onderdelen uiteen. De Boer en Brouwers et al delen hun *Basisboek Bedrijfseconomie* op in vierdelen; de organisatie, financiering, kosten en kostprijs en sluiten af met verslaggeving en winst. De Boer en Brouwers et al geven de volgende definitie: *'Bedrijfseconomie richt zich op het economisch handelen binnen de productieorganisaties en de algemene economie op relaties tussen producenten onderling en tussen consumenten en producenten'.*[55] De Boer en Brouwers et al onderscheiden de drie bedrijfseconomische vakgebieden: Financiering, Management accounting en Financial accounting[56]. De auteurs beschouwen commerciële economie als een op zichzelf staand vakgebied dat tegenwoordig meer past bij marketing.

6.1. Bedrijfseconomische vakgebieden

Financiering richt zich op investerings- en financieringsvraagstukken van productiemiddelen en de wijze waarop de financiering verkregen kan worden. Management accounting richt zich op financiële informatieverstrekking aan de bedrijfsleiding, kostprijsberekening is een belangrijk onderdeel van dit vakgebied. De externe financiële rapportage wordt verzorgd door het laatste vakgebied: Financial accounting[57].

Om deze activiteiten uit te kunnen voeren is het noodzakelijk dat er een administratieve functie is die de boeken bij houdt, het boekhouden. De definitie van Starreveld wordt gebruikt door De Boer en Brouwers et al: *Administreren is het systematisch verzamelen, vastleggen, verwerken, en verstrekken van informatie ten behoeve van het besturen en doen functioneren van een huishouding en ten behoeve van de verantwoording die daarover moet worden afgelegd.'*

Zorginstellingen hebben de kenmerken van een not-for-profitorganisatie. De overheid gebruikt voor de voortbrenging van collectieve goederen en diensten het budgetmechanisme[58]. Voor de onverzekerbare geneeskundige zorg gebruikt de overheid de AWBZ om dit uit te voeren. Ook hebben zorginstellingen te maken met de wijze waarop vermogen gefinancierd is, ook in de non-for-profit organisatie moet dit effectief en efficiënt gebeuren. Dit valt onder het bedrijfseconomische vakgebied Financiering. De externe rapportage, het jaardocument die wettelijk is vastgelegd voor de zorgbranche[59], valt onder het vakgebied Financial accounting. De afdeling Finance & Control (F&C) voert deze activiteiten uit binnen de WZH. Met het derde vakgebied 'Management accounting' legt F&C veel meer een zichtbare en concrete verbinding met de interne organisatie van de WZH.

Management accounting is de interne bestuurlijke informatievoorziening[60]. Hierdoor komt informatie over kosten en opbrengsten beschikbaar voor het beheersingsproces en worden diverse beleidsbeslissingen ondersteund[61]. De controller is de functionaris van een financiële afdeling die met deze taak belast is.

Kaplan geeft de volgende definitie: '*Management accounting is a system that collects, classifies, summarizes, analyses and reports information that will assist managers in their decision making and control activities'.*[62]

6.2. Kostprijzen

De Boer en Brouwers et al geven in de inleiding van deel drie *Kosten en Kostprijs*, hoofdstuk tien aan dat '*inzicht in deze opbrengsten en kosten is een absolute voorwaarde om de onderneming levensvatbaar te maken en te houden. Om op verantwoorde wijze bepaalde beslissingen te kunnen nemen, zullen deze vaak door kostprijscalculaties moeten worden onderbouwd.'*

Boon en Roberts et al spreken over drie concrete vragen[63] die het management zich moet stellen bij plannings- en beheersingsvraagstukken: *Welke producten moet de organisatie aanbieden?* Daarbij wordt de onderverdeling gemaakt in winstgevendheid, strategische aspecten zoals assortiment en de tijd uitgedrukt in een levenscyclus. De tweede vraag die beantwoordt moet worden is: *Tegen welke prijs?* De volgende factoren: behoefte van afnemers, het bestaan van substituten en complementaire producten, de kostprijs en prijsbeleid spelen naast de strategische factor hoe de markten worden benaderd mee. Als laatste speelt de vraag: *Hoe moet ik producten maken?* In essentie is dit volgens de auteurs het vraagstuk make or buy?

6.3. Kostprijscalculatie

Kostencalculaties zijn een hulpmiddel bij het vaststellen en/of beoordelen van de verkoopprijs; controle op doelmatigheid; besluitvorming en voorraadwaardering en winstbepaling. De integrale kostprijs bestaat uit kosten die zijn toegewezen en/of toegerekend aan een product of dienst. Koetzier en Epe noemen deze producten of diensten in hun hoofdstuk 'Kostenverbijzondering' kostendragers.[64] Zij openen dit hoofdstuk met de waarschuwing dat het kiezen van onjuiste verdeelsleutels, om indirecte kosten door te belasten, verkeerde beslissingen tot gevolg hebben.

Hoe moeilijk en gevaarlijk kostprijsberekening is geeft het voorbeeld[65] van Bureau HHM in de Handreiking Kostprijsberekening aan. Zij stellen dat bij een mix van drie producten de verhouding kan worden gebruikt tussen de pakketten om de directe en indirecte kosten door te belasten en tot een kostprijs te komen. Een product kan hierdoor belast worden met teveel indirecte kosten. Als op basis van deze berekening het management beslist om dat product niet meer op te nemen in de marketingmix kan het gevolg zijn dat het rendabele product wordt geweerd en de organisatie blijft zitten met onrendabele producten, die zelfs de continuïteit van de organisatie kunnen bedreigen. Wel geven zij als kanttekening dat deze methode ervoor zorgt dat de verliezen gelijk worden verdeeld over de producten.

Bruggeman en Everaert geven in hoofdstuk dertien aan hoe dergelijke productmix beslissingen genomen moeten worden. Ook is de dekkingsbijdrage van belang bij dergelijke beslissingen. Het verschil tussen de verkoopprijs en de variabele kosten wordt de dekkingsbijdrage genoemd. Door dit verschil worden de constante kosten gedekt. Een product is break-even als de dekkingsbijdrage even groot is als de constante kosten[66].

Bruggeman en Everaert vinden dat de kracht van kostprijscalculatie moet liggen in de dimensie 'accounting of the future' in plaats van 'accounting of the past'[67]. Hiermee wordt bedoeld dat gerealiseerde kosten vervuild kunnen zijn met ondoelmatige productie, verspilling of overbezetting. Een nadeel van werken met toekomstige kosten is dat het schattingen zijn en aan exactheid inleveren. De auteurs verkiezen 'benaderde juiste' prijzen boven 'exact verkeerde' prijzen om beslissingen op te baseren.

Bruggeman en Everaert geven in *Kostprijscalculatie en management accounting* de volgende definitie van een kostprijs: *'De kostprijs is de som van de kosten nodig voor het*

realiseren van een bepaalde prestatie. Waarbij we kosten definiëren als de in geldwaarde uitgedrukte offers van de ingezette productiemiddelen'.[68]

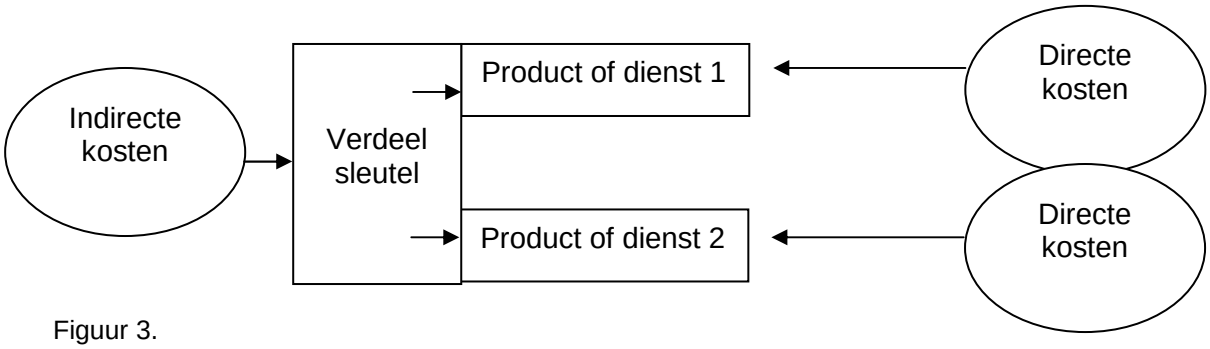
De prestatie die genoemd wordt in de definitie moet vastgesteld worden. Een verkochte dienst of een eindproduct omvat volgens Bruggeman en Everaert het productie- en verkoopproces. In een dienstenorganisatie vallen fabricagekostprijs en verkoopkostprijs samen, er is namelijk geen tijdsverloop tussen productie en het consumeren van de dienst[69].

6.4. Soorten kosten

De kosten die in de definitie genoemd worden zijn zeer divers, de verschillende auteurs beschrijven een aantal kosten: er zijn vaste kosten die onafhankelijk van de productiedrukte aanwezig zijn en variabele kosten die met de productiedrukte mee fluctueren. De kosten die veroorzaakt worden door één activiteit binnen de organisatie worden directe kosten genoemd, kosten die voor meerdere activiteiten worden gemaakt en niet aan één activiteit toe te rekenen zijn worden indirecte kosten genoemd. Er zijn soorten kosten zoals productiekosten, verkoopkosten en beheerskosten. Ook is er een verschil in werkelijke kosten die geregistreerd zijn tijdens een bepaalde periode of toelaatbare kosten die de norm zijn voor een normale of standaard productie in een bepaalde periode, de zogenoemde geplande kosten[70]. Als laatste groep worden ook differentiële kosten genoemd, deze soort kosten komen voor bij het berekenen van productie of diensten die boven op de standaard productie of dienstverlening wordt geleverd.

6.5. Productie kenmerken

Als een organisatie één enkel product of dienst produceert dan kunnen alle kosten direct worden toegerekend aan het ene product, dit wordt een homogene productie genoemd. Op uitzonderingen na produceren organisaties diverse producten en/of diensten, dit wordt een heterogene productie genoemd waarbij er directe en indirecte kosten aanwezig zijn. De indirecte kosten, zoals schoonmaak of beveiligingskosten zijn niet zonder meer te verdelen naar een product of dienst, er is niet altijd een direct verband te leggen. Met behulp van een verdeelsleutel kunnen indirecte kosten verdeeld worden. Figuur drie geeft dit vereenvoudigd weer.



Figuur 3.

6.6. Kostenverbijzonderingsmethoden

Er zijn eenvoudige en complexe manieren bekend om kosten toe te rekenen. De deelcalculatie, equivalentiecijfermethode, opslagmethode, kostenplaatsenmethode, Activity Based Costing en gemeenschappelijke kostenmethode zijn ontwikkeld om indirecte kosten toe te rekenen aan producten of diensten. Als laatste wordt een irrationele of subjectieve methode toegelicht.

De deelcalculatie en equivalentiecijfermethode worden niet behandeld omdat deze kostenverbijzondering homogene productie veronderstelt[71]. Een zorginstelling heeft tegenwoordig geen homogene productie meer. De gemeenschappelijke kostenmethode wordt ook bij voorbaat uitgesloten omdat er in zorginstellingen geen productieproces aanwezig is die automatisch een bijproduct oplevert. Een voorbeeld hiervan is een lege terugreis van een goederentrein die automatisch voortvloeit uit de heenreis met lading[72].

6.7. Opslagmethode

De enkelvoudige opslagmethode is de meest simpele vorm. Alle directe kosten worden toegerekend aan een product of dienst en alle indirecte kosten worden in dezelfde verhouding toegerekend. Als product X 40% van de directe kosten toegerekend krijgt dan wordt er ook 40% van de indirecte kosten toegerekend aan product X. Deze kostenverbijzondering veronderstelt dat alle producten eenzelfde beslag leggen op de indirecte kosten, deze relatie hoeft beslist niet aanwezig te zijn[73]. Een doorontwikkeling van deze methode vinden we terug in de meervoudige opslagmethode. De indirecte kosten worden verdeeld in groepen en via meerdere opslagen toegerekend aan de producten of diensten.

Koetzier en Epe waarschuwen dat het gebruiken van kostprijzen, voor beslissingsdoeleinden die voortvloeien uit de opslagmethode, de beslisser steeds bedacht moet zijn dat de toerekening (de bedachte opslag) op meer of minder arbitraire wijze plaatsvindt. Het plaatsen van een cijfer achter de komma bij de uitkomsten vinden zij een schijnzekerheid die er niet is[74].

Als voorbeeld kan de situatie geschetst worden van een zorginstelling die zorg levert binnen en buiten de muren van de instelling. Bij het gebruik van de opslagmethode krijgt het team die buiten de muren zorg levert toch voor een groot deel facilitaire kosten van het pand doorbelast als de opslag op basis van omzet wordt gebaseerd. De opslagmethode om indirecte kosten toe te rekenen is dan minder geschikt.

6.8. Productiecentramethode

De kostenplaatsmethode of productiecentramethode gaat ervan uit dat met behulp van ‘tussenstations’[75] het verband tussen indirecte kosten en kostendragers (de producten of diensten) wel te leggen is. De tussenstations zijn hulpkostenplaatsen, bestaande afdelingen, kostengroeperingen en hoofdkostenplaatsen. De Boer en Brouwers et al noemen ook nog de zelfstandige kostenplaatsen. De indirecte kosten worden direct of indirect via verdeelsleutels toegerekend aan de hoofdkostenplaatsen. Bij elke tussenstation kan voor een passende verdeelsleutel gekozen worden.

De tussenstations hebben ook onderlinge relaties, een zelfstandige kostenplaats kan ook diensten leveren aan een andere zelfstandige kostenplaats. Koetzier en Epe beschrijven drie varianten[76] om deze afhankelijkheidsrelaties te verwerken in de systematiek van de kostenplaatsmethode.

6.9. Varianten en afhankelijkheidsrelaties

Bij de meest eenvoudige variant worden de eerst belaste kosten, de indirecte kosten die verzameld zijn op een hulpkostenplaats, doorbelast aan een hoofdkostenplaats. Bij de tweede variant vinden er ook doorbelastingen, in één richting, plaats tussen hulpkostenplaatsen onderling. De gekozen volgorde is daarbij van belang. Bij de derde en meest complexe variant worden de kosten door- en terugbelast. De keuze wordt bepaald

door de gewenste nauwkeurigheid (baten) en de offers (lasten) die de organisatie kan en wil brengen. De volgende stappen moeten uitgevoerd worden om de kostenplaatsenmethode te gebruiken[77]:

1. het creëren van kostenplaatsen;
2. het bepalen van de indirecte kosten die horen bij de kostenplaatsen;
3. een keuze maken voor een van de drie genoemde varianten;
4. het selecteren van verdeelsleutels om de indirecte kosten toe te rekenen;
5. het toerekenen van de indirecte kosten die op de hoofdkostenplaatsen zijn verzameld aan de kostendragers.

Koetzier en Epe geven aan dat de kostenplaatsmethode niet alleen gebruikt kan worden als kostprijsbepaling maar ook het afdelingsresultaat wordt inzichtelijk. Verspilling komt dan niet in de kostprijs terecht maar is de verantwoordelijkheid van de afdelingsmanager[78].

Bij het genoemde voorbeeld kunnen de facilitaire kosten verdeeld worden over tussenstations en kan per tussenstation een passende verdeelsleutel worden toegepast. Het team dat buiten de organisatie zorg levert krijgt op basis van vierkante meters veel minder schoonmaakkosten toegerekend maar voor de kopieerkosten wordt het daadwerkelijke verbruik doorbelast. Deze methode is veel geschikter.

6.10. Activity Based Costing

Al in 1991 schrijft Professor doctor Traas, emeritus Hoogleraar Business Economics, Vrije Universiteit Amsterdam in het voorwoord van *Activity Based Costing, strategisch cost management voor vernieuwende bedrijven* dat de traditionele kostprijsberekeningen niet goed zijn opgewassen tegen de eisen die de nieuwe productie en marketingomgeving stelt. Kenmerkend is daarbij de interne en externe complexiteit. Intern veroorzaakt dit kosten door nieuwe activiteiten in bestaande afdelingen en door de noodzaak nieuwe ondersteunende afdelingen op te zetten. Deze kosten kunnen volgens de hoogleraar onder omstandigheden vertekende kostprijzen opleveren als traditionele kostprijsberekeningen worden gehanteerd. In het ergste geval worden onjuiste beslissingen genomen en de verkeerde producten verkocht of van de markt genomen. De opslagmethode en kostenplaatsmethode gaan er volgens Koetzier en Epe[79] impliciet uit van de gedachte dat meer volume ook meer indirecte kosten tot gevolg heeft. Boons en Roberts et al onderschrijven deze positieve correlatie tussen indirecte kosten en productievolume, ze vertalen dit in ‘hoog subsidieert laag’[80]. Deze is bij de kostenplaatsmethode minder sterk aanwezig en Koetzier en Epe stellen dat de gevolgen minder fataal zijn voor een beslissing als de indirecte kosten een geringer gedeelte van de kostprijs zijn[81]. Activity Based Costing (ABC) moet volgens Traas deze complexiteit wel kunnen behandelen.

6.11. Activiteiten

Het kenmerkende uitgangspunt van ABC is dat de activiteiten, om de producten te maken, de kosten veroorzaken in plaats van de producten. ABC wordt daarom gebaseerd op een analyse van de productie- of voortbrengingsprocessen. Daardoor ontstaat volgens Boons en Roberts et al een natuurlijke aansluiting bij de activiteiten en beleidsvorming van een organisatie[82]. Per activiteit worden de kosten verzameld en per product wordt bepaald hoeveel activiteiten vereist zijn om een product te maken. Boons en Roberts et al vinden ABC goed toepasbaar in ondernemingen met lage meet- en registratiekosten die actief zijn op sterk concurrerende markten en een breed of diep assortiment hebben[83].
Ook bij ABC worden directe kosten rechtstreeks doorbelast en worden indirecte kosten verdeeld in meerdere groepen. Kosten die geen verband hebben met de productie worden met een eenvoudige verdeelsleutel doorbelast en de kosten die verband hebben met de

productie worden met behulp van cost drivers, zoals het aantal facturen bij de activiteit 'facturen verwerken' verbijzonderd naar de producten of diensten die de kosten veroorzaken. Deze overgebleven kosten worden verdeeld via ABC. De volgende vier stappen[84] zijn nodig om dat doel te bereiken:

1. het bedrijfsproces moet uiteen gerafeld worden in de verschillende activiteiten die nodig zijn voor de voortbrenging;
2. bepaal welke kosten aan de activiteiten verbonden zijn en welke factor de belangrijkste toe of afname van een activiteit is, dit is de cost driver;
3. de activiteiten die dezelfde cost driver hebben worden verzameld in een cost pool;
4. als laatste wordt bekeken welke activiteiten er nodig zijn voor een bepaald product.

Hierdoor richt ABC zich niet alleen op de kosten die met het volume samenhangen maar ook met de seriegerelateerde kosten en de kosten van de fabriek in zijn geheel. Het grootste verschil met de kostenplaatsmethode is dat ABC kosten via activiteiten doorbelast aan producten in plaats van via tussenstations en dat ABC zich niets aantrekt van de formele organisatiestructuur.

De voordelen van ABC zijn volgens Bruggeman en Everaert de nauwkeurigheid, het inzicht van de kostprijs en de zichtbare cost drivers prikkelen eindverantwoordelijken om efficiënter te werken. Ook kunnen veranderingen gesimuleerd worden waardoor het effect van mogelijke keuzes direct duidelijk worden, het effect van de verbeteringen of veranderingen in het productieproces of assortiment wordt snel duidelijk[85]. Een nadeel is dat ABC complex is, veel tijd kost en een ingewikkelde registratie vraagt.

Volgens Boons en Roberts et al kan ABC bij ondernemingen met de volgende karakteristieken een belangrijke rol spelen:

- Lage meet en registratiekosten;
- sterk concurrerende markten;
- divers (breed/diep) assortiment.

De complexiteit en de hoge meet- en registratiekosten zijn drempels bij de invoering van ABC bij zorginstellingen. Dit zijn juist de tegenstellingen van de punten die Boons en Roberts et al noemen waardoor ABC goed toepasbaar is.

6.12. De irrationele methode

De genoemde verbijzonderingsystemen zijn rationeel, de verdeelsleutels zijn gebaseerd op samenhang, cost-driver of oorzaak en gevolg. De sleutels zijn objectief en rekenkundig bepaald en toegerekend. Bruggeman en Everaert geven nog een ander systeem verdeelsleutel die gebruikt kan worden: de irrationele methode. Er wordt dan rekening gehouden met draagkracht van een product, zo kan een goed lopend product een ander product tijdens de marktintroductie ondersteunen of worden kosten verdeeld op basis van vermijden van organisatiespanningen, gelijkheid of om gedrag te veranderen toegewezen. Dit wordt toewijzing of allocatie van kosten genoemd. Rationele beslissingen kunnen niet op basis van de verkregen irrationele kostprijzen worden genomen[86].

7. Scorematrix

Om te kunnen beoordelen welk verbijzonderingsysteem het beste aansluit bij de doelstellingen van de opdracht wordt is er een scoringsmatrix ontwikkeld. De criteria zijn ontleend aan de eisen die de verschillende auteurs stellen aan het invoeren van kostenverbijzonderingsmethoden en aan het doel en eisen van de opdracht. De definities van de criteria zijn als bijlage nummer 4 opgenomen. Tijdens het beoordelen zijn de doelstellingen van het rapport expliciet betrokken:

Een financieel model / financiële methode die elke teamleider facilitaire zaken (of MT) van een WZH locatie kan toepassen en gebruiken op zijn locatie. De methode wordt getest op de locatie WZH Hoge Veld. De locatie en het facilitair bedrijf van de WZH worden geadviseerd hoe ze met de uitkomsten kunnen omgaan.

In het model worden de (facilitaire) kosten, die veroorzaakt worden door AWBZ en niet AWBZ gefinancierde producten en dienstverlening van de locatie, inzichtelijk. Op basis van de informatie kunnen besluiten genomen worden en kosten worden beheerst door de managers en teamleiders op locatie.

Scoringsmatrix

Methode **Criteria**	ABC	Kosten-plaats	Opslag
Invoeringsproces			
Tijdsduur (1=lang 5=kort)	1	3	4
Capaciteit (1=groot 5=klein)	1	4	4
Complexiteit (1=groot 5=klein)	1	3	5
Extern bureau of zelf uitvoeren (1=extern 5=zelf)	2	5	5
Draagvlak (1=klein 5= groot)	1	5	2
Afgestemd op reguliere organisatie (nee=1 ja=5)	1	5	3
Subtotaal	**7**	**25**	**23**
Omgevingsfactoren			
Prismant (nee=1 ja=5)	5	5	5
KPMG rapport en kostprijsmethode (nee=1 ja=5)	1	5	2
HHM rapport en kostprijsmethode (nee=1 ja=5)	1	5	2
Subtotaal	**7**	**15**	**9**
Effectiviteit			
Continu proces (nee=1 ja=5)	1	5	5
Leereffect (nee=1 ja=5)	5	4	1
Integriteit uitkomsten (1=klein 5= groot)	5	4	2
Vrijwillige deelname (1=klein 5= groot)	1	4	4
Subtotaal	**12**	**17**	**12**
Totaal	**26**	**57**	**44**

7.1. Beoordeling van de criteria ‘Invoeringsproces’

Uit het literatuuronderzoek blijkt dat ABC tijdens het invoeringsproces veel vergt van de capaciteit van een organisatie en dat er externe hulp nodig is voor de invoering. Het scoort op dit onderdeel het kleinste aantal punten. Hierdoor zal het draagvlak voor het invoeren klein zijn. De kostenplaats- en opslagmethode scoren meer dan voldoende omdat de WZH dit zelf kan invoeren binnen de bestaande capaciteit en bedrijfsvoering. Daarnaast is de kostenplaatsmethode het best afgestemd op de reguliere organisatie. Dat ABC zich niks aantrekt van organisatiestructuren kan juist een voordeel zijn, het voorkomt dat budgethouders tijdens discussies over verdeelsleutels, zoals bij de andere methoden, ervoor kunnen zorgen dat door irrationele doorbelastingen de eigen kostenplaats minder belast wordt. De kostenplaatsmethode wordt als beste ‘fit’ beoordeeld.

7.2. Beoordeling van de criteria ‘Omgevingsfactoren’

De kostenplaatsmethode wordt ook gebruikt door KPMG en HHM. De WZH werkt met kostenplaatsen en het Prismant rekeningschema. De kostenplaatsmethode scoort 100% goed op dit onderdeel. De relatie met de organisatie, HHM en KPMG is doorslaggevend voor de beoordeling.

7.3. Beoordeling van de criteria ‘Effectiviteit’

De kostenplaatsmethode scoort op continu proces en vrijwillige deelname hoog, de ABC methode laag. Op de andere punten scoort ABC maximaal. Ook bij dit onderdeel scoort de kostenplaatsmethode het hoogst. De hoge score op continu proces en vrijwillige deelname zijn doorslaggevend op het onderdeel effectiviteit.

8. Conclusie I

Op korte termijn heeft de WZH een verbijzonderingsysteem nodig om kostprijsberekeningen te kunnen maken. De opslagmethode kent vele beperkingen en geeft arbitraire verdeelsleutels waardoor uitkomsten ter discussie komen te staan. De keuze moet gemaakt worden tussen de ABC en kostenplaatsmethode.

De kostenplaatsmethode maakt het goed mogelijk om de kostprijzen en de methode te spiegelen aan de kostprijsberekeningen van HHM en KPMG. Ook is het mogelijk om met de verbijzonderde kosten het instrument van HHM te vullen zodat spiegeling met die externe maatstaf voor de ZZP mix van een locatie mogelijk wordt. Samen met de afstemming op de interne organisatie zijn dit belangrijke criteria. De supportafdeling WZH produceert een begroting die een zeer goed uitgangspunt voor de kostenplaatsmethode is. Daarnaast is de WZH bekend met een kostenplaatsenstructuur en zijn de kosten begroot op basis van het Prismant rekeningschema.

