



HOEKSM, HOMANS & MENTING
ORGANISATIEADVISEURS

THERMEN 1
POSTBUS 262
7500 AG ENSCHEDE
T (053) 433 05 48
F (053) 435 49 50
INFO@HHM.NL
WWW.HHM.NL

Financieringsmogelijkheden AWBZ voor een multifunctioneel centrum

In opdracht van;

Aedes-Actiz Kenniscentrum Wonen-Zorg

Postbus 8258 3503 RG Utrecht, Oudlaan 4 3515 GA Utrecht

Telefoon 030 273 97 50, fax 030 273 96 52

www.kenniscentrumwonzorg.nl

Enschede, 30 november 2006

EO/06/3227/mfc

mw. dr. E.H. Overkamp

Inhoudsopgave

1.	Inleiding	3
2.	AWBZ-financieringskader op hoofdlijnen.....	4
	2.1. Wet Toelating Zorginstellingen	4
	2.2. Wet Tarieven Gezondheidszorg	5
	2.3. Normering van bouwbudgetten in de toekomst.....	7
3.	Financiële bouwstenen voor een MFC	8
	3.1. Financiering op basis van extramurale beleidsregels.....	8
	3.2. Financiering op basis van intramurale beleidsregels.....	10
4.	MFC De Pleisterplaats	12
	4.1. Context opzet MFC	12
	4.2. Bekostiging van de Pleisterplaats.....	13
5.	Slotconclusie	17

1. Inleiding

Voor een succesvolle extramuralisatie van de zorg, kan de aanwezigheid van een multifunctioneel centrum in de wijk een stimulerende factor zijn. Kenmerk van een multifunctioneel centrum (MFC) is dat in een wijk zorg- en welzijnsvoorzieningen en horecafaciliteiten onder één dak worden gebracht. Een MFC biedt wijkbewoners een ontmoetingsplek met daaraan gekoppeld zorgvoorzieningen, welzijnsactiviteiten en horecafaciliteiten (sociaal restaurant, grand café).

In deze notitie is sprake van een MFC wanneer de hoofddoelstelling is gelegen in de maatschappelijke of non-profit sector, er tenminste twee partijen een permanente aanwezigheid hebben en in ieder geval één functie of ruimte delen. Te denken valt bijvoorbeeld aan:

- Een dienstencentrum waar naast een wijkwelzijnsorganisatie een thuiszorgorganisatie is gevestigd en buurtbewoners voor een maaltijd of een drankje terecht kunnen in een sociaal restaurant.
- Een zorgcentrum voor dagverzorging en tijdelijke opvangplaatsen gecombineerd met bijvoorbeeld een sociaal restaurant.

Welke combinatie ook wordt gemaakt, van belang is dat het MFC een voorziening biedt aan de wijk en dat de partijen die deelnemen aan het MFC, samen verantwoordelijk zijn en zoveel als mogelijk gebruik maken van gezamenlijke ruimtes.

Een belangrijke partij in een MFC, is vaak een zorgorganisatie. Het Aedes-Actiz Kenniscentrum Wonen-Zorg wil meer inzicht krijgen in de financieringsmogelijkheden voor zorgaanbieders om bij te dragen aan de exploitatie van MFC's. Doel is onder meer om deze zorgaanbieders een handreiking te bieden voor de wijze waarop gelden uit de AWBZ-bekostigingsstructuur kunnen worden ingezet voor een MFC. Deze handreiking heeft tot doel om zorgaanbieders inzicht te geven welke mogelijkheden de AWBZ biedt om financieel bij te dragen aan de exploitatie van een MFC.

LEESWIJZER

In de handreiking wordt eerst op hoofdlijnen toegelicht wat het financieringskader is van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). Vervolgens komt aan de orde welke mogelijkheden voorhanden zijn om als zorgaanbieder financieel bij te dragen aan een MFC. Om te illustreren wat dit voor de praktijk kan betekenen, is een voorbeeld van een MFC uitgewerkt. Dit voorbeeld is samengesteld op basis van ervaringen in het land. De handreiking wordt afgesloten met een aantal slotconclusies.