Als de huidige productmix op locatie niet kostendekkend is kan met behulp van simulaties in het verbijzonderingsysteem beslissingen genomen worden. Dit sluit aan bij de wens van de WZH om ‘continu te toetsen op financiële haalbaarheid en het zoeken naar synergie tussen de locaties en een passende financiële structuur’. Dit soort simulaties is in beide modellen uit te voeren, bij een breed assortiment verdient ABC dan de voorkeur.

De ABC methode is een complexe en tijd- en middelenrovende methode. Doordat ABC zich niets aantrekt van organisatiestructuren is de kostenplaatsenstructuur en begroting minder

bruikbaar. Een teamleider facilitaire zaken kan de ABC methode daardoor niet zelfstandig toepassen en vrijwillige deelname zal daardoor klein zijn. ABC scoort hierdoor slecht op de doelstelling dat elke teamleider het model kan toepassen en gebruiken op zijn of haar locatie. De organisatie en de functionarissen zijn nog niet toe aan een dergelijk complexe methode. Het draagvlak om deze kostenverbijzonderingsmethode in te voeren is klein. Daarnaast is de gevonden kostprijs, die met behulp van de ABC methode wordt bepaald niet te vergelijken met de kostprijsopbouw van KPMG en HHM.

De kostenplaatsmethode heeft de meeste aansluitingspunten binnen en buiten de organisatie. Het advies luidt dan ook om conform de opdracht en doelstelling van het rapport de kostenplaatsmethode te testen op locatie WZH Hoge Veld. Ook geeft deze methode voldoende ruimte om specifieke verdeelsleutels te maken. Ook kan er gekozen worden om verdeelsleutels te maken op basis van de opslag of ABC methode als dat gewenst is. Voorkomen moet worden dat er alsnog sleutels ontstaan die een automatische relatie hebben tussen volume en het toewijzen van indirecte kosten, dit is een nadeel van de kostenplaatsmethode.

In het model worden de kosten van locatie WZH Hoge Veld integraal inzichtelijk gemaakt zodat de invloed van de veranderingen in facilitaire kosten op de andere dienstverlening zichtbaar wordt.

9. De Test

Met behulp van het stappenplan van Koetzier en Epe en de methodiek uit de kostprijsberekening van KPMG en HHM wordt het testmodel voor WZH Hoge Veld gemaakt.

De eerste stap is dat de kosten aan soorten worden toegewezen, binnen de WZH gebeurt dit al aan de hand van het Prismant rekeningschema. De vastgestelde begroting van 2009 wordt als uitgangspunt genomen. De kostensoorten worden in de kostenverdeelstaat in de 1^{e} kolom geplaatst. Dit gebeurt op het tabblad ‘Invoer data 2008’

De tweede stap is het bepalen van de tussenstations: de hulp- , zelfstandige- en hoofdkostenplaatsen en de eindstations, de kostendragers. Het model is zo flexibel dat het aantal tussenstations en kostendragers niet gelimiteerd is en per locatie anders kan worden ingericht. De tussenstations en de kostendragers staan in de kostenverdeelstaat op de rijen.

Voor Hoge Veld zijn de volgende tussenstations vastgesteld: de centrale zelfstandige kostenplaatsen ICT, P&O, Binnendienst, F&C, Facilitair Bedrijf en Stafbureau waar de eerstbelaste kosten op staan die doorbelast zijn aan de locatie en de locale zelfstandige kostenplaatsen Activiteitenbegeleiding, Hoteldiensten, Overhead, P&O, Facilitair management, Relatiebeheer en de hulpkostenplaats Gebouw & Terrein. Daarnaast zijn de volgende hoofdkostenplaatsen vastgesteld: Grand Café, Kapsalon, Zorg PG, Extramurale zorg, Dagbehandeling PG en De SOOS.

De hoofdkostenplaats Zorg PG is verdeeld in ZZP Woonzorg, ZZP Behandeling en ZZP Verblijf om de uitkomsten op componentniveau te kunnen vergelijken met de vergoedingen die ook op componentniveau bekend zijn. De Dagbehandeling PG, de SOOS en Extramurale zorg worden gefinancierd met losse functies. De Kapsalon en Grand Café zijn niet AWBZ gefinancierde activiteiten. Onder het Grand Café valt de extramurale maaltijdvoorziening aan derden en niet de functie personeelsrestauratie, deze valt onder Overhead. Om het beeld compleet te houden worden ook de kapitaalslasten opgenomen in het model.

De derde stap is het doorbelasten van de directe en indirecte kosten. De directe kosten zijn eenvoudig door te belasten omdat de kostenplaatsen in de begroting veelal samenvallen met

de tussenstations en eindstations. De overgebleven indirecte kosten worden vanuit de kostenplaatsen doorbelast aan de tussenstations en uiteindelijk aan de hoofdkostenplaatsen. Deze sleutels worden per kostenrubriek of soort vastgelegd. Deze test wordt uitgevoerd door de Teamleider facilitaire zaken van Hoge Veld in samenwerking met de facilitaire controller en de Manager Planning & Control (P&C). De ondernomen stappen en verdeelsleutels worden vastgelegd in een logboek. Dit logboek is als bijlage 5 opgenomen bij dit rapport.

In principe worden de aangereikte verdeelsleutels van KPMG en HHM gevolgd. Als alle indirecte kosten zijn doorbelast wordt de hulpkostenplaats Overhead doorbelast conform KPMG en HHM. Tussen de tussenstations vinden in principe geen onderlinge doorbelastingen plaats.

10. Resultaten van de Test

Het model werkt, dat is het belangrijkste resultaat van de test en de doelstelling van dit rapport wordt hierdoor gerealiseerd. Dit is concreet gemaakt door het voornemen van de Manager P&C die het model ook wil gaan vullen met de begroting van een andere WZH locatie omdat het een ‘goede’ indicatie geeft en omdat de handreiking van HHM met de afdelingsresultaten te vullen is. Het logboek wat bij het ontwikkelen is bijgehouden is daarvoor de handleiding. In het logboek staan ook de verdeelsleutels bij elke stap aangegeven. Het logboek is als bijlage 5 aan dit rapport toegevoegd.

10.1. Wijzigingen gedurende de test

Na het maken en vullen van het eerste model heeft er een gesprek plaatsgevonden met de manager P&C. Dit gespreksverslag is als bijlage 6 opgenomen. De grootste aanpassingen die gewenst waren zijn de volgende:

- het model moet dynamisch zijn;
- voor het overzicht en de presentatie van de gegevens moeten meerdere tabbladen gebruikt worden;
- voor de praktische toepasbaarheid moet er per rubriek doorbelast worden, tenzij er gegronde redenen zijn om af te wijken en er grote bedragen mee gemoeid zijn.

Alle drie de wensen zijn doorgevoerd in het model, doorbelasten per rubriek is als volgt vastgesteld: Rubriek 43 en 44 in principe naar ZZP Verblijf tenzij er gegronde redenen zijn om af te wijken. Rubriek 45 wordt doorbelast aan Overhead. Rubriek 46 wordt doorbelast aan ZZP Woonzorg. Rubriek 47 wordt doorbelast aan Gebouw & Terrein. Rubriek 48 wordt doorbelast aan Overhead. Rubriek 83 en 91 wordt doorbelast aan diverse hulpkostenplaatsen en kostendragers. Dit uitgangspunt wordt gehanteerd om per rubriek te kunnen doorbelasten i.p.v. per kostensoort. Deze doorbelasting sluit aan bij de uitgangspunten van KPMG en HHM.

In hoofdstuk negen zijn drie stappen beschreven, deze stappen worden met behulp van Screenshots toegelicht. De screenshots zijn als bijlage aan dit rapport toegevoegd.

Screenshot 1, bijlage 9, brengt de eerste stap die genomen moest worden voor het testmodel in beeld. In de eerste kolommen (E, H en P) staan de kostensoorten en de bijbehorende omschrijving en codering. De codering is conform het Prismant Rekeningschema. In de kolommen staan van links naar rechts de tussen- en eindstations, de tweede stap die genomen moest worden.

Het doorbelasten van de directe en indirecte kosten is de derde stap die genomen moest worden. Dit is de meest complexe stap en is in twee fases uitgevoerd. Voor rubriek 43 tot en met 48 zijn afspraken gemaakt en deze kosten worden in hetzelfde tabblad doorbelast. Een voorbeeld daarvan is te vinden in Screenshot 1 op rij 177. Daar worden de kosten van '441.180 schoonmaakkosten derden' van rubriek 44 doorbelast aan ZZP Verblijf en is zichtbaar dat de afgesproken uitzondering op deze kostensoort wordt toegepast. Van de €212.000 wordt €200.000 aan ZZP Verblijf doorbelast en €12.000 aan andere eindstations op basis van vierkante meters. Deze informatie is ontrokken aan het schoonmaakbestek. De onderliggende argumentatie was dat het bedrag voldoende groot was om verdeeld te worden over de verschillende eindstations.

Rubriek 41 en 42 bestaan uit 150 kostensoorten en hebben betrekking op loon en sociale lasten. Veelal worden deze kosten verdeeld over meerdere tussen- of eindstations. Om te voorkomen dat er per kostensoort een formule moet worden gemaakt zijn alle rubrieken getotaliseerd op een tweede tabblad. Met behulp van screenshot 2, bijlage 10, is dit inzichtelijk gemaakt.

Op rij drie tot en met vijftien staan de totalen van de rubrieken en op de kolommen staan de tussenstations en de eindstations. In kolom H is bijvoorbeeld bij de zelfstandige kostenplaats Facilitair management te zien dat de alle rubrieken behalve 41 en 42 al zijn doorbelast. Het totaal van rubriek 41 en 42 €66.135 wordt doorbelast aan Gebouw & Terrein en Overhead beide voor 40% en aan ZZP Verblijf voor 10%. De resterende kosten worden doorbelast aan de Kapsalon en het Grand Café, beide voor 5%. Deze verdeelsleutel is op basis van een inschatting en na discussie tot stand gekomen. Een kwalitatief betere verdeelsleutel kan gemaakt worden door op activiteitenniveau te gaan meten en registreren.

Veel kosten zijn doorbelast aan de tussenstations Overhead en Gebouw & Terrein, dit is conform de uitgangspunten van het KPMG kostprijsmodel. De kosten van Gebouw & Terrein worden verdeeld over de eindstations op basis van vierkante meters. Deze informatie is ontrokken aan het schoonmaakbestek. Dit is zichtbaar in Screenshot 2, rij 31. De kosten van Overhead worden doorbelast op basis van fulltime-equivalent (FTE). Deze informatie is ontrokken aan de personeelsbegroting. Beide verdeelsleutels zijn conform de uitgangspunten van KPMG.

In figuur 4 zijn beide doorbelastingen zichtbaar. In de rijen 1 tot en met 13 staan de kosten die direct of indirect zijn doorbelast aan de eindstations met uitzondering van de kosten van rubriek 41 en 42 die niet direct konden worden doorbelast.

In de rijen 15 tot en met 21 staan de doorbelastingen van de rubrieken 41 en 42 van de tussenstations naar de eindstations aangegeven. In rij 18 staan bijvoorbeeld de doorbelaste kosten van tussenstation P&O die verbijzonderd zijn naar vier eindstations. De verdeelsleutel van deze doorbelasting is gebaseerd op het aantal leerlingen wat de praktijkopleider begeleidt.

In de rijen 23 en 24 staan de kosten van Gebouw en Terrein (G&T) en Overhead (OH) die doorbelast zijn op basis van vierkante meters en FTE's. In rij 25 staan de totale kosten per kostendrager vermeld.

	kostendragers ZZP			Diverse kostendragers					Rubriek
	ZZP Behan-deling	ZZP Verblijf	ZZP Woon zorg	EMZ	Dagbe-hande-ling PG	SOOS	Kapsalon	Grand Café	
	A	B	C	D	F	G	H	I	J
1	152.751	0	1.509.164	515.186	97.573	53.244	0	0	41 Personeel
2	38.553	0	340.311	114.272	23.524	15.283	0	0	42 Soc. Last
3	0	0	0	0	0	0	0	0	49 Doorbelasting Stafbureau
4	0	114.287	0	0	14.515	14.515	0	48.000	43 Voedingskosten
5	0	404.750	1.135	1.958	25.393	6.951	4.752	2.941	44 Hotelmatige kosten
6	0	0	1.506	1.500	740	1.840	0	0	45 Algemene kosten
7	0	0	90.295	200	2.400	16.600	0	0	46 Patiëntgeb. Kost
8	0	0	0	0	0	0	0	0	47 Gebouw & Terrein
9	0	0	0	0	0	0	0	0	48 Kapitaalslast
10	0	0	0	0	0	0	0	0	81 Kapitaalslast
11	0	0	-9.445	0	0	0	0	0	82 inkomsten niet AWBZ
12	0	-50.868	0	-18.210	0	0	-23.369	-60.000	83 inkomsten niet AWBZ
13	0	0	0	0	0	0	0	0	9 Huur en serviceopbrengst
14	**191.304**	**468.168**	**1.932.966**	**614.906**	**164.145**	**108.432**	**-18.616**	**-9.059**	**Totaal**
15			124.841						Doorbelastingen activiteiten
16			37.767	-37.767					Doorbelasting Manager EMZ
17							34.582		Doorbelasting hotel
18			33.354	9.530	2.382	2.382			Doorbelastingen Pers. P&O
19			33.797	20.278	6.759	6.759			Doorbelastingen Pers. Rel.
20		32.492			16.246	16.246		67.664	Doorbelasting pers. GC
21		6.614					3.307	3.307	Doorbelasting pers. FM
22	**191.304**	**507.274**	**2.162.725**	**606.947**	**189.533**	**133.820**	**19.272**	**61.912**	**Totaal na uitsluiting 48 & 81**
23		170.810		2.213	3.242	3.216	986	3.324	**Doorbelasting G&T**
24	37.423	31.211	751.639	171.203	87.269	60.793	22.403	33.808	**Doorbelasting Overhead**
25	**228.727**	**709.295**	**2.914.365**	**780.363**	**280.044**	**197.829**	**42.661**	**99.044**	**Totaal na doorbelasting**

Figuur 4, indirect en directe kosten per eindstation

10.2. Aanbevelingen vanuit de test

In een van de gesprekken met de manager P&C is de conclusie getrokken dat het praktisch is om de kostenplaatsstructuur en de begroting aan te laten sluiten bij het kostprijsmodel zodat er minder handelingen nodig zijn. Als bijlage 5 is het logboek toegevoegd waarmee het model gevuld is en deze kan gebruikt worden als handleiding bij het vullen van het model.

De eerste aanbeveling om handelingen te verminderen is om de kosten van ZZP Behandeling te verplaatsen. Deze staan in de begroting in het tabblad van de locatiemanager. In dat tabblad staan meerdere kostenplaatsen. Voor een eenvoudigere en dynamische vulling is het handig om deze kostenplaatsen in een apart tabblad te plaatsen zonder dat er afbreuk wordt gedaan aan de organisatiestructuur. Als tweede aanbeveling is het praktischer om de kostenplaats van PR op te nemen in de tab van de locatiemanager, hierdoor komen de kosten die doorbelast worden naar Overhead bij elkaar staan. Ook staan er kostensoorten, zoals geneesmiddelen, begroot op de kostenplaats directie/management terwijl dit directe kosten zijn die alleen gebruikt worden door ZZP Woonzorg, de aanbeveling is om deze kosten te begroten op de kostenplaats die samenvalt met dit eindstation. Ook is het nuttig als alle eindstations een aparte kostenplaats krijgen, dit geldt dan bijvoorbeeld voor de Kapsalon en Grand Café. Personeelskosten kunnen dan direct worden geboekt en verschillende stappen vervallen dan tijdens het vullen van het model.

Ook bleken enkele tussenstations nutteloos, de (centrale) zelfstandige kostenplaatsen bleken in de praktijk niet gebruikt te hoeven worden. De kosten staan in de kostenplaats directie/management als een kostensoort en deze kostplaats wordt in zijn geheel naar Overhead doorbelast. De kosten van de (centrale) zelfstandige kostenplaatsen moesten ook naar Overhead worden doorbelast, dit gebeurde in dezelfde handeling.

Om deze aanbevelingen in te voeren kan de Manager P&C aanbevelingen doen voor een aanpassing van de kostenplaatsstructuur in het lijnoverleg van F&C of de veranderingen bereiken via de jaarlijkse kaderbrief, de richtlijn die de uitgangspunten voor het begrotingsproces bevat.

10.3. Kostenanalyse

De kosten om het model te gebruiken bestaan uit de tijd om het model te vullen en te analyseren. Hoe beter dit model wordt geïntegreerd in de bestaande systemen zoals de begroting des te minder werkuren het kost om het model te vullen. Het vullen van een model kost de eerste keer 8 werkuren. Na een aantal keer zal het aantal werkuren afnemen door de genoemde afstemming en leereffecten. De aanname is dat het vullen van het model zes werkuren kost. Als tweede aanname wordt gesteld dat het analyseren van de uitkomsten ook nog eens vijf werkuren kost. Als derde aanname wordt gesteld dat het rapporteren en bespreken van de uitkomsten door de controller met locatiemanager en teamleider op een locatie per persoon drie uur kost. Het eenmalige gebruik van het model wordt gesteld op 20 werkuren met een waarde van 50 euro per uur.

11. Uitkomsten van het testmodel

11.1. Analyse van de uitkomsten

Op basis van informatie uit het model kunnen besluiten genomen worden, bijvoorbeeld over voortzetten of beëindigen van een product. Of als er nader onderzoek nodig is. De uitkomsten worden in dit hoofdstuk geanalyseerd en met behulp van technieken uit de theorie, zoals de dekkingsbijdrage en worden de effecten van het stopzetten van een product onderzocht.

11.2. Kostendrager ZZP

De gevonden resultaten, die in figuur vier op rij 25 staan, van de kostendrager ZZP staan in figuur vijf op rij 1. De kosten zijn gedeeld door het aantal begrote dagen en de kostprijs per component is bekend. Deze staan op rij 3. Ook zijn de vergoedingen van de componenten behandelaars en Verblijf vermenigvuldigd met het aantal begrote dagen (cel A5 en B5). Er zit een groot verschil tussen de vergoeding en kosten van het component Behandeling. Dit geld ook voor het component Woonzorg.

Navraag bij de locatiemanager geeft aan dat dit klopt omdat HV ingericht is op basis van kleinschalig wonen, er is gekozen voor meer zorgmedewerkers en minder voor behandelaren. Dit is een situationele factor die veel invloed heeft op de kostprijs en het verschil met het tarief verklaard.

Toch zijn de begrote AWBZ inkomsten lager dan de kosten, HV heeft een resultaat van €16.883 negatief. Dit kan onder andere verklaard worden doordat de branchevreemde ZZP's, de ZZP 4 en 5 van GGZ sector, gezamenlijk €135.000 aan inkomsten opleveren. Als het aantal dagen vermenigvuldigd wordt met het tarief van ZZP 5 dan kan dit €145.000 opleveren. Nader onderzoek moet worden uitgevoerd om te onderzoeken welke andere kostensoorten invloed hebben op het negatieve resultaat.

	Kostendragers ZZP				
	ZZP Behandeling	ZZP Verblijf	ZZP Woon zorg		
	A	B	C	D	E
1	228.727	709.295	2.914.365	3.852.386	Totale kosten per jaar
2	23.389	23.389	23.389	23.389	Begroot aantal dagen
3	9,78	30,33	124,60	164,71	Kostprijs per component ZZP mix
4	228.727	709.295	2.914.365	3.852.386	Totale ZZP kosten per jaar
5	23,01	31,36	109,62	163,99	Vergoeding per component ZZP mix
6	538.181	733.479	2.563.843	3.835.503	Begrote inkomsten ZZP
7					
8	309.454	24.184	-350.521	-16.883	Saldo

Figuur 5, de ZZP kostprijzen per component

HV heeft als doelstelling om zich te richten op een ZZP-mix van ZZP 5 en 7. Hierdoor kan dit product kostendekkend worden en zelfs een positieve bijdrage leveren. Ook lopen er onderzoeken of het in eigen beheer uitvoeren van was- , linnen- of schoonmaakactiviteiten de kosten verlaagd worden zonder dat er afbreuk wordt gedaan aan de kwaliteit.

11.3. Extramurale Zorg

De kostendrager EMZ heeft een negatief verschil van €59.894. (figuur zes, cel A5) Dit negatieve verschil kan verklaard worden door begroting van de formatie. De locatiemanager heeft ervoor gekozen om een andere bruto netto verhouding (1266 om 1872) te hanteren dan de in de kaderbrief aangegeven verhouding van 1500 netto inzetbare uren om 1872 bruto-uren. Het verschil tussen de netto- en bruto-uren bestaat uit de aftrek van vakantie, ziekte en dergelijke. Het team bestaat uit ruim dertien fulltime-equivalent (FTE) Een FTE kost ongeveer €47.500

Het verschil tussen de twee uitgangspunten is (1500-1266) 234 netto uren per FTE. Dit is in totaal 3024 netto uren. Als deze gedeeld worden door 1266 is er een hogere inzet van 2,4 FTE. Nader onderzoek moet vaststellen of het mogelijk is om 1,2 FTE minder in te zetten om het negatieve resultaat te verminderen of dat er andere oorzaken zijn waarom EMZ een negatief verschil laat zien.

Met behulp van het model kan onderzocht worden wat de effecten zijn als met levering van het product gestopt wordt omdat deze een negatief resultaat geeft. Als aangenomen wordt dat 75% van de overhead bestaan uit vaste kosten dan is de dekkingsbijdrage van EMZ groter dan het verlies. Omzet minus variabele kosten (€606.947 -/- €720.469 figuur 4, cel D22 -/- figuur 6, cel A3) geeft een dekkingsbijdrage aan de constante kosten van €113.522. De constante kosten zijn €130.062. (€173.416, cel D23 en D24 van figuur 4, maal 75%) Met ander woorden als gestopt wordt met het product EMZ dan moeten de andere producten de vaste kosten die blijven bestaan financieren. Dit is €130.062. Nu geeft EMZ een verlies van €59.894. Met behulp van het model kan onderzocht worden wat er gebeurd als er 1 FTE bezuinigd wordt.

	Diverse Kostendragers						
	EMZ	Dagbe-handeling PG	SOOS	Kapsalon	Grand Café		
	A	B	C	D	E	F	G
1	**780.363**	**280.044**	**197.829**	**42.661**	**99.044**	**1.399.941**	Totale kosten per jaar
2							
3	**720.469**	**603.587**		**0**	**0**	**5.159.559**	Begrote AWBZ inkomsten
4							
5	**-59.894**	**125.713**		**-42.661**	**-99.044**	**-92.768**	Saldo

Figuur 6, kostprijzen van diverse kostendragers

11.4. Doorbelasten op een andere wijze

Ook is met behulp van het model de effecten van andere keuzes zichtbaar te maken. In figuur zeven wordt dit zichtbaar gemaakt. De kosten van Overhead (OH) en Gebouw & Terrein (G&T) worden bijvoorbeeld alleen aan de kostendragers met AWBZ inkomsten toegerekend en zijn op basis van omzet verdeeld. Daardoor krijgt EMZ veel meer G&T kosten doorbelast. Dit is zichtbaar in cel C3 van figuur 7.

ZZP krijgt met deze wijze van doorbelasten minder G&T doorbelast (zie figuur 7, cel A3) en meer OH kosten doorbelast. (cel B6). De gekozen sleutel heeft een grote invloed. Hierdoor wordt zichtbaar dat een hoge omzet lage omzet subsidieert.

	ZZP	EMZ	Dagbe-handeling PG	Kapsalon	Grand Café		Saldo
	A	B	C	D	E	F	G
1	170.810	2.213	6.458	986	3.324	Gebouw & Terrein (G&T)	183.791
2	136.626	25.664	21.501	0	0	G&T, basis van AWBZ omzet	183.791
3	-34.184	23.451	15.043	-986	-3.324	Verschil	
4	820.273	171.203	148.062	22403	33808	Overhead (OH)	1.195.749
5	888.894	166.972	139.884	0	0	OH, basis van AWBZ omzet	1.195.750
6	68.621	-4.231	-8.178	-22.403	-33.808	Verschil	

Figuur 7, doorbelasting alleen aan kostendragers die AWBZ inkomsten hebben

11.5. Kapsalon

De Kapsalon is een product van het Facilitair bedrijf. Uit dit kostprijsmodel blijkt dat de Kapsalon een verlies heeft van €42.902. (figuur 6, cel D5) De gevonden resultaten zijn besproken met de locatiemanager[87]. De Kapsalon is geen AWBZ activiteit en hoeft niet verzorgd te worden door de zorginstelling. De afgelopen jaren zijn er diverse prijsstijgingen en procesveranderingen doorgevoerd om de kappersactiviteiten kostendekkend te krijgen. Het grootste struikelblok blijft de gewenste aandacht van twee kappers bij de behandeling van een cliënt van het verpleeghuis. Deze dementerende ouderen worden gedurende een gedeelte van de behandeling door twee kapsters geholpen. Dit heeft een kostenverhogend effect. Het behandelen van cliënten uit de buurt, personeel en bezoekers van de Dagbehandeling PG en Soos dekken wel de gemaakte kosten.

Onderzoek wijst uit dat de omzet van het eerste kwartaal €9.050 is. Op jaarbasis is dit ruim €12.000 meer dan begroot. Het verlies blijft dan nog steeds €31.000. Ook worden er activiteiten ondernomen om buurtbewoners bekend te maken met de Kapsalon, die kapperactiviteiten moeten het verlies gaan compenseren. De locatiemanager geeft aan dat onderzocht moet worden of een vrijwilliger of stagiair de helpende hand kan bieden zodat er maar één kapster aanwezig hoeft te zijn.

Uitgaande van dezelfde principes als gebruikt bij EMZ geeft de omzet minus de variabele kosten (35.369 -/- 42.641 figuur 4, cel H12 verhoogt met €12.000 -/- figuur 4, cel H5,17 en 21) een negatieve dekkingsbijdrage van €6.272. De constante kosten zijn (€23.389, cel H23 en H24 van figuur 4, maal 75%) €17.542. Als de kappersactiviteiten worden gestopt dan moeten de vaste kosten (€23.389 figuur 4, cel H23 en 24 en de doorbelaste kosten van €3.307 figuur 4, cel H21) €26.696 aan andere producten worden doorbelast.

Als HV de kappersdiensten wil blijven aanbieden en geen constante kosten doorberekend aan de Kapsalon dan moet de omzet van de Kapsalon minimaal verhoogd worden van €36.369 naar €45.181 zonder een verhoging van personele inzet om de variabele kosten en 25% van de constante kosten te dekken. De dekkingsbijdrage stijgt dan van negatief €6.272 met €8.812 naar €2.514 positief.

11.6. Grand Café

De kostendrager bevat de extramurale maaltijdvoorziening en heeft een negatief resultaat van €99.044. (figuur vijf, cel E5) Dit komt onder andere door de beslissing die genomen is tijdens de gesprekken met de Manager P&C om een bedrag van €51.418 (een gedeelte van figuur 4, cel I20) toe te wijzen aan Grand Café omdat er geen verdeelsleutel beschikbaar was om dit bedrag door te belasten.

Dit bedrag bestaat uit kosten die gemaakt worden voor lunches, vergaderingen, verkoop van rookwaren aan cliënten, gebak op de dag van de verpleging en dergelijke. Een oplossing is om alle activiteiten van het Grand Café te registreren met behulp van de kassasystemen en de kostenplaatsenstructuur. De infrastructuur is daarvoor aanwezig in het Grand Café. Aan de hand van de rapporten kan het bedrag vervolgens worden doorbelast.

Een ander knelpunt van de extramurale maaltijdvoorziening is de vastgestelde inkoopprijs van €6,20. Dit wordt betaald voor complete maaltijden aan de centrale keuken van de WZH. De verkoopprijs is €7,50 en houders van een WoonZorg Abonnement (WZA) krijgen een korting van tien procent. De meeste maaltijden worden daardoor verkocht voor €6,75. Per april 2009 is het Grand Café zelf gaan koken. De kosten van complete maaltijden worden daardoor verlaagd met 50%. Dit scheelt op jaarbasis ongeveer €37.000. Eventueel kan overwogen worden om de korting door te belasten aan de kostenplaats Public relations. Dit is echter een verplaatsing van (€6.000) kosten en maakt het resultaat van locatie Hoge Veld niet beter.

Het doorbelasten van de €51.418 en de opbrengsten van zelf koken kan het verlies beperken met €88.418 (€51.418 + €37.000). Zonder nader onderzoek kan hier geen uitspraak over worden gedaan. Het Grand Café zit verweven in de organisatie en verzorgt naast de maaltijden voor De Soos en de dagbehandeling PG ook toegangscontrole en voedingsactiviteiten voor de organisatie in het algemeen. Onderzocht moet worden of daadwerkelijk alle personeelskosten verdwijnen als er gestopt wordt met het koken voor cliënten in de avond.

Een optie die onderzocht kan worden is om de gasten die om 17.00 uur dineren samen met de cliënten van de Soos om 12.00 uur te laten eten. Het Grand Café kan dan eerder sluiten, in plaats van 19.30 al om 16.00 uur. Een vraag die dan weer moet worden beantwoord is hoe HV dan de toegangscontrole van 16.00 tot 19.30 gaat organiseren.

11.7. Centrale doorbelastingen

De centrale doorbelasting was één bedrag in 2008. Vanaf 2009 zijn de bedragen gesplitst per supportafdeling en is de kostenopbouw van de centrale afdelingen bekend gemaakt. Dit geeft wel meer inzicht maar een locatie kan beperkt invloed uitoefenen op de hoogte van de doorbelasting door rekening te houden met de hoeveelheid activiteiten die de kosten veroorzaken. HV is bijvoorbeeld zeer efficiënt met het beperken van contante kasstromen en bijbehorende regels in een kasboek. Doordat er op HV alleen nog maar gepind of gechipt kan worden zijn het aantal kasregels met 95% verlaagd. Het aantal kasregels (activiteiten) die verwerkt moeten worden door de centrale afdeling Finance & Control zijn voor HV zeer

laag, dit is niet terug te zien in de doorbelasting omdat de opslag berekend is op basis van de omzet. De gekozen opslagsleutels missen prikkels om efficiënter te willen werken.

Veranderingen in de organisatie kunnen door doorbelastingen ondersteund worden. Als de organisatie bijvoorbeeld overgaat van vele printers naar enkele multifunctionele kopieerapparaten (MFP) per locatie kan de centrale afdeling ICT een gedeelte van de doorbelasting relateren aan de printers en de MFP. De hoeveelheid achtergebleven printers op locatie bepalen hoe groot de doorbelasting is. De doorbelasting wordt dan gebruikt als financiële pijnprikkel om veranderingen door te voeren. Er moeten uiteraard geen verkeerde activiteiten worden gekozen, locaties moeten niet geremd worden bij het aanvragen van her-indicaties. Deze her-indicaties genereren veelal hogere inkomsten. Doorbelastingen kunnen op deze wijze ook een bijdrage leveren aan de organisatiedoelen en ontwikkelingen.

11.8. Vergelijking met KPMG en HHM

Uiteindelijk is de gevonden kostprijs voor de ZZP op vergoedingen niveau wel te vergelijken. De onderlinge percentages niet. Dit komt doordat de percentages van KPMG een opslagpercentage op de kosten van directe zorguur betreffen.

11.9. Batenanalyse

In het vorige hoofdstuk is in de kostenanalyse gesteld dat de kosten voor het eenmalige gebruik van het model 20 werkuren á 50 euro kost. De vraag die hier beantwoord moet worden is of deze kosten terugverdiend worden. Deze vraag lijkt overbodig, een organisatie heeft dit soort informatie nodig om te kunnen sturen. Of de kosten nu €1000 of €10.000 bedragen heeft geen invloed op het antwoord. Management Accounting is noodzakelijk voor de continuïteit van de organisatie.

Buiten de kosten om kan de WZH met dit soort modellen betere beslissingen nemen. Vaak wordt Hoge Veld als uitgangspunt genomen voor de nieuwbouw voor andere locaties van de WZH. Na analyse van de uitkomsten van Hoge Veld kan de WZH zonodig besluiten bijstellen. Daarnaast kunnen locaties onderling vergeleken worden waardoor verschillen zichtbaar worden en er na vergelijk leermomenten ontstaan.

12. Conclusie II

In de eerste conclusie, na de scorematrix, is gesteld dat de kostenplaatsmethode een goede afstemming heeft met de interne organisatie en daardoor de eerste keuze is. Dit heeft zich in de praktijk bewezen doordat het model, met aanpassingen, werkt en op andere locaties toegepast gaat worden. Dat de uitkomsten vragen oproept en tegelijkertijd inzicht verstrekt geeft aan dat het doel van het model bereikt wordt.

De kostenstructuur van de locaties onderling zijn na het vullen van het model met elkaar te vergelijken, dit geldt in mindere mate voor de vergelijking met modellen van KPMG en HHM. Dit komt doordat de kostprijsmodellen van KPMG en HHM gebaseerd zijn op directe zorguren, deze informatie is binnen de WZH niet aanwezig.

Het model en de methodiek voldoen aan de eisen die gesteld zijn door de opdrachtgever, het is toepasbaar en bruikbaar voor een WZH locatie. Het voldoet ook aan de eis dat elke teamleider met het model kan werken, het model kan gevuld worden door de controllers en de teamleiders. Het model is bruikbaar voor vergelijkbare zorginstellingen, die met behulp van kostenplaatsen en het Prismant rekeningschema zijn ingericht.

Simulaties hebben laten zien dat verdeelsleutels arbitrair blijven, bij het maken van keuzes en beslissingen moeten met behulp van verschillende verdeelsleutels simulaties worden uitgevoerd om fouten uit te sluiten. Verschillende simulaties geven inzicht en een betere onderbouwing voor keuzes en beslissingen

13. Afkortingen en organisaties die actief zijn in de zorgsector

13.1. Afkortingen en begrippen

De **AWBZ** (Algemene Wet Bijzonder Ziektekosten) is een volksverzekering voor onverzekerbare ziektekostenrisico's. Iedereen die in Nederland woont of werkt is ervoor verzekerd. http://www.minvws.nl/dossiers/awbz/default.asp

De **AZR** (AWBZ-brede Zorgregistratie) is een set van afspraken over gegevensuitwisseling tussen de ketenpartners: indicatieorgaan, het zorgkantoor en de zorgaanbieder. www.zorggegevens.nl

De functie **BG** (begeleiding) neemt de aandoening, beperking of handicap voor gegeven aan en bouwt daarop verder. De begeleiding gaat dus uit van de (rest)mogelijkheden van de cliënt. http://www.btsg.nl/infobulletin/zorgfuncties.html

De functie **BH** (behandeling) is zorg die gericht is op het verbeteren en tegengaan van de aandoening, stoornis of beperking die de grondslag vormt voor de indicatie. http://www.nza.nl/aanbieder/verpleging_en_verzorging/beleidsregels/82105/

Het **BZa** (Besluit Zorgaanspraken AWBZ) heeft de aard, inhoud en omvang van de zorg waarop aanspraak bestaat vastgesteld ingevolge de AWBZ en wijziging van andere besluiten in verband daarmee. http://wetten.overheid.nl/BWBR0014149/geldigheidsdatum_15-02-2009

Extramurale zorgverlening wordt geboden buiten de muren van een woonzorgcentrum en bevat in principe het hele verzorgingshuis 'pakket' minus het verblijf. Verhuizing naar een intramurale situatie kan worden uitgesteld of voorkomen worden. http://www.btsg.nl/infobulletin/extravzh.html

De functie **HV** (huishoudelijke verzorging) ondersteund bij, of neemt activiteiten over op het gebied van de huishoudelijke dagelijkse levensverrichtingen. http://www.btsg.nl/infobulletin/zorgfuncties.html

Intramurale zorgverlening wordt geboden binnen de muren van een woonzorgcentrum, cliënten verblijven daar 24 uur per dag. Op de indicatie staat een zorgzwaartepakket vermeld. http://www.encyclo.nl/begrip/intra%20murale%20zorg

De functie **PV** (persoonlijke verzorging) ondersteund bij, of neemt activiteiten over op het gebied van de algemene dagelijkse verrichtingen (ADL) en zorg die direct in relatie staat zoals opmaken van het bed tijdens het wassen van een bedlegerige cliënt. http://www.btsg.nl/infobulletin/zorgfuncties.html

Het **Prismant of NZi rekeningschema** is het eerste uniforme rekeningschema voor ziekenhuizen en verpleeghuizen. http://www.prismant.nl/Informatie-expertise/Publicaties/2003_-_Rekeningschema

Transmurale zorgverlening of ketenzorg is een vorm van zorg waarbij verschillende medewerkers uit verschillende instellingen met elkaar samenwerken om zo beter de vraag van de cliënt te kunnen beantwoorden. http://www.transmuralezorg.nl/content/view/109/144/

Bij de functie **VB** Verblijf wordt de cliënt een therapeutische of beschermende leefomgeving geboden waarin toezicht beschikbaar is. Het verblijf kan tijdelijk of duurzaam zijn. http://www.btsg.nl/infobulletin/zorgfuncties.html

Bij de functie **VP** (verpleging) gaat het om het herkennen en analyseren van gezondheidsproblemen en het uitvoeren van daarmee samenhangende verpleegtechnische handelingen. Bij verpleging valt te denken aan het toedienen van medicijnen. http://www.btsg.nl/infobulletin/zorgfuncties.html

De Sector **V&V** (Verzorging en Verpleging) bestaat uit verpleeg- en verzorgingshuizen die voornamelijk AWBZ publieke activiteiten. Tegenwoordig wordt meer gesproken over woonzorgcentra.

De **Wmo** (Wet maatschappelijke ondersteuning) zorgt ervoor dat iedereen zo lang mogelijk zelfstandig kan blijven wonen. http://www.minvws.nl/dossiers/wmo/

Woonzorgcentra zijn verpleeg- en verzorgingshuizen die naast de intramurale activiteiten tegenwoordig ook trans- of extramurale activiteiten uitvoeren.

De **WTZi** (Wet toelating zorginstellingen) regelt de toelatingen van zorginstellingen zodat zij zorg mogen leveren. http://www.minvws.nl/dossiers/wtzi/default.asp

Een **ZZP** (zorgzwaartepakket) is een nauwkeurige omschrijving welke soort zorg en hoeveel er geïndiceerd is door het CIZ. Op de indicatie van een cliënt staat de betreffende ZZP vermeld.

De **Zorgbrede Governancecode** werd opgesteld door de Brancheorganisaties Zorg (BoZ) en bevat normen voor goed bestuur en toezicht en verantwoording voor zorginstellingen. http://www.minvws.nl/toespraken/staf/2005/zorgbrede-governancecode.asp

13.2. Organisaties

Accenture is een bedrijf dat zich bezig houdt met management consulting, technology services en outsourcing. http://www.accenture.com/Countries/Netherlands/About_Accenture/Accenturekort.htm

ActiZ is de brancheorganisatie van zorgondernemers, De activiteiten van ActiZ richten zich op het creëren van kansen voor ondernemers in verpleeg- en verzorgingshuiszorg, kraamzorg en jeugdgezondheidszorg. www.actiz.nl

ActiZ, GGZ Nederland, NFU, NVZ en VGN werken samen in de vereniging Brancheorganisaties Zorg, de **BoZ**. http://www.brancheorganisatieszorg.nl/

Het **CAK** (Centraal Administratie Kantoor) berekent en incasseert de eigen bijdragen voor AWBZ en de Wmo en is verantwoordelijk voor de financiering van de AWBZ-instellingen. http://www.hetcak.nl

Het **CIBG** (Centraal Informatiepunt Beroepen Gezondheidszorg) een agentschap van VWS, levert producten en diensten op gebied van registratie en beheer van zorggegevens. http://www.cibg.nl/

Het **CIZ** (Centrum Indicatiestelling Zorg) beoordeelt of u recht heeft op zorg via de AWBZ. www.ciz.nl

Het **CVZ** (College voor zorgverzekeringen) maakt het mogelijk dat iedereen toegang heeft tot een betaalbaar basispakket dat voorziet in de gezondheidszorg die noodzakelijk is. http://www.cvz.nl/

EHCI (Euro Health Consumer Index) wordt uitgegeven door HCP. HCP is a private healthcare analyst and information provider, registered in Sweden and owned by Mr. Johan Hjertqvist. http://www.healthpowerhouse.com/index.php?option=com_content&view=article&id=5&Itemid=2

De vereniging **GGZ Nederland** is de brancheorganisatie van de instellingen voor de geestelijke gezondheids- en verslavingszorg. http://www.ggznederland.nl/

HHM organisatieadviseurs (Hoeksma, Homans & Menting) is gespecialiseerd op het terrein van wonen, welzijn en zorg en is actief betrokken bij de modernisering van de AWBZ en de Wmo. http://www.hhm.nl/wie

De **IGZ** (Inspectie voor de Gezondheidszorg) bevordert de volksgezondheid door effectieve handhaving van de kwaliteit van zorg, preventie en medische producten. http://www.igz.nl/

KPMG Gezondheidszorg is een advies- en onderzoekbureau die gedreven adviseurs, accountants en fiscalisten bieden om te helpen bij een breed scala aan vraagstukken in de zorg. http://www.kpmg.nl/site.asp?id=46399

NEN (Nederlands Normalisatie-instituut) Normalisatie streeft naar efficiënte, veilige, gezonde en duurzame producten en processen. http://www2.nen.nl/nen/servlet/dispatcher.Dispatcher?id=000013

De **NZa** Nederlandse Zorgautoriteit is toezichthouder op alle zorgmarkten in Nederland. De NZa ziet toe op zowel zorgaanbieders als verzekeraars. Beheersing van de totale kosten en het pro-actief vaststellen van condities voor marktwerking zijn kerntaken van de NZa http://www.nza.nl/nza/

Prismant verzamelt relevante data en beheert en bewerkt ze. Vervolgens is de informatie beschikbaar voor gebruik door derden. http://www.prismant.nl/Over_Prismant

De **VGN** (Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland) is de brancheorganisatie voor de aanbieders van zorg- en dienstverlening aan mensen met een handicap.
http://www.vgn.org/vgn/statpagina/show_pagina.asp?paginanr=2&style=1&menuitem=145

VWS (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport) zorgt samen met ziektekostenverzekeraars, aanbieders van zorg en patiëntenorganisaties dat er genoeg voorzieningen zijn en dat mensen voldoende keuzemogelijkheid hebben. http://www.minvws.nl/organisatie/

De **ZN** (Zorgverzekeraars Nederland) is de brancheorganisatie van alle zorgverzekeraars.
http://www.zn.nl/

14. Literatuurlijst

Boer de, P. en Brouwers, M.P. et al: *Basisboek Bedrijfseconomie*. 7e dr. Houten: Wolters-Noordhoff Groningen, 2004. ISBN-nr.: 90 01 09418 X

Boons, A.A.M. en Roberts, H.J.E. et al: *Activity Based Costing, strategisch cost management voor vernieuwende bedrijven*. Deventer: Kluwer Bedrijfswetenschappen, 1991. ISBN-nr.: 90 267 1587 0

Bruggeman, W en Everaert, P.: *Kostprijscalculatie en managementaccounting.* 6e herz. dr. Leuven/Apeldoorn: Garant Uitgevers, 2006. ISBN-nr.: 978 90 441 2086 4

Feenstra, H. en Wansink, W.: *Zo gaat het in de zorg*. 2e dr. Amsterdam/Antwerpen: Atlas, 2009. ISBN-nr.: 978 90 450 1101 1

Genet, C.M.: *Methode van onderzoek en statistiek*. Versie 2005-2006. Den Haag: De Haagse Hogeschool, Academie voor Facility Management. Syllabus nr. 2384

Grit, R: Projectmanagement: *Projectmatig werken in de praktijk*. 3e dr. Groningen: Wolters-Noordhoff, 2000. ISBN-nr.: 90 0134 785 1

Koetzier, W. en Epe, P.: *Interne verslaggeving voor profit en non-profit organisaties.* 3e dr. Houten: Wolters-Noordhoff Groningen, 2006. ISBN-nr.: (10) 90 01 47603 1

Poerstamper, R.J.C en Mourik van – van Herk, A. et al: *Benchmarking in de zorg.* Maarssen: Elsevier gezondheidszorg, 2007. ISBN-nr: 978 90 352 2929 7

Mars, A.: *Hoe krijg je ze mee?* Assen: Koninklijke Van Gorcum, 2006. ISBN-nr.: 90 232 42637

Muntinga, M. A en Lagerveld, J. L: *Managementmodellen voor kwaliteit*. 2e dr. Deventer: Kluwer Bedrijfsinformatie, 2006. ISBN-nr.: 90 14 09260 1

Wijnen, G. en Renes, W. et al: *Projectmatig* werken. 21e dr. Utrecht: Het Spectrum, 2006 ISBN-nr.: 10: 90 274 6905 9

Nederlands Normalisatie-instituut: *NEN 2745 nl, Termen voor facilitaire voorzieningen toegespitst op de gezondheidszorg*, 2006. www.nen.nl

Syllabi
Bouter, R.F.: *Handleiding Schriftelijke rapportage.* 11e druk. Den Haag: Haagse Hogeschool, Academie voor Facility Management, Nederlands-Taalbeheersing 2007/2008 Nr. 2318

14.1. Internetbronnen

ActiZ, *Bijna 80% van de zorgorganisaties volgt governancecode*
http://www.actiz.nl/pers/persberichten/8/348?start=0 (25-02-2009)

ActiZ, *Benchmarking*
http://www.actiz.nl/opinies-en-beleid/bedrijfsvoering/26-achtergronden/146-benchmarking 25-02-2009)

ActiZ, *Continue benchmark Verpleging, verzorging en thuiszorg Sectorresultaten 2007*
http://www.actiz.nl/images/stories/files/themas/markt/achtergronden_cijfers/bm_vvt_08_drukbestand.pdf (25-02-2009)

Brancheorganisaties Zorg: *Zorgbrede Governancecode*
http://www.brancheorganisatieszorg.nl/doc/Governancecode%202005.pdf (25-02-2009)

Centraal Bureau voor Statistiek: *Gezondheidszorg in cijfers 2007*
http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/themas/gezondheid-welzijn/publicaties/publicaties/archief/2007/2007-c156-pub.htm (21-02-2009)

Centraal Bureau voor Statistiek: *Gezondheidszorg in cijfers 2008*
http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/themas/gezondheid-welzijn/publicaties/publicaties/archief/2008/2008-c156-pub.htm (21-02-2009)

Centrum Indicatiestelling Zorg, CIZ: *Het indicatiebesluit januari 2009*
http://www.ciz.nl/sf.mcgi?id=4659 (22-02-2009)

Centraal Informatiepunt Beroepen Gezondheidszorg (CIBG), *Jaarverantwoording 2009 zorginstellingen*
http://www.cibg.nl/Images/Jaarverantwoording%202009%20zonder%20forensiche%20zorg_tcm24-28172.pdf

College voor Zorgverzekeringen: *AWBZ-kompas Web 08/10*
www.cvz.nl (15-11-2008)

Euro Health Consumer Index, Persbericht 13 november 2008: *Nederland bovenaan de nieuwe ranglijst van de EU-gezondheidszorg volgens de Euro Health Consumer Index*
http://healthpowerhouse.com/files/2008-EHCI/pr/16115-ned-14-Netherlands%20EHCI%202008.pdf (21-02-2009)

HEAD online: *Nadere toelichting op ZZP-tarieven van de NZa*
http://www.headonline.nl/content.jsp?objectid=874 (11-03-2009)

HHM: *Handreiking kostprijsberekening versie 2.0*
http://www.minvws.nl/dossiers/zorgzwaartebekostiging/voor-medewerkers-in-de-zorg/ondersteuning/#a2 (04-03-2009)

HHM: *Model kostprijsberekening VV Nieuw*
http://www.minvws.nl/dossiers/zorgzwaartebekostiging/voor-medewerkers-in-de-zorg/ondersteuning/default.asp (04-03-2009)

HHM: *Handreiking interne budgettering versie 1.0*

http://www.minvws.nl/dossiers/zorgzwaartebekostiging/voor-medewerkers-in-de-zorg/ondersteuning/default.asp (04-03-2009)

HHM, *Zorgzwaartepakketten sector V&V 2009* *http://www.minvws.nl/kamerstukken/lz/2008/beleidsregels-indicatiestelling-awbz-2009.asp* (11-03-2009)

Kittz: *Een zorg minder en minder zorg* *http://www.google.nl/search?q=dubbele+zorgkloof&hl=nl&start=10&sa=N* (19-04-2009)

KPMG Gezondheidszorg: *Bijlagen bij rapport Functiegerichte kostprijzen AWBZ* http://www.ggzbeleid.nl/pdfdbc/kpmg_rapport_functiegerichte_bijlagen.pdf (04-03-2009)
Ministerie van VWS: *Een kort overzicht van de geschiedenis van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport vanaf 1800.* http://www.minvws.nl/organisatie/geschiedenis/ (20-02-2009)

Ministerie van VWS: *Handboek veelgestelde vragen versie 2.0* *http://www.minvws.nl/dossiers/zorgzwaartebekostiging/documenten/handboek-veelgestelde-vragen/default.asp* (22-02-2009)

Ministerie van VWS: *Feiten & Cijfers* http://www.minvws.nl/dossiers/awbz/feiten-en-cijfers/ (22-02-2009)

Ministerie van VWS: *Herallocatie brief van VWS d.d. 5 augustus 2008* *http://ikregeer.nl/document/BLG16886* (22-02-2009)

Nationaal Kompas Volksgezondheid: *Amsterdam meeste verzorgingshuizen* http://www.rivm.nl/vtv/object_map/o1558n21299.html (22-02-2009)

Nationaal Kompas Volksgezondheid: *Hoe komt een AWBZ-indicatiestelling tot stand?* http://www.rivm.nl/vtv/object_document/o3855n29754.html (22-02-2009)

Nationaal Kompas Volksgezondheid: *Rotterdam en Den Haag meeste verpleeghuizen* http://www.rivm.nl/vtv/object_map/o1559n21298.html (22-02-2009)

Nationaal Kompas Volksgezondheid: *Verpleging en verzorging, Kort en bondig* *http://www.rivm.nl/vtv/object_document/o1518n20327.html* (22-02-2009)

Nationaal Kompas Volksgezondheid: *Wat is een indicatiestelling?* http://www.rivm.nl/vtv/object_document/o2474n29754.html (22-02-2009)

Nationaal Kompas Volksgezondheid: *Wat is het beleid inzake AWBZ-indicatiestelling?* http://www.rivm.nl/vtv/object_document/o3860n29754.html (22-02-2009)

Nederlands Normalisatie-instituut (NEN), *Facility Management gezondheidszorg eenvoudiger dankzij norm* http://www2.nen.nl/nen/servlet/dispatcher.Dispatcher?id=217518 (22-02-2009)

NZa: *Indicatieve prijzen zorgzwaartepakketten, de ZZP's op waarde geschat* http://www.nza.nl/7113/10118/Indicatieve_prijzen_ZZP.pdf (04-03-2009)

PricewaterhouseCoopers: *HealthCast 2020, Bouwen aan een duurzaam zorgstelsel* *http://www.pwc.com/extweb/pwcpublications.nsf/docid/19A78998A0E226FF80257147005176EC* (19-02-2009)

Prismant rekeningschema: *Rekeningschema voor zorginstellingen* *http://www.zorgvisie.nl/upload/81078_672_1192091523816-Rekeningschema.pdf (18-02-2009)*

Rabobank Cijfers & Trends: *Sector Gezondheidszorg* http://www.rabobank.nl/images/nov_2008_publieke_sector_gezondheiszorg_2936161.pdf (21-02-2009)

Ven van der, J.: *Hoofdpijndossier voor vele ministers* *http://www.ventekst.nl/index.php?option=com_content&task=view&id=55&Itemid=68* (14-02-2009)

Wilders, Y.M. en Voetelink, D.W. : *Functiegerichte kostprijzen AWBZ.* KPMG Gezondheidszorg, 2004 http://www.ggzbeleid.nl/pdfdbc/kpmg_rapport_functiegerichte_kostprijzen_awbz.pdf (04-03-2009)

Woon Zorgcentra Haaglanden, *Adviesaanvraag Facilitair Bedrijf 2007* http://intranet/intranet/Algemeen/CentraleAfdelingen/Facilitair/tabid/97/language/nl-NL/Default.aspx (23-02-2009)

Woon Zorgcentra Haaglanden, *Een thuis voor iedereen* http://www.wzh.nl/wzh.html (23-02-2009)

Woon Zorgcentra Haaglanden, *Visie en Missie WoonZorgcentra Haaglanden* http://www.wzh.nl/visie.html (23-02-2009)

Website WZH Hogeveld: *Visie, ruimte om jezelf te zijn* http://www.wzh.nl/hogeveld/ (23-02-2009)

Verantwoording eindnoten

[1] Ven van der: *Hoofdpijndossier voor vele ministers*, artikel in Landelijke Huisartsen Vereniging

[2] Ven van der: *Hoofdpijndossier voor vele ministers*, artikel in Landelijke Huisartsen Vereniging

[3] Ven van der: *Hoofdpijndossier voor vele ministers*, artikel in Landelijke Huisartsen Vereniging

[4] Feenstra en Wansink: *Zo gaat het in de zorg,* 2009, Pag. 21-23

[5] Feenstra en Wansink: *Zo gaat het in de zorg,* 2009, Pag. 74

[6] Centraal Bureau voor Statistiek: *Gezondheidszorg in cijfers 2007,* Pag. 95

[7] VWS: *Handboek veelgestelde vragen versie 2.0,* Pag. 25

[8] Kittz: *Een zorg minder en minder zorg,* Pag. 3

[9] VWS: *Feiten & Cijfers*

[10] Nationaal Kompas Volksgezondheid: *Rotterdam en Den Haag meeste verpleeghuizen*

[11] Nationaal Kompas Volksgezondheid: *Amsterdam meeste verzorgingshuizen*

[12] Nationaal Kompas Volksgezondheid: *Verpleging en verzorging, Kort en bondig*

[13] College voor Zorgverzekeringen: *AWBZ-kompas Web 08/10*, Pag. 169

[14] Website www.ikregeer.nl: *Herallocatie brief van VWS d.d. 5 augustus 2008*

[15] Nationaal Kompas Volksgezondheid: *Wat is het beleid inzake AWBZ-indicatiestelling?*

[16] Nationaal Kompas Volksgezondheid: *Wat is een indicatiestelling?*

[17] Nationaal Kompas Volksgezondheid: Hoe komt een AWBZ-indicatiestelling tot stand?

[18] Interview met Mw. A. Schot, Relatiebeheerder WZH Hoger Veld

[19] Centrum indicatiestelling Zorg: *Het indicatiebesluit januari 2009* Pag. 3

[20] HHM: *Zorgzwaartepakketten sector V&V 2009*, Pag. 3 – 6

[21] VWS: *Handboek veelgestelde vragen versie 2.0,* Pag. 9

[22] Website WoonZorgcentra Haaglanden: *Een thuis voor iedereen*

[23] Website WoonZorgcentra Haaglanden: *Een thuis voor iedereen*

[24] Website WoonZorgcentra Haaglanden: *Visie en Missie WoonZorgcentra Haaglanden*

[25] Website WZH Hogeveld: *Over WZH Hoge Veld*

[26] Genet: *Methode van onderzoek en statistiek,* Pag. 67 e.v.

[27] KPMG: *Functiegerichte kostprijzen AWBZ 1 juli 2004,* Pag. 5

[28] Wilders en Voetelink: *Functiegerichte kostprijzen AWBZ 1 juli 2004,* Pag. 12

[29] Wilders en Voetelink: *Functiegerichte kostprijzen AWBZ 1 juli 2004,* Pag. 19

[30] Wilders en Voetelink: *Functiegerichte kostprijzen AWBZ 1 juli 2004,* Pag. 43

[31] HHM: *Handreiking kostprijsberekening versie 2.0*, Pag. 7

[32] Wilders en Voetelink: Bijlagen *Functiegerichte kostprijzen AWBZ 1 juli 2004,* Pag. 32

[33] Wilders en Voetelink: *Functiegerichte kostprijzen AWBZ 1 juli 2004,* Pag. 89

[34] Wilders en Voetelink: *Functiegerichte kostprijzen AWBZ 1 juli 2004,* Pag. 32 en 21

[35] Wilders en Voetelink: Bijlagen *Functiegerichte kostprijzen AWBZ 1 juli 2004,* Pag. 18

[36] Wilders en Voetelink: Bijlagen *Functiegerichte kostprijzen AWBZ 1 juli 2004,* Pag. 48

[37] Nederlandse Zorgautoriteit: *Indicatieve prijzen zorgzwaartepakketten*, Pag. 9

[38] Nederlandse Zorgautoriteit: *Indicatieve prijzen zorgzwaartepakketten*, Pag. 9

[39] Nederlandse Zorgautoriteit: *Indicatieve prijzen zorgzwaartepakketten*, Pag. 17

[40] Nederlandse Zorgautoriteit: *Indicatieve prijzen zorgzwaartepakketten*, Pag. 18

[41] Nederlandse Zorgautoriteit: *Indicatieve prijzen zorgzwaartepakketten*, Pag. 44

[42] HEAD online: *Nadere toelichting op ZZP-tarieven van de NZa*

[43] HHM, *Zorgzwaartepakketten sector V&V 2009,* Pag. 4

[44] HHM: *Handreiking interne budgettering versie 1.0,* Pag. 7

[45] CIBG, *Jaarverantwoording 2009 zorginstellingen,* Pag. 5

[46] CIBG, *Jaarverantwoording 2009 zorginstellingen,* Pag. 5

[47] CIBG, *Jaarverantwoording 2009 zorginstellingen,* Pag. 85

[48] BoZ, *Zorgbrede Governancecode,* Pag. 3

[49] ActiZ, *Continue benchmark Verpleging, verzorging en thuiszorg, Sectorresultaten 2007,* Pag. 21

[50] ActiZ, *Bijna 80% van de zorgorganisaties volgt governancecode*

[51] Website NEN: *Facility Management gezondheidszorg eenvoudiger dankzij norm*

[52] Nederlands Normalisatie- instituut, *NEN 2745*, Pag. 2 en 3

[53] Nederlands Normalisatie- instituut, *NEN 2745*, Pag. 15

[54] Nederlands Normalisatie- instituut, *NEN 2745*, Pag. 12 en 13

[55] de Boer en Brouwer et al: *Basisboek Bedrijfseconomie,* 2004, Pag. 18

[56] de Boer en Brouwer et al: *Basisboek Bedrijfseconomie,* 2004, Pag. 24

[57] de Boer en Brouwer et al: *Basisboek Bedrijfseconomie,* 2004, Pag. 25

[58] de Boer en Brouwer et al: *Basisboek Bedrijfseconomie,* 2004, Pag. 25

[59] CIBG, *Jaarverantwoording 2009 zorginstellingen,* Pag. 5

[60] de Boer en Brouwer et al: *Basisboek Bedrijfseconomie,* 2004, Pag. 209

[61] de Boer en Brouwer et al: *Basisboek Bedrijfseconomie,* 2004, Pag. 209

[62] Bruggeman en Everaert: *Kostprijscalculatie en management accounting*, 2006, Pag. 128

[63] Boons en Roberts: *Activity Based Costing,* 1991, Pag. 21

[64] Koetzier en Epe: *Interne verslaggeving voor profit en non-profit organisaties,* 2006, Pag. 85

[65] HHM: *Handreiking kostprijsberekening versie 2.0*, Pag. 7

[66] Koetzier en Epe: *Interne verslaggeving voor profit en non-profit organisaties,* 2006, Pag. 63 e.v.

[67] Bruggeman en Everaert: *Kostprijscalculatie en management accounting*, 2006, Pag. 32

[68] Bruggeman en Everaert: *Kostprijscalculatie en management accounting*, 2006, Pag. 24

[69] Bruggeman en Everaert: *Kostprijscalculatie en management accounting*, 2006, Pag. 25

[70] Bruggeman en Everaert: *Kostprijscalculatie en management accounting*, 2006, Pag. 24 e.v.

[71] de Boer en Brouwer et al: *Basisboek Bedrijfseconomie,* 2004, Pag. 280

[72] Koetzier en Epe: *Interne verslaggeving voor profit en non-profit organisaties,* 2006, Pag. 104

[73] Koetzier en Epe: *Interne verslaggeving voor profit en non-profit organisaties,* 2006, Pag. 91

[74] Koetzier en Epe: *Interne verslaggeving voor profit en non-profit organisaties,* 2006, Pag. 92

[75] Koetzier en Epe: *Interne verslaggeving voor profit en non-profit organisaties,* 2006, Pag. 93

[76] Koetzier en Epe: *Interne verslaggeving voor profit en non-profit organisaties,* 2006, Pag. 94

[77] Koetzier en Epe: *Interne verslaggeving voor profit en non-profit organisaties,* 2006, Pag. 93

[78] Koetzier en Epe: *Interne verslaggeving voor profit en non-profit organisaties,* 2006, Pag. 99

[79] Koetzier en Epe: *Interne verslaggeving voor profit en non-profit organisaties,* 2006, Pag. 99

[80] Boons en Roberts: *Activity Based Costing,* 1991, Pag. 42

[81] Koetzier en Epe: *Interne verslaggeving voor profit en non-profit organisaties,* 2006, Pag. 100

[82] Boons en Roberts: *Activity Based Costing,* 1991, Pag. 16

[83] Boons en Roberts: *Activity Based Costing,* 1991, Pag. 56

[84] Koetzier en Epe: *Interne verslaggeving voor profit en non-profit organisaties,* 2006, Pag. 101

[85] Bruggeman en Everaert: *Kostprijscalculatie en management accounting*, 2006, Pag. 58

[86] Bruggeman en Everaert: *Kostprijscalculatie en management accounting*, 2006, Pag. 50

[87] Interview met Jolanda Smits over de gevonden resultaten en de uitkomsten van het model

Bijlage 1

Zorgzwaartepakketten, sector V&V versie 2009

Zorgzwaartepakketten sector V&V

Versie 2009

1 september 2009
PJ/08/2063/imz

Inhoudsopgave

1. Toelichting zorgzwaartepakketten V&V 3
   1.1 Cliëntprofiel 3
   1.2 Functies en tijd per cliënt per week 3
   1.3 Verblijfskenmerken 6

2. Overzicht zorgzwaartepakketten V&V 7

1. Zorgzwaartepakketten V&V

Voorliggend rapport bevat een omschrijving van de zorgzwaartepakketten (ZZP's) die voor de sector Verpleging & Verzorging zijn ontwikkeld. De beschrijving van een ZZP start met een titel waarin het ZZP nummer, de sector en een korte omschrijving van het ZZP staan vermeld. Vervolgens worden per ZZP de volgende drie onderdelen onderscheiden: cliëntprofiel, functies en tijd per cliënt per week en verblijfskenmerken.

1.1 Cliëntprofiel

Het cliëntprofiel bestaat uit de volgende componenten:

- Inhoudelijke beschrijving van de cliëntgroep.
- Grafische weergave van de gemiddelde scores op de beperkingen. Per categorie wordt de gemiddelde score op de beperkingen weergegeven die van toepassing is op een cliënt binnen de cliëntgroep.
- Grafische weergave van de aard van het begeleidingsdoel. Per aard van het begeleidingsdoel wordt de gemiddelde verdeling weergegeven die van toepassing is op de cliëntgroep.
- Grafische weergave van de aard van de psychiatrische problematiek. Per aard van de psychiatrische problematiek wordt de gemiddelde verdeling weergegeven die van toepassing is op de cliëntgroep.
- Voorbeelden van cliëntgroepen. Ter illustratie zijn eventueel enkele voorbeelden van cliëntgroepen opgenomen. Dit betreft nadrukkelijk géén gelimiteerde lijst.

1.2 Functies en tijd per cliënt per week

In het ZZP is aangegeven welke functies en tijd per cliënt per week van toepassing zijn op de componenten woonzorg, dagbesteding en behandeling. Deze worden hieronder toegelicht. Voor de definities van de hieronder genoemde AWBZ functies wordt verwezen naar het AWBZ Kompas dat het CVZ heeft vastgesteld (www.cvz.nl).

WOONZORG

Functies:

De component woonzorg bevat de functies begeleiding (BG-alg), persoonlijke verzorging (PV) en verpleging (VP). Per ZZP is aangegeven welke functies van toepassing kunnen zijn.

Tijd:

Het betreft de gemiddelde cliëntgebonden tijd (direct en indirect) die wordt geleverd vanuit de formatie van het woonzorgteam. Onder woonzorgteam wordt verstaan: de zorg die wordt geboden door de medewerkers op de afdeling/ groep/verblijfseenheid die direct zijn verbonden aan het leveren van zorg aan de cliënt.

Voor alle ZZP's geldt, dat cliënten naast de individuele zorg de mogelijkheid hebben tot deelname aan sociaal culturele activiteiten, die de instelling organiseert.

De niet-cliëntgebonden tijd (zoals scholing, intervisie en organisatieoverleg) en de functies huishoudelijke verzorging (HV) en verblijf (VB) zijn niet expliciet benoemd en uitgewerkt in tijden per ZZP. De instelling ontvangt hiervoor wel geld dat is verdisconteerd in het ZZP-tarief.

DAGBESTEDING

Functies:
De component dagbesteding bevat de functie begeleiding (BG-dag).
Tijd:
Hierin staat het gemiddeld aantal dagdelen vermeld. Dit betreft het gemiddeld aantal dagdelen van die cliënten die daadwerkelijk dagbesteding ontvangen, gecorrigeerd voor de groepsgrootte. Dit betreft de (direct en indirect) cliëntgebonden tijd. De niet-cliëntgebonden tijd (zoals scholing, intervisie en organisatieoverleg) wordt verdisconteerd in het ZZP-tarief.

Dagbesteding, bekostigd vanuit de AWBZ, is een zoveel mogelijk zinvolle, gestructureerde en in principe niet-vrijblijvende vorm van besteding van de dag.

Voor mensen *onder de 65 jaar* is hierbij sprake van een vervangende activiteit voor werk of school, als dit niet op reguliere dan wel aangepaste wijze (zoals WSW, aangepaste onderwijsvormen) kan worden gerealiseerd. Naar de mogelijkheden van de persoon biedt de dagbesteding vervangende activiteit voor een vergelijkbare duur als een reguliere werkweek.

Voor mensen *boven de 65 jaar* is sprake van dagbesteding bekostigd vanuit de AWBZ als deze activiteiten nodig zijn voor de persoon vanuit zorginhoudelijk oogpunt. Hier moet sprake zijn van een in het zorgplan geformaliseerde doelstelling ten aanzien van ontwikkeling of stabilisatie. In deze situatie is geen sprake meer van vervanging van arbeidsmatige activiteiten, daar oudere mensen in het algemeen geen arbeidsmatige invulling van de dag hebben, maar zelf voor hun daginvulling zorgen.

Dagbesteding, bekostigd vanuit de AWBZ, is te onderscheiden van reguliere *dagstructurering* die in de woon-/verblijfssituatie wordt geboden. Aanbieden van structuur gebeurt in de eerste plaats door het ritme van het leven in een dergelijke situatie. 's Morgens wakker worden, opstaan, ontbijten, koffiedrinken, et cetera. Vanuit de instelling mag een aanbod van enige recreatieve en welzijnsactiviteiten worden verwacht, als onderdeel van het aanbod in deze woon-/verblijfsituatie. Het kan daarnaast aan de orde zijn, dat voor het in stand houden van de structuur enige vorm van 'actief houden' nodig is, bijvoorbeeld om omkering van dag- en nachtritme te voorkomen. Gezien de verwevenheid van deze vorm van begeleiding met de overige zorg ligt het voor de hand, dat dit als integraal aanbod wordt geboden en dat dit niet wordt beschouwd als dagbesteding.

Verder is dagbesteding, bekostigd vanuit de AWBZ, te onderscheiden van *welzijnsactiviteiten* als zang, bingo, uitstapjes en dergelijke. Deze worden aangeboden aan de cliënt ter vervanging van het niet kunnen deelnemen aan reguliere welzijnsactiviteiten zoals die in de open maatschappij beschikbaar zijn. Deze activiteiten dienen te worden bekostigd vanuit de functie verblijf en worden niet beschouwd als dagbesteding.

Conform de hiervoor gehanteerde definitie is binnen de V&V de dagbesteding vaak niet duidelijk te onderscheiden van dagstructurering en welzijn. Derhalve is ervoor gekozen om geen afzonderlijke tijd voor dagbesteding op te nemen, maar deze tijd over de gehele V&V-populatie om te slaan en op te nemen in de totaaltijd van alle ZZP's (dus bijvoorbeeld ook bij ZZP10 dat is bedoeld voor specifieke terminale zorg waarbij in principe geen sprake is van dagbesteding, maar deze tijd voor andere vormen van begeleiding kan worden ingezet).

BEHANDELAARS

Functies:

De component behandelaars bevat de functie behandeling (BH) die door behandelaars (medici, paramedici en gedragswetenschappers) worden geleverd, buiten de formatie van de woongroepen om. Met betrekking tot de functie behandeling wordt opgemerkt dat deze specifiek is gericht op de aandoening, stoornis of beperking die de grondslag vormt voor de AWBZ (artikel 8 van het Besluit Zorg Aanspraken).

Tijd:

De tijd van de behandelaars is uitgedrukt in uren per week per cliënt. Dit betreft de cliëntgebonden tijd (zowel direct als indirect cliëntgebonden). De niet-cliëntgebonden tijd (zoals scholing, intervisie en organisatieoverleg) wordt verdisconteerd in het ZZP-tarief.

In een aantal ZZP's is aangegeven dat geen sprake is van betrokkenheid van (een) behandelaar(s) bij de zorgverlening. In de totaaltijd en de prijs van deze ZZP's is echter wel enige ruimte opgenomen voor de inzet van behandelaars op de achtergrond, ten behoeve van het adviseren en bijstaan van medewerkers in het uitoefenen van hun taken. In deze ZZP's is dus geen sprake van een indicatie die behandeling als bedoeld in artikel 8 van het Besluit Zorg Aanspraken omvat, maar van bekostiging van incidenteel gebruik van één of meerdere voor de verblijfsinstelling werkzame behandelaars. Artikel 15 van het BZA is in deze gevallen ook niet van toepassing.

Ter toelichting is in onderstaande tabel een overzicht opgenomen van de behandelaars in de AWBZ. Dit overzicht is zo volledig mogelijk, echter niet noodzakelijk uitputtend.

Behandelaar	
Arts (verpleeghuisarts, arts verstandelijk gehandicapten, Revalidatiearts)	Nurse practitioner
Beeldend therapeut	Oefentherapeut
Bewegingsagoog	Orthopedagoog
Bezigheidstherapeut	Orthoptist
	Physician assistant

Behandelaar	
Creatief therapeut	Podotherapeut
Diëtist	Psycholoog (klinisch psycholoog, GZ-psycholoog)
Ergotherapeut	Psychiater
Fysiotherapeut	Psychomotore therapeut
Gedragskundige	Psychotherapeut
Geriater/gerontoloog	Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige (SPV)
Logopedist	Speltherapeut
Maatschappelijk werker	
Mondhygiënist	

Tabel 1. Overzicht behandelaars

TOTAALTIJD

Voor de V&V is in de overzichten één totaaltijd opgenomen, eveneens uitgedrukt in uren per cliënt per week. Dit betreft de totaaltijd inclusief de dagbesteding. Reden hiervoor is dat binnen de V&V dagbesteding (conform de hiervoor gehanteerde definitie) vaak niet duidelijk is te onderscheiden van dag-structurering en welzijn. Derhalve is bij het berekenen van de totaaltijd ervoor gekozen om de gemiddelde omvang van dagbesteding om te slaan over de gehele populatie. De totaaltijd voor de V&V omvat aldus de gemiddelde tijd voor de woonzorg, behandelaars en de omgeslagen tijd voor de dagbesteding. Deze totaaltijd omvat ook de begeleiding bij de terminale fase van het leven.

1.3 Verblijfskenmerken

Bij dit onderdeel is aangegeven wat de setting is, hoe de nachtdienst over het algemeen is georganiseerd en op basis van welke leveringsvoorwaarde de zorg wordt geleverd.

2. Overzicht zorgzwaartepakketten V&V

In deze paragraaf wordt een beschrijving gegeven van de ZZP's die voor de Verpleging en Verzorging (V&V) gaan gelden met ingang van 1 januari 2009. De versie voor 2009 is gebaseerd op het AWBZ-brede ZZP-stramien dat in 2006 is gehanteerd tijdens de landelijke score, waarbij de ervaringen die sindsdien zijn opgedaan met de ZZP's en de opmerkingen van diverse landelijke partijen (Actiz, ZN, VWS, CIZ) zijn verwerkt.

In totaal heeft de V&V-sector tien ZZP's. Het zijn acht pakketten voor langdurende zorg (ZZP's 1 tot en met 8) en twee pakketten voor kortdurende zorg aan specifieke doelgroepen (ZZP 9 en 10). Bij de langdurende zorg is een oplopende reeks van zorgzwaarte. De reeks begint met ZZP 1 VV voor personen die zich niet meer zelf kunnen redden thuis en loopt op naar ZZP 8 VV voor personen met zware ziekten die volledig zorgafhankelijk zijn en daarom intensieve verzorging en verpleging nodig hebben. De kortdurende pakketen zijn gericht op revalidatie (ZZP 9 VV) en kortdurende palliatieve terminale zorg voor mensen die met een terminale ziekte niet langer thuis kunnen blijven (ZZP 10 VV).

In onderstaand schema is de intensiteit van de verschillende ZZP's schematisch weergegeven, zodat een beeld wordt verkregen van het onderscheid tussen de verschillende pakketten. Een '0' betekent dat op dit aspect geen zorg nodig is. De '+-jes' kunnen als volgt worden geïnterpreteerd: ++ = toezien/stimuleren, ++++ = hulp en ++++++ = overname.

	Begeleiding		**Verzorging**			**Verpleging**	**Probleem-gedrag**
ZZP	Sociale redzaamheid	Psycho-sociaal functioneren	Persoonlijke zorg	Mobiliteit	Motorisch functioneren		
VV 1	+	0	+	+	0	0	0
VV 2	+++	+	++	+	+	+	0
VV 3	++++	++	++++	+++	++	+	0
VV 4	++++	+++	++	+	+	+	+
VV 5	+++++	++++	++++	++++	++	+	+
VV 6	++++	+++	+++++	+++++	+++	++	0
VV 7	++++++	+++++	++++	+++	++	++	+++
VV 8	+++++	+++	++++++	++++++	+++++	++++	+
VV 9	+++	++	+++	+++	++	++	0
VV 10	+++++	++++	+++++	+++++	++++	+++	+

Tabel 2. Intensiteitverschillen tussen de VV-ZZP's

Op de volgende pagina's wordt elk ZZP afzonderlijk beschreven aan de hand van een cliëntprofiel en de omvang van het zorgaanbod.

ZZP 1 VV — Beschut wonen met enige begeleiding

Cliëntprofiel

Deze cliëntgroep heeft enige begeleiding nodig, in een beschutte woonomgeving, omdat ze niet meer helemaal zelfstandig kan wonen.

De cliënten hebben ten aanzien van hun *sociale redzaamheid* vooral behoefte aan enige begeleiding op het gebied van het nemen van besluiten, het komen tot oplossingen, deelname aan het maatschappelijk leven, het uitvoeren van complexere taken en het huishoudelijk leven. De begeleiding bestaat uit toezicht of stimulatie. Betreffende het uitvoeren van complexere taken kan ook overname van zorg nodig zijn.
De cliënten hebben in het algemeen weinig ondersteuning nodig ten aanzien van de *psychosociale/cognitieve functies.* Vanwege bijvoorbeeld eenzaamheid of lusteloosheid kan bij deze cliënten af en toe behoefte bestaan aan hulp, toezicht of sturing ten aanzien van motivatie, geheugen en denken en het psychosociaal welbevinden.

Ten aanzien van *ADL* zijn de cliënten meestal zelfstandig. Zij kunnen wel behoefte hebben aan toezicht en stimulatie betreffende kleine verzorgingstaken en wassen en kleden, zodat de cliënt zich goed blijft verzorgen.
Ten aanzien van *mobiliteit* zijn de cliënten in het algemeen redelijk zelfstandig. Betreffende het verplaatsen buitenshuis, het lopen van korte afstanden, kunnen cliënten wel behoefte hebben aan toezicht en stimulatie (bijvoorbeeld door aan te geven hoe ergens te komen).
Bij deze cliënten is geen sprake van *verpleging.*

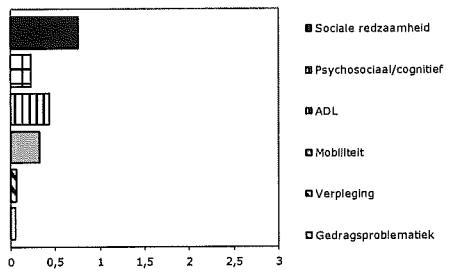
Bij deze cliënten is meestal geen sprake van *gedragsproblematiek.*
Bij deze cliënten is meestal geen sprake van *psychiatrische problematiek.*

De *aard van het begeleidingsdoel* is bij de cliënten vaak stabilisatie.
Het *beperkingenbeeld* van deze cliënten verandert meestal langzaam.
De *zorgverlening* is volgens afspraak en direct oproepbaar (bijvoorbeeld 24 uur per dag via een alarmeringssysteem) of voortdurend in de nabijheid te leveren.

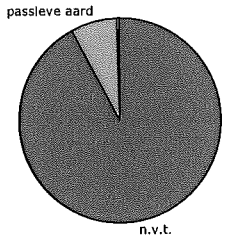
De *dominante grondslag* voor dit cliëntprofiel is een somatische ziekte/aandoening. Dit kan ook een (beginnende) psychogeriatrische ziekte/aandoening zijn.

Voorbeelden van cliëntgroepen zijn:
De 'lichte' bewoner in het verzorgingshuis.

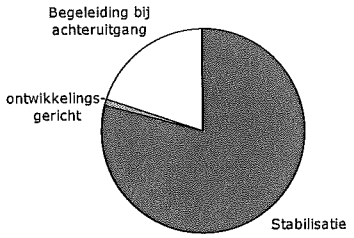
Gemiddelde scores beperkingen



Aard van de psychiatrische problematiek



Aard van het begeleidingsdoel



Functies en tijd per cliënt per week

Woonzorg				Dagbesteding	Behandelaars (BH)	Gem. totaaltijd
Functie	BG	PV	VP	Zie omschrijving in toelichting.	Bij de zorgverlening is/zijn geen behandelaar(s) betrokken.	Incl. dagbesteding: 4,5 uur
	ja	ja	nee			
Gemiddeld: 4,5 uur						

Verblijfskenmerken

Setting: beschut wonen.
Nachtdienst: oproepbare wacht.
Leveringsvoorwaarde: volgens afspraak en direct oproepbaar, of voortdurend in de nabijheid.

ZZP 2 VV — Beschut wonen met begeleiding en verzorging

Cliëntprofiel

Deze cliëntgroep kan niet meer zelfstandig wonen en heeft vanwege vooral somatische problematiek dagelijks behoefte aan begeleiding en verzorging in een beschutte woonomgeving.

De cliënten hebben ten aanzien van hun *sociale redzaamheid* in het algemeen weinig ondersteuning nodig. Met name kan behoefte bestaan aan toezicht of stimulatie betreffende deelname aan het maatschappelijk leven en besluitnemings- en oplossingsvaardigheden. Bij het uitvoeren van complexere taken en het huishoudelijk leven kan ook behoefte bestaan aan het overnemen van zorg. Er kan sprake zijn van een beginnend verlies van regie over het dagelijks leven.
De cliënten kunnen ten aanzien van alle *psychosociale/cognitieve functies* af en toe behoefte hebben aan hulp, toezicht en sturing, met name vanwege beperkingen met betrekking tot geheugen en denken, concentratie en motivatie.

Ten aanzien van *ADL* hebben de cliënten betreffende de kleine verzorgingstaken, het wassen en het aan- en uitkleden dagelijks behoefte aan hulp. Betreffende eten en drinken en de toiletgang bestaat bij de cliënten soms behoefte aan toezicht en stimulatie.
Ten aanzien van *mobiliteit* hebben de cliënten betreffende het verplaatsen binnenshuis soms hulp nodig (voor veel cliënten is bijvoorbeeld een rollator voldoende). Voor het verplaatsen buitenshuis hebben cliënten (naast eventueel de hulp van een rollator) behoefte aan toezicht en stimulatie.
In een beperkt aantal gevallen is sprake van *verpleegkundige* aandacht.

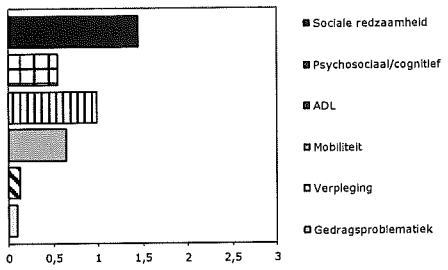
Bij deze cliënten is meestal geen sprake van *gedragsproblematiek* en ook geen sprake van *psychiatrische problematiek*.

De *aard van het begeleidingsdoel* is bij deze cliënten vaak stabilisatie of begeleiding bij achteruitgang. De zorgbehoefte kan in de tijd wisselend van aard zijn en er is behoefte aan zorg op meerdere momenten per dag. De *zorgverlening* is op afspraak en direct oproepbaar (bijvoorbeeld 24 uur per dag via een alarmeringssysteem) of voortdurend in de nabijheid te leveren. Het *beperkingenbeeld* van deze cliënten verandert langzaam.

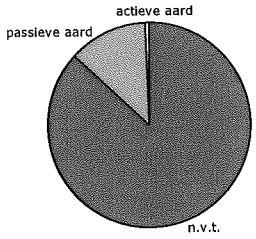
De *dominante grondslag* voor dit cliëntprofiel is meestal een somatische ziekte/aandoening en soms een (beginnende) psychogeriatrische ziekte/ aandoening.

Voorbeelden van cliëntgroepen zijn:
- De 'gemiddelde' bewoner van het verzorgingshuis (kan eventueel ook in het verpleeghuis wonen).
- Tijdelijk verblijvenden in het verzorgingshuis ten behoeve van herstel na bijvoorbeeld ziekenhuisopname of als gevolg van een tijdelijk falend cliëntsysteem.

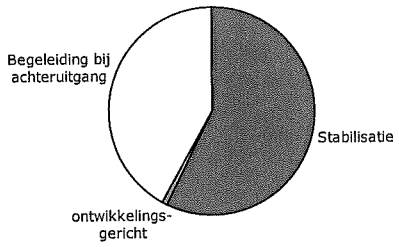
Gemiddelde scores beperkingen



Aard van de psychiatrische problematiek



Aard van het begeleidingsdoel



Functies en tijd per cliënt per week

Woonzorg				Dagbesteding	Behandelaars (BH)	Gem. totaaltijd
Functie	BG	PV	VP	Zie omschrijving in toelichting.	Bij de zorgverlening is/zijn geen behandelaar(s) betrokken.	Incl. dagbesteding: 7,0 uur
	ja	ja	ja			
Gemiddeld: 6,5 uur						

Verblijfskenmerken

Setting: beschut wonen.
Nachtdienst: wakende wacht.
Leveringsvoorwaarde: volgens afspraak en direct oproepbaar of voortdurend in de nabijheid.

ZZP 3 VV — Beschut wonen met begeleiding en intensieve verzorging

Cliëntprofiel

Deze cliëntgroep heeft vanwege omvangrijke somatische problematiek behoefte aan begeleiding en vooral ook intensieve verzorging, in een beschutte woonomgeving.

De cliënten hebben ten aanzien van *sociale redzaamheid* hulp nodig betreffende deelname aan het maatschappelijk leven, besluitnemings-/oplossingsvaardigheden, uitvoeren van eenvoudige taken en dagelijkse routine. Betreffende de communicatie is veelal toezicht of stimulatie nodig. Betreffende het uitvoeren van complexere taken en het huishoudelijke leven moet vaak overname van zorg plaatsvinden. Er is vaak sprake van een beginnend verlies van regie over het dagelijks leven.
De cliënten hebben vanwege het verlies aan geestelijke spankracht ten aanzien van verschillende *psychosociale/cognitieve functies* vaak hulp, toezicht of sturing nodig; het betreft concentratie, geheugen en denken, motivatie en psychosociaal welbevinden.

Ten aanzien van *ADL* hebben de cliënten op verschillende terreinen hulp nodig, het betreft de kleine verzorgingstaken, de zorg voor tanden, haren, nagels en huid, het wassen en kleden en de toiletgang. Bij het eten en drinken is vaak toezicht en stimulatie nodig.
Ten aanzien van *mobiliteit* binnenshuis en het bewegen/maken van transfers (opstaan/zitten, in/uit bed) hebben cliënten regelmatig behoefte aan hulp. Betreffende de mobiliteit buitenshuis is vaak hulp of overname van zorg nodig.
Cliënten kunnen een kwetsbare gezondheid hebben vanwege een chronische ziekte die voortdurende *verpleegkundige aandacht* vereist.

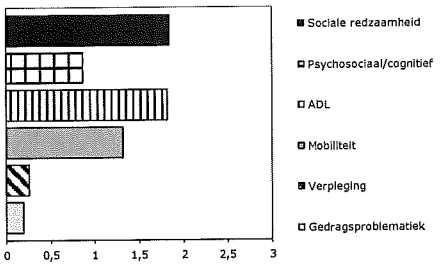
Bij deze cliënten is meestal geen sprake van *gedragsproblematiek*.
Bij deze cliënten is meestal geen sprake van *psychiatrische problematiek*.

De *aard van het begeleidingsdoel* is bij deze cliënten gericht op begeleiding bij achteruitgang of op stabilisatie. De *zorgverlening* is voortdurend in de nabijheid te leveren en wordt op meerdere momenten per dag geboden. Het *beperkingenbeeld* van deze cliënten verandert langzaam tot snel.

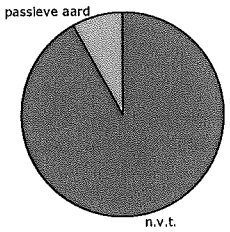
De *dominante grondslag* voor dit cliëntprofiel is een somatische ziekte/aandoening.

Voorbeelden van cliëntgroepen zijn:
- Bewoners somatische meerzorg in het verzorgingshuis.
- Lichte somatische bewoners in een verpleeghuis.

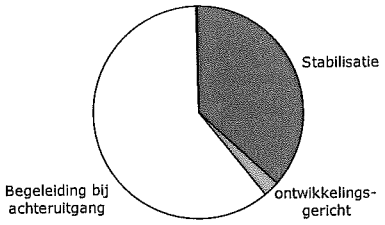
Gemiddelde scores beperkingen



Aard van de psychiatrische problematiek



Aard van het begeleidingsdoel



Functies en tijd per cliënt per week

Woonzorg				Dagbesteding	Behandelaars (BH)	Gem. totaaltijd
Functie	BG	PV	VP	Zie omschrijving in toelichting.	Bij de zorgverlening is/zijn (een) behandelaar(s) betrokken. Dit is circa 1,5 uur.	Incl. dagbesteding: 11 uur
	ja	ja	ja			
Gemiddeld: 9 uur						

Verblijfskenmerken

Setting: beschut wonen.
Nachtdienst: wakende wacht.
Leveringsvoorwaarde: voortdurend in de nabijheid.

ZZP 4 VV — Beschut wonen met intensieve begeleiding en uitgebreide verzorging

Cliëntprofiel

Deze cliëntgroep heeft intensieve begeleiding gecombineerd met uitgebreide verzorging in een beschutte omgeving. De reden hiervoor kan verschillend zijn.

De cliënten hebben ten aanzien van hun *sociale redzaamheid* betreffende veel aspecten hulp nodig, zoals bij de communicatie, het nemen van besluiten, communicatie en het uitvoeren van taken. Ze kunnen niet of nauwelijks zelfstandig deelnemen aan het maatschappelijk leven.
De cliënten hebben ten aanzien van alle *psychosociale/cognitieve functies* behoefte aan hulp, toezicht of sturing, omdat de cliënten veel beperkingen hebben met betrekking tot met name denken en geheugen, oriëntatie en concentratie.

Ten aanzien van de verschillende aspecten van *ADL* hebben de cliënten veelal toezicht en stimulatie nodig, omdat de cliënt beperkingen heeft waardoor er ondersteuning nodig is bij kleine verzorgingstaken, wassen en kleden.
De cliënten hebben ten aanzien van *mobiliteit* veelal toezicht of stimulatie nodig. Binnenshuis kan de cliënt zich beperkt zelfstandig bewegen. Betreffende het verplaatsen buitenshuis is in het algemeen hulp of overname van zorg nodig.
Cliënten kunnen een kwetsbare gezondheid hebben vanwege een chronische ziekte die voortdurende *verpleegkundige aandacht* vereist.

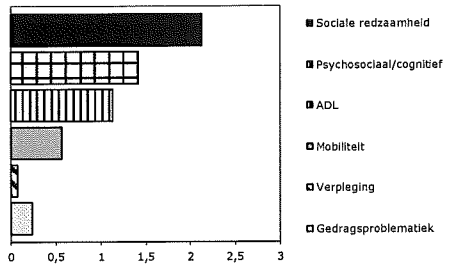
Bij deze cliënten kan sprake zijn van enige *gedragsproblematiek* waarbij af en toe hulp, toezicht of sturing nodig is. Bij deze cliënten kan ook *psychiatrische problematiek* voorkomen, vooral passief van aard.

De *aard van het begeleidingsdoel* heeft vaak betrekking op begeleiding bij achteruitgang, maar kan ook stabilisatie zijn. De cliënten hebben een structurele behoefte aan zorg, op meerdere momenten per dag. De *zorgverlening* is voortdurend in de nabijheid te leveren. Het *beperkingenbeeld* van deze cliënten verandert langzaam tot snel.

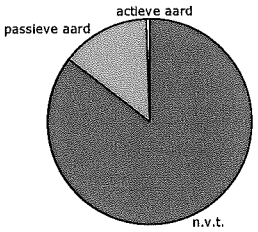
De *dominante grondslag* voor dit cliëntprofiel is een psychogeriatrische ziekte/aandoening, maar kan ook somatisch zijn (zie voorbeelden).

Voorbeelden van cliëntgroepen zijn:
- Cliënten met een matig dementieel syndroom.
- Bewoners met PG meerzorg in het verzorgingshuis.
- Cliënten die door ouderdom een verzorgingsbehoefte hebben gekregen naast reeds bestaande langdurende psychiatrische problematiek.
- Personen die in samenhang met de fysieke verzorgingsbehoefte extra begeleiding nodig hebben vanwege ernstige zintuiglijke beperkingen (doof- en/of blindheid op latere leeftijd).

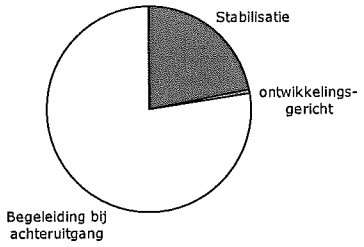
Gemiddelde scores beperkingen



Aard van de psychiatrische problematiek



Aard van het begeleidingsdoel



Functies en tijd per cliënt per week

Woonzorg				Dagbesteding	Behandelaars (BH)	Gem. totaaltijd
Functie	BG	PV	VP	Zie omschrijving in toelichting.	Bij de zorgverlening is/zijn (een) behandelaar(s) betrokken. Dit is circa 1,5 uur.	Incl. dagbesteding: 13 uur
	ja	ja	ja			
Gemiddeld: 10 uur						

Verblijfskenmerken

Setting: beschut wonen.
Nachtdienst: wakende wacht.
Leveringsvoorwaarde: voortdurend in de nabijheid.

ZZP 5 VV — Beschermd wonen met intensieve dementiezorg

Cliëntprofiel

Deze cliëntgroep heeft vanwege ernstige dementiële problematiek behoefte aan intensieve begeleiding en intensieve verzorging, in een beschermende woonomgeving. De cliënten zijn (bijna) geheel zorgafhankelijk.

De cliënten hebben ten aanzien van hun *sociale redzaamheid* op alle aspecten in ieder geval hulp en vaak overname van zorg nodig. Er is bij deze cliënten sprake van vergaand verlies van zelfregie. Er kan sprake zijn van zwerfgedrag. De cliënten hebben geen greep meer op hun eigen doen en laten.
Ze hebben ten aanzien van de verschillende *psychosociale/cognitieve functies* continu hulp, toezicht en sturing nodig, omdat de cliënten veel beperkingen hebben met betrekking tot oriëntatie, concentratie en geheugen en denken. Er is sprake van volledige desoriëntatie naar tijd, plaats en persoon.

Ten aanzien van *ADL* is betreffende alle aspecten hulp of overname van zorg nodig, waaronder eten en drinken, kleine verzorgingstaken, de persoonlijke zorg voor tanden, haren, nagels en huid, de toiletgang, het wassen en het kleden.
Ten aanzien van *mobiliteit* hebben de cliënten vaak hulp of overname van zorg nodig. Binnenshuis kan de cliënt zich zeer beperkt zelfstandig bewegen, buitenshuis kan dat helemaal niet.
Als gevolg van de kwetsbare gezondheid is *verpleegkundige aandacht* noodzakelijk (o.a. voorkomen van decubitus en infecties).

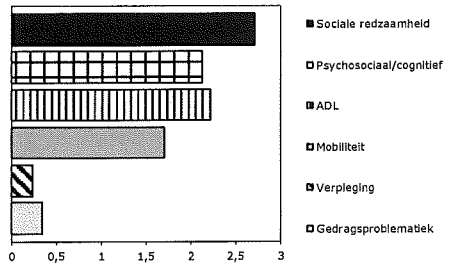
De cliënten kunnen soms *gedragsproblematiek* vertonen. Dit betreft dan met name dwangmatig gedrag, ongecontroleerd/ontremd gedrag of reactief gedrag met betrekking tot interactie.
Bij een deel van de cliënten komt *psychiatrische problematiek* voor, vooral passief van aard.

De *aard van het begeleidingsdoel* heeft meestal betrekking op begeleiding bij achteruitgang.
De cliënten hebben een structurele behoefte aan zorg, op meerdere momenten per dag. De *zorgverlening* is voortdurend in de nabijheid of 24 uur per dag direct te leveren.
Het *beperkingenbeeld* van deze cliënten verandert langzaam tot snel.

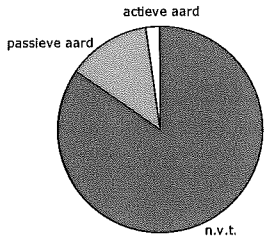
De *dominante grondslag* voor dit cliëntprofiel is een psychogeriatrische ziekte/aandoening.

Voorbeelden van cliëntgroepen zijn:
Cliënten met een ernstige mate van dementie zonder veel gedragsproblematiek.

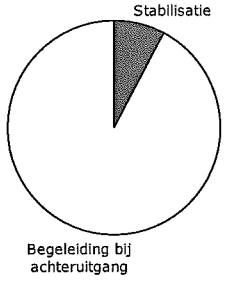
Gemiddelde scores beperkingen



Aard van de psychiatrische problematiek



Aard van het begeleidingsdoel



Functies en tijd per cliënt per week

Woonzorg				Dagbesteding	Behandelaars (BH)	Totaaltijd
Functie	BG	PV	VP	Zie omschrijving in toelichting.	Bij de zorgverlening is/zijn (een) behandelaar(s) betrokken. Dit is circa 1,5 uur.	Incl. dagbesteding: 18 uur
	ja	ja	ja			
Gemiddeld: 16 uur						

Verblijfskenmerken

Setting: beschermd wonen.
Nachtdienst: wakende wacht.
Leveringsvoorwaarde: voortdurend in de nabijheid of 24 uur per dag direct aanwezig.

ZZP 6 VV — Beschermd wonen met intensieve verzorging en verpleging

Cliëntprofiel

Deze cliëntgroep heeft vanwege ernstige somatische beperkingen op veel momenten van de dag behoefte aan begeleiding, intensieve verzorging en verpleging, in een beschermende woonomgeving.

De cliënten hebben ten aanzien van hun *sociale redzaamheid* een begeleidingsbehoefte betreffende het begrijpen wat anderen zeggen het begrijpelijk maken naar anderen. Soms is hierbij toezicht en stimulatie nodig. Betreffende de overige aspecten van sociale redzaamheid is in het algemeen hulp bij of overname van zorg nodig, hieronder vallen initiëren en uitvoeren van eenvoudige en complexe taken. De cliënt is niet zijn zelfregie kwijt.
De cliënten hebben ten aanzien van de *psychosociale/cognitieve functies*- betreffende concentratie, motivatie en psychosociaal welbevinden vaak of continu hulp, toezicht of sturing nodig, vanwege een combinatie van fysieke en psychische moeilijkheden (zoals snel vermoeid, minder controle over armen en benen, vertraagd denkvermogen).

De cliënten hebben ten aanzien van de verschillende aspecten van *ADL* in het algemeen overname van zorg nodig. Betreffende eten en drinken kan toezicht en stimulatie in sommige situaties voldoende zijn (de cliënt is meestal goed in staat om zelf te bepalen welke hulp nodig is en hoe hij die hulp wil krijgen).
De cliënten hebben zowel binnenshuis- als buitenshuis op het gebied van *mobiliteit* overname van zorg nodig (vaak met behulp van een rolstoel).
De cliënt heeft continu behoefte aan *verpleegkundige aandacht* (o.a. wondverzorging, pijnbestrijding).

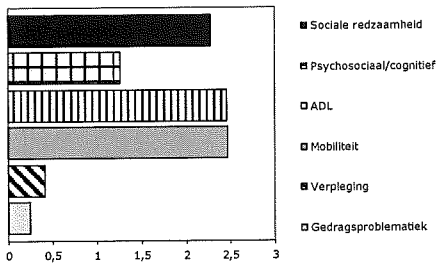
Van *gedragsproblematiek* is bij deze cliënten in het algemeen geen sprake. Bij deze cliënten kan ook *psychiatrische problematiek* voorkomen, vooral passief van aard (bijvoorbeeld depressiviteit).

De *aard van het begeleidingsdoel* heeft meestal betrekking op begeleiding bij achteruitgang maar kan ook gericht zijn op stabilisatie.
De cliënten hebben een structurele behoefte aan zorg, op meerdere momenten per dag. De *zorgverlening* is voortdurend in de nabijheid of 24 uur per dag direct te leveren.
Het *beperkingenbeeld* van deze cliënten verandert vaak snel.

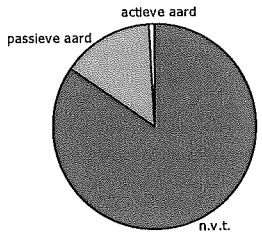
De *dominante grondslag* voor dit cliëntprofiel is een somatische ziekte/aandoening.

Voorbeelden van cliëntgroepen zijn:
- Cliënten met ernstige somatische beperkingen (bijvoorbeeld blijvend hersenletsel, Parkinson, chronisch hartfalen, spierziekte).
- Cliënten met complexe ziekten in een nog niet ver gevorderd stadium en/of zonder gedragsproblematiek.

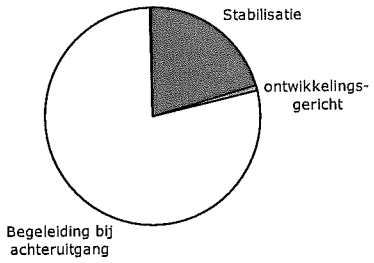
Gemiddelde scores beperkingen



Aard van de psychiatrische problematiek



Aard van het begeleidingsdoel



Functies en tijd per cliënt per week

Woonzorg				Dagbesteding	Behandelaars (BH)	Gem. totaaltijd
Functie	BG	PV	VP	Zie omschrijving in toelichting.	Bij de zorgverlening is/zijn (een) behandelaar(s) betrokken. Dit is circa 1,5 uur.	Incl. dagbesteding: 18 uur
	Ja	ja	ja			
Gemiddeld: 16 uur						

Verblijfskenmerken

Setting: beschermd wonen
Nachtdienst: wakende wacht
Leveringsvoorwaarde: voortdurend in de nabijheid of 24 uur per dag direct aanwezig.

ZZP 7 VV — Beschermd wonen met zeer intensieve zorg, vanwege specifieke aandoeningen, met de nadruk op begeleiding

Cliëntprofiel

Deze cliëntgroep heeft op grond van een chronische ziekte specifieke begeleiding nodig in combinatie met zeer intensieve verzorging en verpleging in een beschermende woonomgeving.

De cliënten hebben ten aanzien van hun *sociale redzaamheid* volledige begeleiding nodig, overname van taken is noodzakelijk. Met name bestaat er sterke behoefte aan het bieden van dagstructurering. Ze kunnen niet of nauwelijks zelfstandig deelnemen aan het maatschappelijk leven, communiceren, zelfstandig besluiten nemen, complexe taken initiëren en regie voeren over hun eigen leven. Deze cliënten hebben behoefte aan een vaste structuur en hulp bij het organiseren van de dag. De cliënten hebben ten aanzien van de *psychosociale/cognitieve functies* continu hulp, toezicht of sturing en begeleiding nodig, omdat er onder andere sprake is van beperkingen op het gebied van oriëntatie, geheugen en denken, concentratie en motivatie. Daarnaast kan extra begeleiding nodig zijn om familieleden te leren omgaan met de veranderde persoon.

De cliënten hebben ten aanzien van de verschillende aspecten van *ADL* veel hulp nodig. Met name bij kleine verzorgingstaken, de persoonlijke zorg voor tanden, haren, nagels en huid en bij het wassen kan ook behoefte zijn aan overname van zorg. De cliënten hebben ten aanzien van *mobiliteit* binnenshuis veelal hulp nodig. Ten aanzien van mobiliteit buitenshuis is overname van zorg nodig (er is altijd een begeleider nodig). *Verpleging* is nodig om de chronische ziekte in de gaten te houden en eventueel passende maatregelen te nemen.

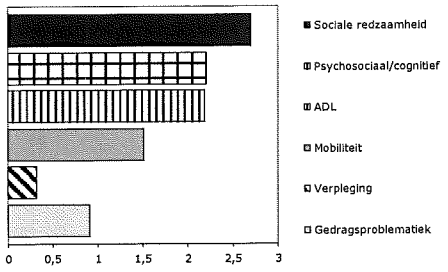
Er is bij deze cliënten vaak sprake van *gedragsproblematiek*, waardoor in die situaties vaak of continu hulp, toezicht of sturing nodig is. De aard van de gedragsproblematiek is divers, maar reactief gedrag met betrekking tot interactie en verbaal agressief gedrag komen in veel situaties voor. Een deel van de cliënten vertoont *psychiatrische problematiek*, zowel passief als actief van aard.

De *aard van het begeleidingsdoel* heeft meestal betrekking op begeleiding bij geleidelijke achteruitgang. De cliënten hebben een structurele behoefte aan zorg, op meerdere momenten per dag. De zorgverlening is voortdurend in de nabijheid of 24 uur per dag direct te leveren.
Het *beperkingenbeeld* van deze cliënten verandert vaak langzaam.

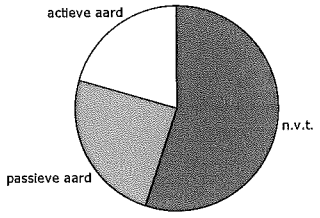
De *dominante grondslag* voor dit cliëntprofiel is een somatische ziekte/aandoening dan wel een psychogeriatrische ziekte/aandoening.

Voorbeelden van cliëntgroepen zijn:
- Volwassenen met ernstig en blijvend niet aangeboren hersenletsel.
- Cliënten met een ernstige mate van dementie in combinatie met gedragsproblemen (vooral voorkomend bij jong dementerenden).
- Mensen met de ziekte van Korsakov.
- Ouderen met complexe lichamelijke problematiek in combinatie met actieve psychiatrische problematiek.
- Ouderen die als gevolg van doofblindheid op latere leeftijd specifieke zorg nodig hebben.

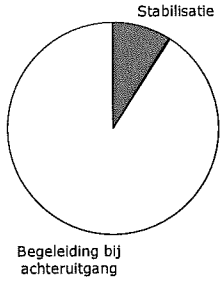
Gemiddelde scores beperkingen



Aard van de psychiatrische problematiek



Aard van het begeleidingsdoel



Functies en tijd per cliënt per week

Woonzorg				Dagbesteding	Behandelaars (BH)	Totaaltijd
Functie	BG	PV	VP	Zie omschrijving in toelichting.	Bij de zorgverlening is/zijn (een) behandelaar(s) betrokken. Dit is circa 2 uur.	Incl. dagbesteding: 23 uur
	ja	ja	ja			
Gemiddeld: 19 uur						

Verblijfskenmerken

Setting: beschermd wonen.
Nachtdienst: wakende wacht.
Leveringsvoorwaarde: voortdurend in de nabijheid of 24 uur per dag direct aanwezig.

ZZP 8 VV — Beschermd wonen met zeer intensieve zorg, vanwege specifieke aandoeningen, met de nadruk op verzorging/verpleging

Cliëntprofiel

Deze cliëntgroep heeft op grond van een ernstige somatische aandoening/ziekte behoefte aan specifieke en zeer intensieve verzorging en verpleging in combinatie met begeleiding in een beschermende woonomgeving.

De cliënten hebben ten aanzien van hun *sociale redzaamheid* volledige begeleiding nodig, overname van taken is noodzakelijk. Deze begeleiding komt voort uit beperkingen die de ziekte met zich meebrengt en meestal niet uit het ontbreken van zelfregie. Met name bestaat er sterke behoefte aan het bieden van dagstructurering. Ze kunnen niet of nauwelijks zelfstandig deelnemen aan het maatschappelijk leven, complexe taken initiëren en regie voeren over hun eigen leven.
De cliënten hebben ten aanzien van de *psychosociale/cognitieve functies* overname nodig als gevolg van beperkingen op het gebied van concentratie en motivatie. Mede vanwege veranderingen in karakter en persoonlijkheid kunnen ook de partner en/of kinderen behoefte hebben aan begeleiding.

De cliënten hebben ten aanzien van alle aspecten van *ADL* ten gevolge van hun specifieke aandoeningen/ziektes minimaal hulp dan wel overname van zorg nodig.
De cliënten hebben ten aanzien van *mobiliteit,* zowel binnenshuis als buitenshuis, behoefte aan hulp of overname.
De cliënten hebben ten gevolge van de specifieke aandoeningen/ziektes continu behoefte aan veel (gespecialiseerde) *verpleegkundige aandacht* (voorkomen van decubitus, infecties, longontsteking).

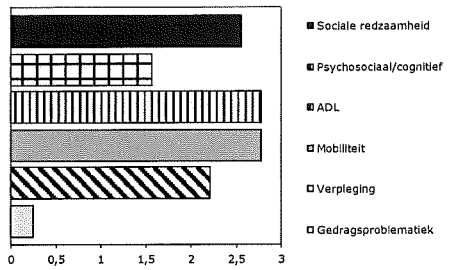
Van *gedragsproblematiek* is bij deze cliënten in het algemeen geen sprake. Bij deze cliënten is meestal geen sprake van *psychiatrische problematiek.*

De *aard van het begeleidingsdoel* heeft meestal betrekking op begeleiding bij achteruitgang van de zorgsituatie.
De cliënten hebben een structurele behoefte aan zorg, op meerdere momenten per dag. De *zorgverlening* is voortdurend in de nabijheid of 24 uur per dag direct te leveren.
Het *beperkingenbeeld* van deze cliënten verandert vaak langzaam.

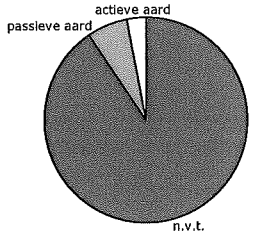
De *dominante grondslag* voor dit cliëntprofiel is een somatische ziekte/aandoening.

Voorbeelden van cliëntgroepen zijn:
- Cliënten in de laatste (terminale) fasen van de ziekte, zoals Huntington, ALS, MS of zware reuma.
- Cliënten met Korsakov in een fase van volledige zorgafhankelijkheid.

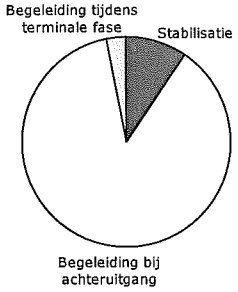
Gemiddelde scores beperkingen



Aard van de psychiatrische problematiek



Aard van het begeleidingsdoel



Functies en tijd per cliënt per week

Woonzorg				Dagbesteding	Behandelaars (BH)	Totaaltijd
Functie	BG	PV	VP	Zie omschrijving in toelichting.	Bij de zorgverlening is/zijn (een) behandelaar(s) betrokken. Dit is circa 2 uur.	Incl. dagbesteding: 27 uur
	ja	ja	ja			
Gemiddeld: 24 uur						

Verblijfskenmerken

Setting: beschermd wonen.
Nachtdienst: wakende wacht.
Leveringsvoorwaarde: voortdurend in de nabijheid of 24 uur per dag direct aanwezig.

ZZP 9 VV Herstelgerichte verpleging en verzorging

Cliëntprofiel

Deze cliëntgroep heeft op basis van een doorgemaakte operatie of/en aandoening (bijvoorbeeld CVA, knie- en heupoperatie), doorgaans na een klinisch zorgtraject, behoefte aan (geprotocolleerde) herstelgerichte zorg met behulp van behandeling door een multidisciplinair team, in een tijdelijke verblijfssituatie met therapeutisch leefklimaat.

De cliënten hebben bij hun *sociale redzaamheid* in het algemeen toezicht of stimulatie nodig. Betreffende de complexere taken en het huishoudelijk leven is vaak overname van zorg nodig. De begeleiding is gericht op het weer oppakken van allerlei zaken en/of het leren omgaan met de nieuwe situatie.
De cliënten hebben ten aanzien van de *psychosociale/cognitieve functies* af en toe hulp, toezicht en sturing nodig, met name als gevolg van beperkingen op het gebied van concentratie en motivatie.

De cliënten hebben ten aanzien van hun *ADL* bij binnenkomst veelal overname van zorg nodig. In de loop van de tijd neemt deze zorgbehoefte meestal af. Ten aanzien van eten en drinken is meestal alleen toezicht en stimulatie nodig. Soms zijn de beperkingen blijvend. Bij de overgang naar huis zal de vereiste advisering en instructie plaatsvinden.
Ten aanzien van de *mobiliteit* hebben deze cliënten in het begin met name hulp nodig. Betreffende het verplaatsen buitenshuis is vaak overname van zorg nodig, bij voortbewegen binnenshuis kan hier ook behoefte aan zijn. Gedurende de verblijfsperiode vermindert de mobiliteitsproblematiek van deze cliënten in het algemeen.
In het kader van herstel is *verpleegkundige aandacht* nodig, dat gedurende de herstelperiode zal afnemen.

Bij deze cliënten is meestal geen sprake van *gedragsproblematiek*.
Bij deze cliënten is meestal geen sprake van *psychiatrische problematiek*.

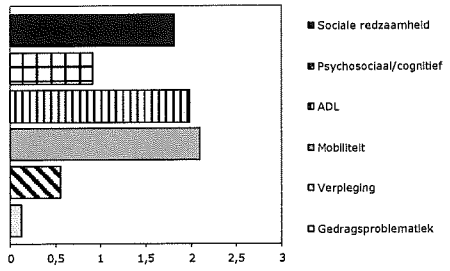
De *aard van het begeleidingsdoel* is ontwikkelingsgericht.
De cliënten hebben een structurele behoefte aan zorg, op meerdere momenten per dag. De *zorgverlening* is voortdurend in de nabijheid te leveren. Bij deze cliëntgroep is sprake van veel inzet van behandelaars.

Het *beperkingenbeeld* van deze cliënten verandert zeer snel.

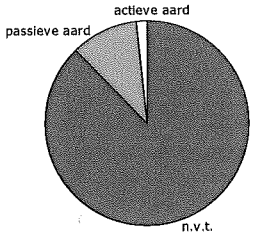
De *dominante grondslagen* voor dit cliëntprofiel zijn zowel een somatische ziekte/aandoening als een psychogeriatrische ziekte/aandoening, mits er sprake is van een revalidatiesituatie.

De cliëntgroep is:
Revalidatiecliënten in het verpleeghuis.

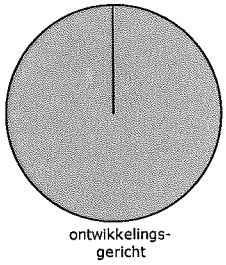
Gemiddelde scores beperkingen



Aard van de psychiatrische problematiek



Aard van het begeleidingsdoel



Functies en tijd per cliënt per week

Woonzorg				Dagbesteding	Behandelaars (BH)	Gem. totaaltijd
Functie	BG	PV	VP	Zie omschrijving in toelichting.	Bij de zorgverlening is/zijn (een) behandelaar(s) betrokken. Dit is circa 4 uur.	Incl. dagbesteding: 20 uur
	ja	ja	ja			
Gemiddeld: 16 uur						

Verblijfskenmerken

Setting: beschermd verblijf.
Nachtdienst: wakende wacht.
Leveringsvoorwaarde: voortdurend in de nabijheid.

ZZP 10 VV — Beschermd verblijf met intensieve palliatief-terminale zorg

Cliëntprofiel

Deze cliëntgroep verblijft kortdurend (doorgaans niet langer dan drie maanden) op een aparte woonafdeling in het zorghuis in verband met een naderend overlijden, in een situatie van beschermd verblijf.

In verband met de terminale fase van het leven is er sprake van een intensieve zorgbehoefte ten aanzien van *psychosociale/cognitieve functies*, de *sociale redzaamheid*, de *mobiliteit* en de *ADL*. In het algemeen is sprake van noodzaak tot overname van zorg op al deze aspecten. De mate waarin de cliënt beperkingen ondervindt op het gebied van psychosociaal welbevinden kan sterk verschillen. De begeleiding is gericht op zowel de cliënt als zijn naasten (verwerking).

Bij deze cliënten is in veel gevallen (gespecialiseerde) *verpleegkundige aandacht* aan de orde.

Er is bij deze cliënten meestal geen sprake van *gedragsproblematiek*.

De *aard van het begeleidingsdoel* is begeleiding in de terminale fase van het leven.

Bij deze cliënten kan sprake zijn van *psychiatrische problematiek*, zowel passief als actief van aard.

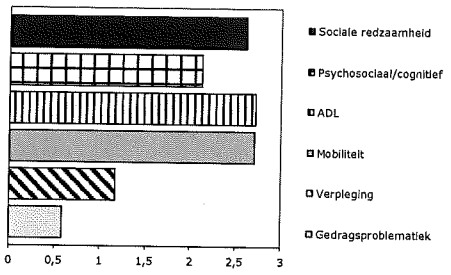
De cliënten hebben een structurele zorgbehoefte, op zowel geplande als op niet geplande tijden. De *zorgverlening* is voortdurend in de nabijheid of 24 uur per dag te leveren.

Het *beperkingenbeeld* van deze cliënten verandert eigenlijk niet tijdens de verblijfsperiode, er blijft sprake van zeer veel stoornissen.

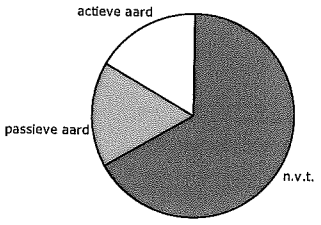
De *dominante grondslagen* voor dit cliëntprofiel kunnen zowel een somatische ziekte/aandoening als een psychogeriatrische ziekte/ aandoening zijn.

De cliëntgroep is:
Cliënten in de terminale levensfase die vanuit een andere setting (thuis of zorghuis) naar een aparte woonafdeling van het zorghuis komen, omdat thuis of op de afdeling waar de cliënt regulier verblijft de vereiste continuïteit en intensiteit van zorg niet meer voldoende zijn.

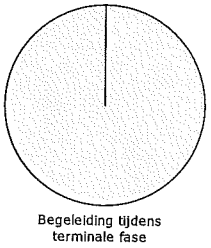
Gemiddelde scores beperkingen



Aard van de psychiatrische problematiek



Aard van het begeleidingsdoel



Functies en tijd per cliënt per week

Woonzorg				Dagbesteding	Behandelaars (BH)	Totaaltijd
Functie	BG	PV	VP	Zie omschrijving in toelichting.	Bij de zorgverlening is/zijn (een) behandelaar(s) betrokken. Dit is circa 2 uur.	Incl. dagbesteding: 30 uur
	ja	ja	ja			
Gemiddeld: 27 uur						

Verblijfskenmerken

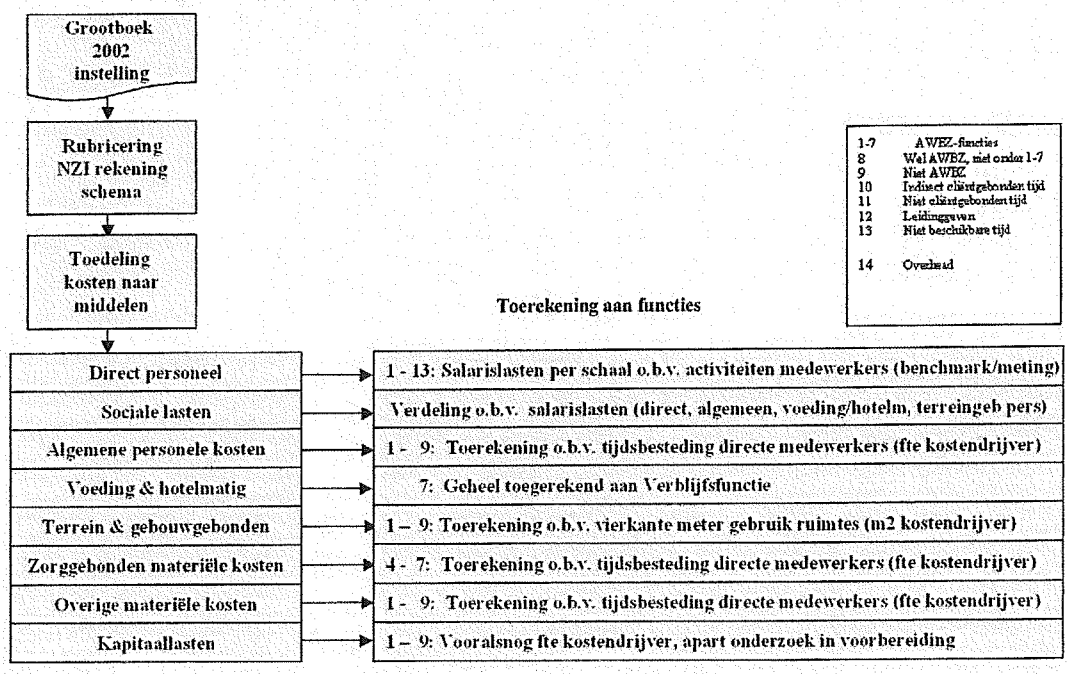
Setting: beschermd wonen.
Nachtdienst: wakende wacht.
Leveringsvoorwaarde: voortdurend in de nabijheid of 24 uur per direct aanwezig.

Bijlage 2

Schema doorbelastingen KPMG rapport *Functiegerichte kostprijzen AWBZ* pag. 21 en 22

5.3.2 Toerekening van kosten aan kostensoorten en verdeling over functies

Om een kostprijs per uur per functie uit te rekenen, moeten de kosten van de instelling worden verdeeld over de verschillende activiteiten (cliëntgebonden functies, indirect clientgebonden en niet cliëntgebonden tijd). De toerekening van kosten aan activiteiten verloopt op hoofdlijnen als volgt:

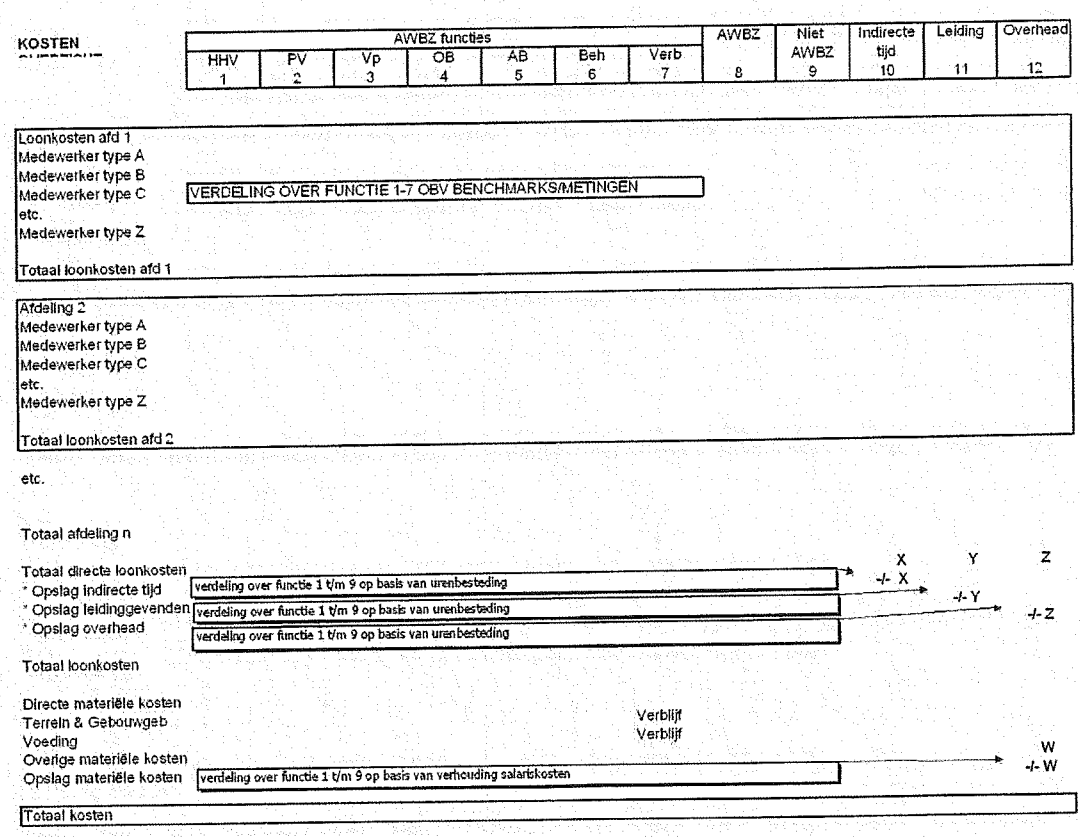


Figuur 5.3.2: Toerekening kosten aan activiteiten

Voor een gedetailleerd overzicht van de verdeling van NZI kostenrubrieken naar de bovenstaande kostensoorten verwijzen wij naar bijlage B.

5.3.3 Basis van de verdeling van kosten over de functies

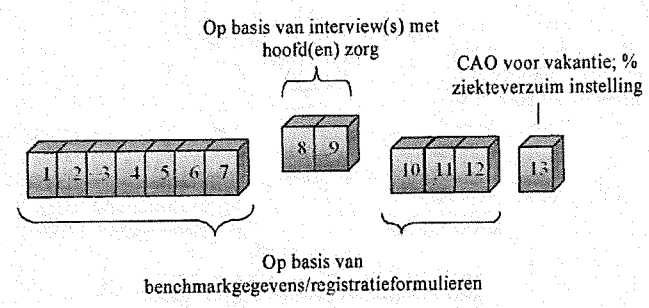
Uit de vorige stap zijn de kosten per activiteit bekend. Uiteindelijk zijn uitsluitend direct cliëntgebonden uren de vergoedingsbasis. De kosten die samenhangen met de overige activiteiten moeten op een zo logisch mogelijk wijze worden verdeeld naar de directe zorguren. De verdeling van de kosten over de AWBZ functies verloopt op hoofdlijnen volgens onderstaand schema:



Figuur 5.3.3 Verdeling naar functies van kosten indirecte tijd (X), leidinggevenden (Y), overhead (W)

5.3.4 Toerekening van uren aan activiteiten

Hierboven zijn de kosten berekend per functie. Om een kostprijs per uur te kunnen berekenen is het nodig inzicht te hebben in het aantal uren. De toerekening van uren aan activiteiten vindt plaats op basis van onderstaande bronnen:



Figuur 5.3.4 Toerekening van uren aan activiteiten

Bijlage 3

Bijlage A en B van het KPMG rapport *Functiegerichte kostprijzen AWBZ*

KPMG

Bijlagen

bij rapportage Functiegerichte Kostprijzen AWBZ
uitgevoerd in opdracht van het Ministerie van VWS

Bijlagen Eindrapportage

Functiegerichte Kostprijzen AWBZ

KPMG Gezondheidszorg, juni 2004

Dit rapport heeft 61 pagina's

drs. Y.M. Wilders RA/drs. D.W. Voetelink RA

Inhoudsopgave

BIJLAGEN 2

A Gehanteerde definities van functies 3

B Gehanteerde definities en afbakening van kosten 18

C Gehanteerde schaalindelingen FWG 3.0/thuiszorg 20
C.1 Totaal overzicht schaalgegevens 20
C.2 C 2 Standaard schaalindeling Gehandicaptenzorg (CAO 2002-2003) 20
C.2 C 2 Standaard schaalindeling Gehandicaptenzorg (CAO 2002-2003) 21
C.3 Standaard schaalindeling Geestelijke Gezondheidszorg (CAO 2002-2003) 22
C.4 Standaard schaalindeling Verpleging & Verzorging (CAO 2002-2003) 26
C.5 C4 Standaard schaalindeling thuiszorg (CAO 2002-2003) per 1 juli 2001 26
C.5 C4 Standaard schaalindeling thuiszorg (CAO 2002-2003) per 1 juli 2001 27

D Gebruikt bestaand materiaal: een korte beschrijving 38
D.1 Onderzoeken Thuiszorg 38
D.2 Onderzoeken V&V 40
D.3 Onderzoeken gehandicaptensector 45
D.4 Onderzoeken GGZ 51

E Overige gebruikte documentatie 56
1.1 Tangram rapport 56
1.2 Rapport Platform Grote Steden 56

F Overzicht aangetroffen OB/AB groepsgroottes 57
F.1 Groepsgroottes in de V&V 57
F.2 Groepsgrootte in de gehandicaptensector 59
F.3 Samenvattend overzicht 60

BIJLAGEN

A Gehanteerde definities van functies

Activiteiten naar functie volgens wettekst (eerste 4 kolommen) en toelichting wettekst, tangramrapport, HHM, ZN en Arcares (laatste kolommen) *gearceerd: tegenstrijdigheid in documenten geconstateerd*

Onderstaande kolommen komen uit de wettekst			**De voorbeeld activiteiten zijn uit de toelichting op de wettekst en overige documenten gehaald**		
Functie	**Omschrijving**	**Type cliënt**	**Voorbeeld activiteiten (wet)**	**Voorbeeld activiteiten (overige documenten): aanvulling**	**Aanvullingen uit het veld**
1. Huishoudelijke verzorging (HV)	Het ondersteunen bij of het overnemen van activiteiten op het gebied van de huishoudelijke dagelijkse levensverrichtingen (HDL) <u>KAN NIET IN COMBINATIE MET VERBLIJF</u>	Cliënt verblijft <u>niet</u> in een instelling. De cliënt heeft een: ▪ somatische, of ▪ psychogeriatrische of ▪ psychiatrische aandoening of beperking, of ▪ een verstandelijke, of ▪ lichamelijke of ▪ zintuiglijke handicap of ▪ een psychosociaal probleem die of dat leidt of dreigt te leiden tot het disfunctioneren van de verzorging van het huishouden van de verzekerde dan wel van de leefeenheid waartoe de verzekerde behoort.	▪ Het opruimen. ▪ Het schoonmaken. ▪ Het verzorgen van planten en huisdieren. ▪ Het bed of de bedden opmaken in situaties waarbij de cliënt <u>niet bedlegerig</u> is. ▪ De maaltijd klaarmaken. ▪ Het wassen, drogen en strijken van de kleding en het linnengoed.	▪ Tangram: activiteiten om het huishouden basaal draaiende te houden. Onderscheid tussen: 1)huishoudelijke werkzaamheden en *2)organisatie huishouding* Bestaat eventueel uit beperkte begeleiding/ sturing ▪ HHM: psychosociale begeleiding alsmede observeren; advies, instructie, voorlichting; huishoudelijke spullen in orde houden ▪ ZN: - ▪ Arcares:	

2. Persoonlijke verzorging (PV)	Het ondersteunen bij of het overnemen van activiteiten op het gebied van de algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL)	De cliënt heeft een: ■ somatische, of ■ psychogeriatrische of ■ psychiatrische aandoening of beperking, of ■ een verstandelijke, of ■ lichamelijke of ■ zintuiglijke handicap of ■ een psychosociaal probleem, gericht op het opheffen van een tekort aan zelfredzaamheid	■ Het opmaken van het bed (bv. tijdens het wassen) van een bedlegerige cliënt. ■ Het wassen en het kleden van de cliënt al dan niet op bed. ■ Het douchen of baden van de cliënt. ■ De cliënt opmaken, ■ scheren, ■ tandenpoetsen / reinigen van het gebit. ■ Het verzorgen van de huid, inclusief decubituspreventie en het aanbrengen van protheses. ■ Hulp bij de toiletgang. ■ Hulp bij eten en drinken. ■ Hulp bij beweging en houding (wisselligging, oefenen van ledematen, tillen, ondersteunen bij verplaatsen of houdingcorrectie, vervoeren in rolstoel.) ■ Het stimuleren van de zelfredzaamheid. ■ Het zo mogelijk aanleren	■ Tangram: maakt onderscheid tussen: 1)persoonlijke verzorging: wassen, kleden, pers. verz. en toiletgang; 2)hulp bij eten en drinken 3)hulp bij beweging en houding ■ HHM: 1)ADL; 2)persoonlijke zorg voor tanden, haren, nagels, huid 3)advies, instructie, voorlichting (verzorging) en preventie ■ ZN: - ■ Arcares:	

			van bovengenoemde ADL-activiteiten.		
3. Verpleging (VP)	Het herkennen en analyseren van gezondheidsproblemen en het uitvoeren van de daarmee samenhangende verpleegtechnische handelingen.	De cliënt heeft een: ■ somatische, of ■ psychogeriatrische of ■ psychiatrische aandoening of beperking of ■ een lichamelijke handicap, gericht op herstel of voorkoming van verergering van de aandoening, beperking of handicap <u>De cliënt heeft dus niet zintuigelijke of verstandelijke handicap</u>	■ Het toedienen van medicijnen en/ of zuurstof, verneveling. ■ Het aanbrengen van een infuus of katheter. ■ Wondverzorging. ■ Het uitvoeren van lichamelijke controles. ■ Het geven van injecties. ■ Het oefenen met de verzekerde om zelf injecties te geven en om te gaan met zuurstof. ■ Het doen van onderzoek naar de gezondheid alsmede het geven van advies, instructie en voorlichting over hoe om te gaan met ziekte, preventie en hulpmiddelen e.d. ■ Het geven van palliatieve zorg. ■ Het analyseren van de hulpbehoefte.	■ Tangram: functie is gericht op herstel of voorkoming van erger worden en verlichten van pijn/ ongemak. Onderscheid tussen: 1)verpleegkundige handelingen 2)gespecialiseerde verpl. Handelingen ■ HHM: medicijnen klaarzetten en toedienen bij palliatieve zorg valt hieronder ook het aanwezig zijn: van veel langskomen per dag tot voortdurende aanwezigheid bij sterven. ■ ZN: - ■ Arcares:	■ *Het controleren van de cliënt/ Het lopen van een ronde over de afdeling.*

4. Ondersteunende begeleiding (OB)	Neemt de aandoening, beperking of handicap voor gegeven aan en bouwt daarop verder. De begeleiding gaat dus uit van de (rest)mogelijkheden van de verzekerde.	De cliënt heeft een: ■ somatische, of ■ psychogeriatrische of ■ psychiatrische aandoening of beperking, ■ een verstandelijke, of ■ lichamelijke of ■ zintuiglijke handicap of ■ een psychosociaal probleem, gericht op bevordering of behoud van zelfredzaamheid of bevordering van de integratie van de verzekerde in de samenleving	■ Het structureren van de dag. ■ Het geven van praktische hulp. ■ Het in het kader van de doelstelling van de zorg vergezellen van de cliënt. ■ Het bieden van ondersteuning bij het voeren van de regie over het leven, m.n. als er sprake is van een verstandelijke handicap ■ Het bieden van een gezinsstructuur, d.m.v. ondersteunende of structurerende gesprekken (en non-verbale communicatie.) ■ Het oefenen van dagelijkse vaardigheden. ■ Het stimuleren van gedrag dat al bij de cliënt aanwezig is. ■ Het faciliteren/ gebruik maken van dag-, nacht- en naschoolse opvang. ■ Het aanbieden van dagbesteding	■ Tangram: het aangrijpingspunt is de beperking en dus niet het opheffen van belemmerende factoren in de externe omgeving. Het gaat om enige vorm van activering. Maakt onderscheid tussen: 1)structurering tijdsbesteding: *organiseren leven en huishouding* 2)handhaven en soms vergroten van zelfredzaamheid ■ HHM: 1)algemeen: problemen oplossen, initiëren en uitvoeren eenvoudige taken (alleen extramuraal), dagelijkse bezigheden, dagelijkse routine regelen,oriëntatie in tijd plaats, ruimte en persoon; 2)informele zorg: verminderen langdurige belasting gezinsleden; 3)dagactiviteit: intensieve	■ Het aanbieden van vormende activiteiten (zwemmen, yoga, gymnastiek, straatspel activiteiten, ponyrijden, spel/drama,beel dende vormen, muziekbeleving en en – beoefening, snoezelen.) ■ Het aanbieden van clubs en verenigingen.

Vervolg functie 4: Ondersteunende Begeleiding (OB)			(ambachtelijk werk, huishoudelijk werk, montage en inpakwerk, bezigheden met een arbeidskarakter zonder productie gerichtheid, bezigheden met een spel karakter.)	begeleiding en verzorgingsbehoefte gericht op beleving, dagprogramma gericht op bezigheden en bijhouden van vaardigheden, op geïntegreerde begeleiding of bij ernstig fysieke beperkingen met veel verzorging. ■ ZN: - ■ Arcares:	
5. Activerende begeleiding (AB)	De aandoening, beperking of handicap niet voor gegeven aanneemt, maar juist daarop ingrijpt. de verzekerde geleerd om te gaan met de (gevolgen van de) aandoening, beperking of handicap	De cliënt heeft een: ■ gedrags- of psychische problematiek, ■ somatische of ■ psychogeriatrische aandoening of beperking of ■ een verstandelijke, ■ lichamelijke of ■ zintuiglijke handicap	■ Het interveniëren in het gedrag van de verzekerde (gedragscorrectie.) ■ Het houden van inzichtgevende gesprekken en non-verbale communicatie. ■ Het oefenen van sociale vaardigheden. ■ Het verrichten van onderzoek naar de aanwezigheid van problematiek alsmede advies, instructie of voorlichting over de aanpak van de problematiek.	■ Tangram: gericht op het veranderen/ verbeteren van iemands persoonlijk functioneren in gedrag of vaardigheden. Het betreft door de professie geaccepteerde methoden. Het gaat altijd om kortdurende begeleidingsvormen om iemands functioneren te herstellen of aanzienlijk te verbeteren. Aanvullende activiteit is: het leren omgaan met gevolgen van aandoening. ■ HHM: 1)Algemeen:	

Vervolg 5. Activerende begeleiding (AB)			■ Case-management op het terrein van de geestelijke gezondheidszorg. Hierbij gaat het onder meer om de begeleiding die sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen geven aan verzekerden met een psychiatrische stoornis die thuis wonen. ■ Het aanbieden van speciale agogie (speciale begeleiding in groepsverband, individuele therapeutische begeleiding, psychomotorische therapie.)	trajectbegeleiding naar een zo normaal mogelijk bestaan, psychiatrische thuiszorg. 2)Dagactiviteit: dagactiviteit/ rehabilitatie in een niet-stabiele cliëntsituatie met periodiek terugkerende decompensatie, gericht op vermindering van psychiatrische problematiek en op *aanleren van vaardigheden.* ■ ZN: ■ Arcares:	
6. Behandeling	Behandeling van medisch-specialistische, gedragswetenschappelijke of specialistisch-paramedische aard, door de in de bepaling opgenomen aandoeningen en handicaps en de doelstelling van de zorg is kenmerkend dat de diagnose nog niet is	De cliënt heeft een: ■ somatische, of ■ psychogeriatrische of ■ psychiatrische aandoening, ■ een verstandelijke, ■ lichamelijke of ■ zintuiglijke handicap Hoewel dit uit de wettekst niet duidelijk blijkt, is in	■ Behandeling van een verzekerde met verslavingsproblematiek. ■ Het verrichten van (para-) medisch onderzoeken advisering bij complexe problematiek teneinde diagnose te stellen. ■ Het opstellen en evalueren van een (integraal)	■ Tangram: het gaat om continue, systematische, langdurige en multidisciplinaire zorgbehoefte. Bij psychiatrische zorg kan de zorgbehoefte ook monodisciplinair van aard zijn. Onderscheid tussen: 1)onderzoek 2)behandeling	

	gesteld en het onderzoek ten behoeve daarvan nog moet worden verricht. De behandeling is vervolgens gericht op het herstel of voorkomen van verergering van de aandoening of handicap.	overleg met het Ministerie van VWS voor dit onderzoek als afgrenzing afgesproken dat behandeling moet INGRIJPEN op de medische klacht m.a.w. gericht op genezing. In het verzorgingshuis komt op grond van deze afgrenzing GEEN behandeling voor!. (wel door huisarts/ fysiotherapeut van bewoner, maar die zitten niet in formatie het verzorgingshuis zelf)	behandelingsplan. ■ Het uitvoeren van (para-) medische handelingen gericht op voorkomen, opheffen, verminderen of stabiliseren van bijkomende aandoening, stoornis, beperking of handicap. ■ Het voorschrijven van geneesmiddelen gericht op voorkomen, opheffen, verminderen of stabiliseren van bijkomende aandoening, stoornis, beperking of handicap.	■ HHM: specifieke behandeling primair i.v.m. aandoening/ handicap/ ziekte ■ ZN: sprake van langdurige relaties waarbij therapeutische inhoud vooral in kennis en tijd ligt en minder in techniek. ■ Arcares:	

7. Verblijf (VB)	De verzekerde wordt een therapeutische of beschermende leefomgeving geboden waarin toezicht beschikbaar is. Het verblijf kan tijdelijk of duurzaam zijn. De cliënt kan geen indicatiebesluit voor verblijf kan krijgen, als hij ook niet voor een of meer van de andere functies geïndiceerd wordt. Het betreft geen niet de dagzorg of de dag-/ nacht-/ weekendopvang.	De cliënt heeft een: ■ somatische, of ■ psychogeriatrische of ■ psychiatrische aandoening, ■ een verstandelijke, ■ lichamelijke of ■ zintuiglijke handicap	■ 'Logeren' in de zin dat de verzekerde gedurende de dag en nacht een plaats in de instelling bezet. ■ Huishoudelijke verzorging maakt onderdeel uit van het verblijf (dus schoonmaken van kamer.) ■ Het opstellenen evalueren van een dienstverlenings-overeenkomst/ zorgplan. ■ Midweek, week en vakantie opvang. In overleg met VWS en veld is aan de functie verblijf de volgende nadere afgrenzing verbonden, die zo dicht mogelijk aansluit bij de indicatiestelling: WEL in verblijf: ■ Medewerkers hotelmatige diensten ■ dagelijkse welzijnsactviteiten ■ bewaking/nachtaanwezigheid ■ huishoudelijke verzorging (HHV) ■ huisvestingskosten	■ Tangram: spreekt aanvullend over activiteiten die meer dan sec de woonfunctie betreffen. ■ HHM: omvat ook tijdelijk verblijf in de vorm van respijtzorg i.v.m. zorg aan oudere of palliatieve zorg met complexe problematiek. ■ ZN: het gaat om intramuraal verblijf gedurende het gehele etmaal in functioneel van normale woonvormen afwijkende gebouwen, bv. vanwege verpleegfaciliteiten of bescherming/ beschutting.	

Vervolg 7. Verblijf (VB)			NIET in verblijf: ■ PV, ook niet als het wordt gedaan door de medewerker die toch al op de groep aanwezig is. ■ OB, ook niet als het wordt gedaan door de medewerker die toch al op de groep aanwezig is. ■ AB,ook niet als het wordt gedaan door de medewerker die toch al op de groep aanwezig is.		

8. Wel AWBZ, maar valt niet onder de functie 1 t/m 7	Betreft AWBZ-zorg, welke cliëntgebonden is, maar die niet onder de zeven AWBZ functies onder te brengen is.	De cliënt heeft een: ■ somatische, of ■ psychogeriatrische of ■ psychiatrische aandoening of beperking, ■ een verstandelijke, of ■ lichamelijke of ■ zintuiglijke handicap of ■ een psychosociaal probleem, gericht op bevordering of behoud van zelfredzaamheid of bevordering van de integratie van de verzekerde in de samenleving			Voorbeelden van AWBZ zorg: 8a. Preventie 8b. Beschikbaar houden van overcapaciteit in verband met crisissituaties/snel in kunnen spelen op acute zorgvragen 8c. Jeugdgezondheidszorg, (andere AWBZ stromen) 8d. Voorlichting & Dieetadvisering (andere AWBZ

					stromen) 8e. Uitleen hulpmiddelen (andere AWBZ stromen) 8f. Werk zoeken voor klanten 8g. Ondersteuning/ voorlichting aan mantelzorgers 8h. Ondersteuning 1e lijn bij zorgverlening

9. Niet AWBZ	Betreft niet-AWBZ-zorg. De zorg is cliëntgebonden.	Het betreft een extramurale of intramurale setting, waar cliënten enige vorm van AWBZ-zorg ontvangen. Echter de setting biedt nog meer zorg aan en dit betreft niet AWBZ-zorg.	Volgens de wet kan er alleen van AWBZ-gelden gebruik gemaakt worden voor zover het zorg betreft die niet kan worden bekostigd op grond van een andere wettelijke regeling, zoals bijvoorbeeld Welzijnswet en Wet Voorzienigen Gehandicapten.		Voorbeelden van NIET AWBZ zorg: 9a. Detachering van medewerkers bij derden 9b. Maaltijdvoorziening 9c. Kraamzorg 9d. Zorg betaald vanuit zorgverzekeringsgelden (aparte afspraken met verzekeraars bijv. voor palliatieve ondersteuning) 9e. Zorg betaald vanuit ander zorginstellingen (vb. ziekenhuizen voor oplossen verkeerde bed problematiek) 9f. Particuliere zorgarrangementen 9g. Verkoop/verhuur van hulpmiddelen 9h. Welzijnstaken 9i. Projecten in het buitenland

10. Indirect cliënt-gebonden tijd	Het betreft hier tijd die een voorwaarde scheppend (indirect) karakter kent en wel aan een individuele cliënt of een groep cliënten te koppelen is.	De cliënt heeft een: ■ somatische, of ■ psychogeriatrische of ■ psychiatrische aandoening of beperking, ■ een verstandelijke, of ■ lichamelijke of ■ zintuiglijke handicap of een psychosociaal probleem, gericht op bevordering of behoud van zelfredzaamheid of bevordering van de integratie van de verzekerde in de samenleving			10a Dossiervorming 10b. Voorbereiden van activiteiten, handelingen. 10c. Het houden van gesprekken met de mantelzorgers. 10d. Het uitvoeren en afwikkelen van de intake van de cliënt.

11. Niet cliënt gebonden tijd	Het betreft hier tijd die een voorwaarde scheppend (indirect) karakter kent en bovendien niet aan een individuele cliënt of een groep cliënten te koppelen is.	De instelling biedt zorg aan cliënten met een: ■ somatische, of ■ psychogeriatrische of ■ psychiatrische aandoening of beperking, ■ een verstandelijke, of ■ lichamelijke of ■ zintuiglijke handicap of een psychosociaal probleem, gericht op bevordering of behoud van zelfredzaamheid of bevordering van de integratie van de verzekerde in de samenleving			Hierbij gaat het om: 11a. Werkoverleg, teamvergaderingen, coördinatie, pauzes e.d. 11b. Opleiding/ scholing/ congres/ symposium 11c. Reizen

12. Leidinggeven	Het gaat hier om alle activiteiten die in het kader van het managen van de intramurale of extramurale organisatie worden uitgeoefend. Deze activiteiten hebben invloed op de bedrijfsvoering op operationeel en strategisch niveau. De activiteiten worden door een leidinggevende uitgevoerd. Kenmerk van deze leidinggevende is dat zij <u>niet deel uit maakt van de overhead</u> en dus gekoppeld is aan de directe zorgverlening.	De instelling biedt zorg aan cliënten met een: ■ somatische, of ■ psychogeriatrische of ■ psychiatrische aandoening of beperking, ■ een verstandelijke, of ■ lichamelijke of ■ zintuiglijke handicap of een psychosociaal probleem, gericht op bevordering of behoud van zelfredzaamheid of bevordering van de integratie van de verzekerde in de samenleving		■ Het maken van het rooster ■ Het ontwikkelen van een strategie voor bijvoorbeeld vernieuwing binnen de organisatie ■ Het voeren van sollicitatiegesprekken ■ Het afstemmen tussen de verschillende zorgunits en de units binnen de overhead	

13. Niet beschikbare tijd	De tijd die een zorgverlener niet werkt. Dit komt door de CAO-normen, door ziekte en/ of door overige geoorloofde niet beschikbaarheid.	De instelling biedt zorg aan cliënten met een: ■ somatische, of ■ psychogeriatrische of ■ psychiatrische aandoening of beperking, ■ een verstandelijke, of ■ lichamelijke of ■ zintuiglijke handicap of een psychosociaal probleem, gericht op bevordering of behoud van zelfredzaamheid of bevordering van de integratie van de verzekerde in de samenleving		Hierbij gaat het om: 13a. Vakantie, ADV, feestdagen (zgn CAO rechten) 13b. Verzuim 13c. Overig niet beschik-baar: o.a. ouderschapsverlof, leeftijdsdagen, 55+-regeling.	

B Gehanteerde definities en afbakening van kosten

Kostenrubriek	Omschrijving	Middel	Toelichting op toerekening
413 en 414 417,418 en 419	Uitvoerend personeel	Direct personeel	Direct aan functies toe te rekenen.
4131	Leidinggevend personeel	Direct personeel	Door middel van een opslag wordt de tijd die wordt gebruikt voor leidinggeven aan de functies toegerekend.
411 en 416	Overig personeel (staf)	Algemene personele kosten	D.m.v. een opslag over de directe personeelskosten toe te rekenen aan de AWBZ-functies.
412	Personeel hotelfuncties	Voedings- en hotelmatige personele kosten	Toe te rekenen aan de functie verblijf. (uitzondering: personeelsrestaurant en extramurale maaltijdverstrekking)
415	Personeel terrein- en gebouwgebonden functies	Terrein- en gebouwgebonden personele kosten	In het onderzoek met betrekking tot de huisvestingslasten zal worden bepaald op welke wijze deze kosten moeten worden toegerekend. Vooralsnog gaan wij uit van toerekening van deze kosten aan de kostenplaatsen op basis van vierkante meter gebruik van de gebouwen. Verdeling zal plaatsvinden over alle functies aangezien deze worden uitgevoerd in de gebouwen (m.u.v. HHV, want deze geldt alleen voor een extramurale setting)
421	Sociale lasten	Sociale lasten en overige personele lasten	Door middel van een opslag over de personeelskosten uiteindelijk toegerekend aan de AWBZ-functies.
423	Andere personeelskosten	Sociale lasten en overige personele lasten	Door middel van een opslag over de personeelskosten uiteindelijk toegerekend aan de AWBZ-functies.
43	Kosten van voeding	Voeding- en hotelmatige materiële lasten	Toe te rekenen aan de functie verblijf. (uitzondering: personeelsrestaurant en extramurale maaltijdverstrekking)

Kostenrubriek	Omschrijving	Middel	Toelichting op toerekening
44	Hotelmatige kosten	Voeding- en hotelmatige materiële lasten	Toe te rekenen aan de functie verblijf.
45	Algemene kosten	Algemene materiële lasten	Door middel van een opslag over de directe personeelskosten toe te rekenen aan de AWBZ-functies.
46	Bewonergebonden kosten	Zorggebonden materiële kosten	Door middel van een opslag toe te rekenen aan de AWBZ-functies OB, AB, BH en VB, daar dit de grootste kostenveroorzakers zijn.
47	Terrein- en gebouwgebonden kosten	Terrein- en gebouwgebonden materiële lasten	In het onderzoek met betrekking tot de huisvestingslasten zal worden bepaald op welke wijze deze kosten moeten worden toegerekend. Vooralsnog gaan wij uit van toerekening van deze kosten aan de kostenplaatsen op basis van vierkante meter gebruik van de gebouwen. Verdeling zal plaatsvinden over alle functies aangezien deze worden uitgevoerd in de gebouwen (m.u.v. HHV)
48	Afschrijvingen en intrest	Kapitaallasten	In het onderzoek met betrekking tot de huisvestingslasten zal worden bepaald op welke wijze deze kosten moeten worden toegerekend. Vooralsnog gaan wij uit van toerekening van deze kosten aan de kostenplaatsen op basis van vierkante meter gebruik van de gebouwen. Verdeling zal plaatsvinden over alle functies aangezien deze worden uitgevoerd in de gebouwen (m.u.v. HHV)
49	Hulpbedrijven e.d.	Een en ander dient aan de hand van de feitelijke situatie te worden bepaald.	
9	Opbrengsten	Ofwel naar functie 9, ofwel verrekend met betreffende middelen	Indien er sprake is van opbrengsten die voortkomen uit activiteiten die niet betrekking hebben op AWBZ-zorg, dienen de corresponderende kosten niet te worden meegenomen in de berekening van kostprijzen voor de AWBZ-functies (zie ook beslisboom).

Bijlage 4

Definities van criteria van de scoringsmatrix

Definities van criteria

Om te kunnen beoordelen welk verbijzonderingsysteem het beste aansluit bij de doelstellingen van de opdracht wordt is er een scoringsmatrix ontwikkeld en als hulpmiddel gebruikt. De criteria zijn ontleend aan de eisen die de verschillende auteurs stellen aan het invoeren van kostenverbijzonderingsmethoden en aan het doel en eisen van de opdracht. Met het 'model' wordt in onderstaande definities het verbijzonderingssysteem bedoeld.

Invoeringsproces
Tijdsduur
Dit betreft de tijd die het kost om het model te ontwikkelen en te vullen met gegevens

Capaciteit
Dit betreft de middelen die het de organisatie kosten en moet vrijmaken voor het invoeren van het model.

Complexiteit
De mate van eenvoud van in gebruik nemen van het model.

Extern bureau of zelf uitvoeren
Dit is de mate waarmee bepaald wordt of de organisatie zelfstandig het model kan invoeren.

Draagvlak
Het verwachte draagvlak voor het model in de organisatie.

Afgestemd op reguliere organisatie
Dit is de mate van inpassing in de bestaande organisatiestructuren.

Omgevingsfactoren
Prismant
De mate waarin het model gebruik kan maken van het algemeen gebruikte Rekeningschema binnen de sector V&V.

KPMG rapport en kostprijsmethode
De mate waarin aansluiting gevonden wordt bij de kostprijsberekeningen van KPMG.

HHM rapport en kostprijsmethode
De mate waarmee de uitkomsten van het model ingevoerd kunnen worden in de Handreikingen van HHM.

Effectiviteit
Continu proces
De mate waarin het model herhaald kan worden in de reguliere organisatie.

Leereffect
De mate van leereffect tijdens het gebruik van het model.

Integriteit uitkomsten
De mate van betrouwbaarheid van de uitkomsten.

Vrijwillige deelname
De mate van vrijwillige adoptie van het model.

Bijlage 5

Logboek van het testmodel

Logboek van de test
De volgende stappen zijn ondernomen om, in het bestand HV Format 3 en 4 DEF, tabblad 'invoer data 2008', de begroting van Hoge Veld, de kosten van de kostenplaatsstructuur in het kostenverbijzonderingsmodel te plaatsen:

Eerstbelaste kosten
1. Kosten van Wijkmanager Zorg PG (KP 5454953) rechtstreeks belasten naar kostendrager ZZP Woonzorg;
2. Geestelijke verzorging KP (5454716), diëtist (KP 5454813), artsen(KP 5454811), Ergo(KP 5454822), fysio(KP 5454821 en psychologen (KP5454816) rechtstreeks belasten naar kostendrager ZZP Behandeling;
3. Kosten Manager EMZ (KP 5454961 en 5454963) rechtstreeks belasten naar kostendrager EMZ;
4. Kosten personeel Soos (KP 5454718) rechtstreeks belasten naar kostendrager Soos;
5. Kosten personeel DB PG (KP 5454930) rechtstreeks belasten naar kostendrager DB PG;
6. Kosten personeel Activiteitenbegeleiding (KP 5454712) doorbelasten aan HKP Activiteitenbegeleiding;
7. Kosten manager EMZ voor 50% doorbelasten naar kostendrager ZZP Woonzorg;

Doorbelaste kosten
8. Kosten vrijwilligers (KP 5454999) doorbelasten aan HKP Overhead;
9. Kosten PR (KP 5454117) doorbelasten aan HKP Overhead;
10. Kosten Stafbureau WZH doorbelasten aan HKP Overhead;
11. Opleidingen (KP 5454216) doorbelasten aan HKP P&O;
12. Kwaliteit & innovatie (KP 5454118), WAO WIA (5454112), boventallig (5454114) en directie/management (KP 5454110) doorbelasten aan HKP Overhead;
13. Externe zorg (KP5454825) doorbelasten aan HKP Relatiebeheer;
14. Facilitair Management (KP 8054410) doorbelasten aan HKP facilitair management;
15. Gebouw en Onderhoud (KP 8054440) doorbelasten aan HKP Gebouw & Terrein;
16. Eten & Drinken (KP 8054420) doorbelasten aan HKP Grand Café;
17. Hoteldiensten (KP 8054430) doorbelasten aan HKP Hoteldiensten;

Alle kosten zijn in 17 stappen verplaatst vanuit de kostenplaatsen naar het kostenverbijzonderingsmodel, dit gebeurde per kostensoort. De volgende stap is het doorbelasten van de diverse kosten die geboekt zijn op KP 8054410 Facilitair management en in het kostenverbijzonderingsmodel op de HKP facilitair management staan.

De volgende uitgangspunten zijn daarbij gehanteerd op aanwijzing van F&C en gebaseerd op de de onderzoeken van HHM en KPMG. Rubriek 43 en 44 in principe naar ZZP Verblijf tenzij er gegronde redenen zijn om af te wijken. Rubriek 45 wordt doorbelast aan HPK Overhead. Rubriek 46 aan ZZP Woonzorg. Rubriek 47 aan HPK Gebouw en Terrein. Rubriek 48 aan HKP Overhead. Rubriek 83 en 91 aan diversen HKP en kostendragers. Dit uitgangspunt wordt gehanteerd om per rubriek te kunnen doorbelasten i.p.v. per kostensoort.

18. Kosten geneesmiddelen van HKP Overhead doorbelasten naar Kostendrager ZZP Woonzorg
19. Kosten geschenken van HKP FM doorbelasten aan HKP Overhead

20. Materiele kosten HKP facilitair management doorbelasten op de volgende wijze: zie tabel

NZI code	Omschrijving kostensoort	Bedrag in €	Doorbelast aan:	Opmerkingen
431.100	Inkoop horeca	4.562	OH	
431.110	Aardappelen groente fruit	4.304	VB	
431.120	Boter kaas eieren	10.113	VB	
431.130	Brood en banket	20.725	VB	
431.140	Dranken	14.643	VB	
431.150	Kruidenierswaren	24.528	VB	
431.160	Melk en melkproducten	24.317	VB	
431.170	Vlees vleeswaren vis en gev.	39.542	VB	
431.180	Koffie en thee	17.161	OH en VB	
431.210	Complete maaltijden	77.029	FZ, Soos en DB	
431.310	Complete dieetvoeding	6.458	VB	
431.320	Specifieke dieetvoeding	837	VB	
432.110	Keukenapp. en benodigdheden	1.543	VB	
432.210	Rest. apparatuur en benodigdh.	7.259	VB	
441.110	Schoonmaakapp. en benodigdh.	1.949	VB	
441.120	Schoonmaakmidd.huishoud.	544	VB	
441.180	Schoonmaakwerkzhd derden	212.000	VB,FZ, Soos, DB en EMZ	
441.210	Afvalverwijdering	22.585	VB	
441.310	Toiletbenodigdheden	7.759	OH en Kapsalon	
441.410	Meubilair	4.162	VB	
441.420	Stoffering en vloerbedekking	1.744	VB	
441.430	Wandversiering (kunst ed.)	662	VB	
441.440	Onderhoud/aanv. inventaris	341	VB	
441.920	Bloemen en planten	2.786	VB	
441.930	Ongedierte bestrijding	2.218	VB	
441.940	Verpakkingsmateriaal	1.647	VB	
441.990	Overige kosten huishouding	829	VB	
442.110	Linnengoed	8.911	VB	
442.120	Dekens kussens en matrassen	2.068	VB	
442.150	Disposables	222	VB	
442.210	Wasbenodigdheden	69	VB	
442.280	Waskosten derden platgoed	58.582	VB	
442.290	Waskosten derden pers.geb.goed	89.199	VB	
442.291	Subsidie waskosten	1.841	VB	
451.110	Kantoorbenodigdheden	3.765	OH	
451.130	Kantoormachines	209	OH	
451.140	Opslag archief	33	OH	
451.150	Kopieerkosten	2.929	OH	
451.210	Drukwerk	3.005	OH	
451.520	Kosten (rand) apparatuur	1.359	OH	
452.110	Porti	2.590	OH	
452.210	Telefoon	20.000	OH	
452.910	Andere communicatiekosten	187	OH	
453.220	Lidmaatschappen	641	OH	
453.230	Vakliteratuur	83	OH	
453.310	Reis- en verblijfkosten	1.893	OH	
453.920	Representatiekosten	60	OH	
453.990	Overige kosten alg. beheer	1.698	OH	
454.100	Belastingen	20.400	OH	
455.110	Audiovisuele app. en benodigh.	6	OH	
455.120	Omroepbijdrage en bumarechten	9.000	OH	

NZI code	Omschrijving kostensoort	Bedrag in €	Doorbelast aan:	Opmerkingen
464.220	Tilliften	3.702	Woonzorg	
464.910	Andere kosten verpl. & verzorg	2.715	Woonzorg	
465.310	Handschoenen	11	Woonzorg	
467.110	Ontspanningsmateriaal	107	Woonzorg	
471.290	Andere kosten onderh.gebouwen	57.755	G&T	
472.110	Dotatie/onttrekking onderh.vz	25.316	G&T	
473.310	Elektriciteit	56.631	G&T	
473.410	Gas	52.709	G&T	
473.610	Water	7.052	G&T	
486.215	Huur en leasing gebouwen WZV	596.790	OH	
486.235	Huur en leasing gebouwen niet	206.100	OH	
832.000	Opbr maaltijden en andere cons	-71.414	OH en FZ	
833.000	Opbr.andere hotelm.diensten	-893	OH	
833.220	Opbrengsten Kapper	-23.369	Kapsalon	
833.410	Opbrengsten Waskosten	-50.868	VB	
833.630	Verhuur zalen en ruimten	-65	OH	
839.000	Overige Opbrengsten	-996	OH	
919.100	Huuropbrengst	-7.541	OH	
919.200	Opbrengst servicekosten	-1.594	OH	

In het tabblad kostprijs worden de personele kosten, kosten van HKP Gebouw & Terrein en HKP Overhead doorbelast:

21. Personele kosten HKP Activiteitenbegeleiding doorbelasten naar kostendrager ZZP Woonzorg;
22. Personele kosten HKP Hoteldiensten doorbelasten voor 50% naar HKP Overhead (med. servicepunt) en voor 50% aan kostendrager Kapsalon;
23. Personele kosten HKP P&O doorbelasten op basis van de volgende verdeling: 70% aan ZZP woonzorg, 20% aan EMZ, 5% DB PG en 5% Soos
24. Personele kosten HKP Relatiebeheer doorbelasten op basis van de volgende verdeling: 50% ZZP Woonzorg, 30% EMZ, 10% DB PG en 10% Soos
25. Personele kosten HKP Grand Café doorbelasten voor 50% aan Overhead, 20% naar verblijf, 10% Soos, 10% dagbehandeling en 10% naar FZ voor de externe maaltijdvoorziening.
26. Personele kosten HKP facilitair management doorbelasten voor 40% aan HKP Overhead, 40% aan Gebouw & Terreinen, 10% naar kostendrager Verblijf en 5% naar kostendrager FZ voor de externe maaltijdvoorzieningen en 5% naar de kostendrager kapsalon.

27. De kosten van HKP Gebouw & Terrein zijn doorbelast op basis van M^2. Hiervoor zijn de M^2 van het Grand Café toegekend aan Overhead voor 60%, Soos 30% en aan FZ 10% voor de externe maaltijdvoorziening. De volgende verdeelsleutel is gehanteerd:

Verdeling M^2	$M^{2\ in}$ Percentage
Hulpkostenplaats Overhead	23.3%
Kostendrager Verblijf	71,3%
Kostendrager EMZ	0,9%
Kostendrager DB PG	1,4%
Kostendrager SOOS	1,3%
Kostendrager Kapsalon	0,4%
Kostendrager FZ	1,4%

Totaal	**100%**

28. De Kosten van HKP Overhead zijn gesplitst in Materiaal en Personeel. Deze kosten zijn doorbelasten op basis van FTE (incl. doorbelaste FTE) aan de kostendragers.

Kostendrager	**FTE**	**FTE in %**
ZZP Behandeling	2,9	3,1
ZZP Verblijf	2,5	2,6
ZZP Woonzorg	59,1	62,9
EMZ	13,5	14,3
Dagbehandeling PG	6,9	7,3
SOOS	4,8	5,1
Kapsalon	1,8	1,9
FZ	2,7	2,8
Totaal	**93,94**	**100,00**

Om de kostenverbijzondering te vereenvoudigen is het handig om de volgende keer de begroting te wijzigen op:
KP van Behandelaren een aparte tab geven.
KP van Vrijwilligers onder brengen bij Locatiemanager (de hiërarchische verantwoordelijkheid verplaatst niet!)
De kostensoort geneesmiddelen onder te begroten op KP Zorg PG
De kostensoort geschenken onder brengen bij Locatiemanager
De kosten van oproepkrachten facilitair te begroten op Eten & Drinken of de kapsalon te begroten op Inkoop & Projecten

Bijlage 6

Gespreksverslagen met de heer Peter Kapenga, Manager Planning & Control

Gespreksverslag 17 maart 2009

Op 17 maart 2009 heeft een gesprek plaatsgevonden met John Hagers, Teamleider FZ (JH) Rob Hengst (RH), facilitair controller en Peter Kapenga (PK), Manager Planning & Control.

Het gesprek had als doel om het theoretische kader en het voorgenomen financiële model te toetsen bij dit klankbord.

Er wordt aangegeven dat de theoretische onderbouwing ruim en grondig van opzet is.

Daarnaast is de scoringsmatrix besproken, PK vraagt naar de score. De gescoorde waardes blijven deels arbitrair maar geven wel een goede denkrichting en worden door de literatuur ondersteund. De keuze voor het kostenplaatsmodel wordt onderschreven.

Vervolgens worden de stappen van de 'test' besproken. Bij het onderwerp 'verdeelsleutels' geeft PK aan dat er niet al te lang moet worden stilgestaan. Elke keuze is arbitrair en geeft discussie. Daadkrachtig optreden is een vereiste om het model vlot te vullen.

PK schat in dat Overhead ongeveer 20% van de kosten bedraagt en uit een macro analyse van F&C blijkt dat de kosten van Verblijf ongeveer 40 euro is. PK en RH zijn benieuwd naar de uitkomsten.

PK geeft aan dat het aantal kostendragers beperkt moeten worden, de kapsalon en FZ kunnen ook onder de functie Verblijf. JH geeft aan dat HHM deze uitsluit van die functie.

Verder geeft PK aan dat een woonzorglocatie betaald moet kunnen worden uit ZZP inkomsten en dat andere inkomsten zoals van Extramurale zorg, dagactiviteiten en restaurants een 'extra' moeten zijn voor een locatie.

Afgesproken wordt dat JH het model maakt en vult en voor 2 april 2009 wordt een nieuwe afspraak gemaakt.

Gespreksverslag 2 april 2009

Op 2 april 2009 heeft een gesprek plaatsgevonden met John Hagers, Teamleider FZ (JH) Rob Hengst (RH), facilitair controller en Peter Kapenga (PK), Manager Planning & Control.

Onderwerp van dit gesprek is het kostenverbijzonderingsmodel dat in de begroting van 2009 is ingebouwd. PK geeft aan dat de kostprijsmodel dynamisch en op een andere tabblad moet worden gebouwd voor een duidelijkere presentatie.

PK geeft aan dat er teveel doorbelastingen plaatsvinden per kostensoort. Na enige discussie, waarbij ook de onderzoeken van HHM en KPMG worden betrokken, wordt het uitgangspunt dat er per NZI rubriek wordt doorbelast vanuit HKP Facilitair management tenzij er gegronde redenen zijn om af te wijken en er moet en groot bedrag mee zijn gemoeid.

Rubriek 43 en 44 in principe naar ZZP Verblijf tenzij er gegronde redenen zijn om af te wijken. Rubriek 45 wordt doorbelast aan HPK Overhead. Rubriek 46 aan ZZP Woonzorg. Rubriek 47 aan HPK Gebouw en Terrein. Rubriek 48 aan HKP Overhead. Rubriek 83 en 91 aan diversen HKP en kostendragers. Dit uitgangspunt wordt gehanteerd om per rubriek te kunnen doorbelasten i.p.v. per kostensoort.

PK kopieert de ZZP begroting 2009 en de inkomsten van Extramuraal en de dagactiviteit in de begroting van HV zodat er een vergelijking kan worden gemaakt tussen de oude financiering en de financiering op basis van ZZP.

Uit het model blijkt dat het percentage van Overhead groter is dan geschat. 22,8% i.p.v. 20%. Dit komt doordat rubriek 45 kosten van algemene middelen door F&C aan Verblijf werd doorbelast en in dit model aan de HKP Overhead, conform Handreiking kostprijsberekening van HHM. Dit heeft ook grote invloed op de kostprijs van ZZP Verblijf. Deze is 32,26 i.p.v. de 40 euro die op macro nivo berekend was.

In het model staan een aantal uitkomsten waar RH en PK vragen over hebben, het lage bedrag van ZZP Behandeling. De negatieve uitkomst van EMZ. En de negatieve uitkomsten van de kapsalon en de externe maaltijdvoorziening. JH geeft aan dat o.a. de zorgkloof bij ZZP Woonzorg en de bruto/netto berekening bij EMZ invloed hebben op de personele meerkosten van die kostendragers. RH geeft aan dat een verder onderzoek nodig is.

PK is benieuwd naar de dekkingsbijdrage van EMZ en of er een berekening kan worden gemaakt als de doorbelasting wordt toegerekend aan de AWBZ gefinancierde producten

PK geeft aan dat JH het 'werk' van een controller heeft gedaan en dat het model grotendeels geïntegreerd gaat worden door F&C.

Op woensdag 16 april is er een afsluitend gesprek geweest tussen JH en PK. Onderwerp van gesprek waren de aanpassinggen in het model en de kosten van voeding die geboekt zijn op de kostendrager Verblijf. De locatiemanager van HV heeft in een gesprek met PK aangegeven dat Verblijf een gelimiteerd plafond heeft voor voedingskosten en dat het resterende bedrag doorbelast moet worden aan andere kostendragers. Na discussie blijkt dat dit bedrag niet zonder nader onderzoek doorbelast kan worden en voorlopig wordt doorbelast aan kostendrager FZ. PK geeft aan dat het model door hem nog wel wordt aangepast zodat de Handreiking van HHM beter benut kan worden. Dit houdt in dat de activiteitenbegeleiding een kostendrager wordt en in het model naast de kostendrager Woonzorg wordt geplaatst.

Bijlage 7

Interview met mevrouw Aletta Schot, Relatiebeheerder WZH Hoge Veld

Interview

Datum: 27 februari 2009
Naam: Mw. Alette Schot
Functie: Relatiebeheer

Wat voor erkenning heeft Hoge Veld?
Hoge Veld heeft samen met WZH De Strijp een toelating voor de volgende aandoeningen:

- Somatische aandoening of beperking (21 plaatsen Somatisch algemeen)
- Psychogeriatrische aandoening of beperking (222 plaatsen Psychogeriatrisch algemeen)

Dit is te vinden op de website van www.cibg.nl/wtzi. Hoge Veld mag de volgende functies extramuraal leveren: Persoonlijke verzorging (PV), Verpleging (VP), Begeleiding (individueel en groep) (BG) en intramuraal: Verblijf (VB) en Behandeling (BH)

Welke producten levert Hoge Veld en met wat voor indicatie kan je daarmee gebruik van maken?

Hoge Veld heeft 66 intramurale plaatsen voor cliënten met een psychogeriatrische aandoening of beperking. De gewenste productmix is ZZP 5 en 7. Een indicatie met Verblijf wordt op het indicatiebesluit altijd uitgedrukt in een zorgzwaartepakket.

Kortdurende opname (KDO). Hoge Veld heeft twee plaatsen, cliënten met een indicatie waarop ZZP 1-3 of 9 staat kunnen daar opgenomen worden. Dit zijn ZZP's zonder de functie Behandeling.

De Dagbehandeling PG heeft 12 cliënten met een psychogeriatrische aandoening of beperking. Op de indicatie staat de functie Begeleiding groep. Daarnaast is de cliënt voor vervoer geïndiceerd. Vergoeding gaat in dagdelen.

De Soos is een dagactiviteit. Om daarvoor in aanmerking te komen heb staat op de indicatie de functie Begeleiding groep. Veel Soosleden beginnen als zelfbetalend lid en daarna wordt een indicatie aangevraagd, er is wel enige schroom om geïndiceerd te worden. Daarnaast is de cliënt meestal voor vervoer geïndiceerd. Vergoeding gaat in dagdelen.

Op de indicatie van de cliënten die thuiszorg willen krijgen staan meestal de functies PV, BH en BG individueel. In principe kan er onbeperkt geproduceerd worden als er voldoende cliënten, medewerkers en productieruimte aanwezig is. Heel af en toe kan er ook een cliënt met een indicatie waarop een ZZP staat verzoeken om thuiszorg, inwilligen van dat verzoek is complex omdat de gewenste zorg niet altijd door het thuiszorgteam geleverd kan worden. Behandeling valt niet onder de expertise en een ZZP levert minder op dan losse functies.

Bij de functie staat ook de klasse vermeld waarin de cliënt valt, bij elke klasse hoort een aantal uur. Vergoeding gaat op uurtarief.

Voor de productieafspraken intramuraal en extramuraal maakt de WZH afspraken met het Zorgkantoor Haaglanden, die treedt in de regio op als woordvoerder van alle zorgverzekeraars in Nederland, meestal is dat de lokaal meest dominante zorgverzekeraar.

Wat houd relatiebeheer in?
Een relatiebeheerder komt in contact met cliënten die onlangs een indicatie hebben ontvangen van het CIZ en van Hoge Veld zorg willen afnemen. Relatiebeheer zoekt dan naar een passende oplossing. Ook wachtlijstbeheer en nieuwe indicaties aanvragen is een onderdeel van de functie.

Bijlage 8

Interview met mevrouw Jolanda Smits, Locatiemanager WZH Hoge Veld

Interview

Datum: 20 april 2009
Naam: Mw. J. Smits
Functie: Locatiemanager WZH Hoge Veld

Inleiding

Met behulp van het stappenplan is het financiële model besproken.

Bij de keuze van de verdeelsleutels Relatiebeheer geeft Jolanda Smits (JS) aan dat ze zelf ongeveer dezelfde verhouding zou kiezen, de afwijking is niet erg groot.

Relatiebeheer wordt nu lokaal begroot en verdeeld over drie kostendragers, vanaf volgend jaar word relatiebeheer een centrale supportafdeling en centraal doorbelast. JS geeft aan dat Relatiebeheer nu ook al via Overhead kan worden doorbelast.

Bij de inkomsten van de ZZP's worden ook inkomsten van EMZ opgeteld, dit is niet juist.

JS heeft zelf een kostprijsmodel gemaakt vanuit een nulsituatie. Die kostprijs is een ideale situatie en de kostprijs in het testmodel is de stand van zaken per 1-1-2009. JS is benieuwd naar de kostprijs als het model per 31 juli wordt gevuld met de realisatie en inclusief de veranderingen die op locatie zijn ingezet.

De kostprijs en de gevonden kostprijs in het model geven grote verschillen op de kosten van Overhead. JS geeft aan dat dit percentages zijn uit benchmarken en stof voor discussie zijn tussen de locatiemanager en de Directeuren Wonen en Zorg.

Als algemene opmerking vraagt JS of er een gebruiksaanwijzing erbij kan worden gemaakt. Voor de rest werd er een compliment gegeven over het model.

John Hagers

Den Haag, april 2009

Bijlage 9

Screenshot 1, de eerste stap in het testmodel

Microsoft Excel - HV Format 3 en 4 DEF Kostprijzen 2009 JDH 04-04-09 FC v4 16-04

Bestand Bewerken Beeld Invoegen Opmaak Extra Data Venster Help

E167 431180

	E	H	P	S	X	Y	Z	AA	AB	AC	AD	AE	AF	AG	AH	AI	AJ	A
1			2009		Hulpkostenplaatsen								Kostendragers ZZP					Diver
2	Grootboek	Omschrijving	Bedrag	Verdeelsleutel	Facilitair management	Gebouw & Terrein	Over-head	Grand Café	*	P&O	*	Relatiebeheer	ZZP Behandeling	ZZP Verblijf	ZZP Woonzorg	EMZ	Dagbehandeling PG	SO
168	431.190	Eigen producten	0															
169	431.210	Complete maaltijden	77.029	FZ,DB,So													14.515	1
170	431.310	Complete dieetvoeding	6.458	VB				2.152						4.305				
171	431.320	Specifieke dieetvoeding	837	VB				279						558				
172	432.110	Keukenapp. en benodigdheden	1.543	VB				514						1.029				
173	432.210	Rest. apparatuur en benodigdh.	7.259	VB				2.419						4.839				
174	433.000	Verstrek./uitbet.broodmaaltijd	0															
175	441.110	Schoonmaakapp. en benodigdh.	1.949	VB										1.949				
176	441.120	Schoonmaakmidd.huishoud.	544	VB										544				
177	441.180	Schoonmaakwerkzhd derden	212.000	FZ,DB,So										200.511		1.958	2.869	
178	441.190	Schoonmaakkosten ISS/WMO	0															
179	441.210	Afvalverwijdering	22.585	VB										22.585				
180	441.220	Afvalverwerkingsapp.	0															
181	441.310	Toiletbenodigdheden	7.759	VB kaps										3.880				
182	441.410	Meubilair	4.162	VB										4.162				
183	441.420	Stoffering en vloerbedekking	1.744	VB										1.744				
184	441.430	Wandversiering (kunst ed.)	662	VB										662				
185	441.440	Onderhoud/aanv. inventaris	341	VB										341				
186	441.910	Automaten	0															
187	441.920	Bloemen en planten	2.786	VB										2.786				
188	441.930	Ongedierte bestrijding	2.218	VB										2.218				
189	441.940	Verpakkingsmateriaal	1.647	VB										1.647				
190	441.990	Overige kosten huishouding	829	VB										829				
191	442.110	Linnengoed	8.911	VB										8.911				
192	442.120	Dekens kussens en matrassen	2.068	VB										2.068				
193	442.130	Huur textiel	0															
194	442.140	Naai- en linnenkamerapp.	0															
195	442.150	Disposables	222	VB										222				
196	442.210	Washenodigdheden	69	VB										69				

invulinstructie / EXT Format 3 / EXT Format 4 / ZZP / extramuraal / INVOER DATA 2008 / Kostprijs / bruikbaar voor rapport / Kostprijs (2) / M2 en FTe / Jolanda Smits / Helene van Kampen / Desiree Willer

Gereed Som=0 NUM

Screenshot 1, de eerste stap in het testmodel

Bijlage 10

Screenshot 2, de derde stap in het testmodel

Microsoft Excel - HV Format 3 en 4 DEF Kostprijzen 2009 JDH 04-04-09 FC v4 16-04

Bestand Bewerken Beeld Invoegen Opmaak Extra Data Venster Help

J4 =SOM('INVOER DATA 2008'!Z106:Z149)

	A	B	F	G	H	I	J	K	M	O	P	Q	R	S
1			Hulp- en zelfstandige kostenplaatsen								Kostendragers ZZP			
2	Subtotalen	NZI Rubriek	Activiteiten begeleiding	Hotel diensten	Facilitair manage-ment	Gebouw & Terrein	Over-head	Grand Café	P&O	Relatie-beheer	ZZP Behand-eling	ZZP Verblijf	ZZP Woon zorg	EMZ
3	Personeel	41	100.719	56.710	47.068	11.188	165.360	137.624	29.975	54.862	152.751	0	1.509.164	515.186
4	Soc. Last	42	24.122	12.453	19.067	2.436	123.464	24.838	17.674	12.731	38.553	0	340.311	114.272
5	Doorbelasting Stafbureau	49	0	0	0	0	580.478	0	0	0	0	0	0	0
6	Voedingskosten	43	0	0	0	0	16.562	51.418	0	0	0	114.287	0	0
7	Hotelmatige kosten	44	0	0	0	0	330	0	0	0	0	404.750	1.135	1.958
8	Algemene kosten	45	0	0	0	0	134.042	0	0	0	0	0	1.506	1.500
9	Patientgeb. Kost	46	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	90.295	200
10	Gebouw & Terrein	47	0	0	0	199.463	0	0	0	0	0	0	0	0
11	Kapitaalslast	48	0	0	0	0	859.077	0	0	0	0	0	0	0
12	Kapitaalslast	81	0	0	0	0	-5.718.672	0	0	0	0	0	0	0
13	inkomsten niet awbz	82	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	-9.445	0
14	inkomsten niet awbz	83	0	0	0	0	-13.368	0	0	0	0	-50.868	0	-18.210
15	Huur en serviceopbrengst	9	0	0	0	0	-9.135	0	0	0	0	0	0	0
16	**Totaal**		**124.841**	**69.163**	**66.135**	**213.087**	**-3.861.862**	**213.880**	**47.649**	**67.593**	**191.304**	**468.168**	**1.932.966**	**614.906**
17														
18														
19	**Doorbelastingen activiteiten**		-124.841										124.841	
20	**Doorbelasting Manager EMZ**												37.767	-37.767
21	**Doorbelasting hotel**			-69.163			34.582							
22	**Doorbelastingen Pers. P&O**								-47.649				33.354	9.530
23	**Doorbelastingen Pers. Rel.**									-67.593			33.797	20.278
24	**Doorbelasting pers. GC**						81.231	-213.880				32.492		
25	**Doorbelasting pers. FM**				-66.135	26.454	26.454					6.614		
26														
27	**Totaal na doorbelasting 41&42**		**0**	**0**	**0**	**239.541**	**-3.719.596**	**0**	**0**	**0**	**191.304**	**507.274**	**2.162.725**	**606.947**
28														
29	**Totaal na uitsluiting 48 & 81**		**0**	**0**	**0**	**239.541**	**1.139.999**	**0**	**0**	**0**	**191.304**	**507.274**	**2.162.725**	**606.947**
30														
31	**Doorbelasting Gebouw & Terrein**					-239.541	55.750					170.810		2.213
32	**Doorbelasting overhead**						-1.195.749				37.423	31.211	751.639	171.203
33														
34							0	0	0	0	228.727	709.295	2.914.365	780.363

invulinstructie / EXT Format 3 / EXT Format 4 / ZZP / extramuraal / INVOER DATA 2008 / Kostprijs / bruikbaar voor rapport / Kostprijs (2) / M2 en FTe / Jolanda Smits / Helene van Kampen / Desiree Willer

Gereed

Screenshot 2, de derde stap in het testmodel