2. AWBZ-financieringskader op hoofdlijnen

Het kader voor een rechtvaardige verdeling van de gelden die beschikbaar zijn voor de zorg, wordt gevormd door een aantal wetten. De vier belangrijkste zijn de Zorgverzekeringswet, de AWBZ, de Wet Toelating Zorginstellingen (voorheen Wet Ziekenhuisvoorzieningen) en de Wet Tarieven Gezondheidszorg (WTG). De Zorgverzekeringswet en de AWBZ zijn verzekeringswetten, waarin de financiële toegankelijkheid, de rechten van verzekerden en de verstrekkingen van de gezondheidszorg worden geregeld. Het volume en de kosten van het aanbod van de zorg verlopen via de twee andere sturingswetten; de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi) en de Wet Tarieven Gezondheidszorg. Op basis van deze twee sturingswetten hebben zorgaanbieders de mogelijkheid om financieel bij te dragen aan de exploitatie van een MFC. In dit hoofdstuk worden op hoofdlijnen beide sturingswetten toegelicht.

2.1 Wet Toelating Zorginstellingen

De Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi) is sinds 1 januari 2006 van kracht en vervangt de Wet Ziekenhuisvoorzieningen (WZV) en de tijdelijke verstrekkingenwet maatschappelijke dienstverlening (TVWMD). De WZV regelde tot voor kort de intramurale bouw. De TVWMD regelde de erkenning van dagcentra voor mensen met een handicap en gezinsvervangende tehuizen. De WTZi is een kaderwet die geleidelijk aan wordt geconcretiseerd. De concrete maatregelen die in het kader van deze wet worden genomen, zijn vooral te vinden in de afgeleide regelgeving, de Algemene Maatregelen van Bestuur (AmvB's) en de beleidsvisie en beleidsregels. De WTZi beoogt de overgang van centraal aanbodgestuurd naar een decentraal vraaggericht zorgstelsel te bevorderen. Daarvoor zijn de regels voor bouw en toelating zorginstellingen vereenvoudigd en samengevoegd.

De minister van VWS stelt eens per vier jaar een beleidsvisie op; daarnaast stelt hij beleidsregels vast voor de beoordeling van aanvragen voor toelating en bouw. Tevens stelt de minister eens per twee jaar het financiële kader vast. In het uitvoeringsbesluit behorend bij de WTZi staat gedefinieerd wat bouw is en welke bouwinitiatieven onder het bouwregime vallen. Het bouwregime verplicht zorginstellingen om een vergunning aan te vragen, wanneer zij willen bouwen (nieuw, uitbreiding, vervanging), huren of een zorggebouw in gebruik willen nemen. Onder de WTZi zijn de volgende bouwinitiatieven vergunningplichtig:

- vervangende nieuwbouw;
- uitbreiding van capaciteit in bedden of plaatsen, in zoverre deze gepaard gaan met bouw;
- uitbreiding van het aantal vierkante meters, al dan niet gepaard gaande met renovatie, voor zover deze niet bekostigd kan worden uit de trekkingsrechten;
- inkrimping van de capaciteit van verzorgingshuizen, gepaard gaande met renovatie;

Buiten het bouwregime vallen:

- renovatie;
- uitbreiding van capaciteit zonder bouw;
- uitbreiding van het aantal vierkante meters (al dan niet gepaard gaande met renovatie) en in zoverre deze bekostigd kan worden uit de trekkingsrechten¹;
- kleinschalige woonvormen. Woonvoorzieningen tot en met 25 plaatsen (waarvan maximaal 12 zwaar) per postcode, vallen buiten het bouwregime en worden via genormeerde CTG-budgetten bekostigd.

Het College Bouw Zorginstellingen (CBZ) adviseert de Minister van VWS over aanvragen voor toelatingen met bouw. Na afgifte van de toelating verleent het CBZ de vergunning op basis van het voorlopige schetsontwerp. Het CBZ toetst daarbij of bouwaanvragen voldoen aan de *prestatie-eisen*. Deze eisen bestaan vooralsnog uit de bouwmaatstaven en kostennormen zoals deze reeds onder de WZV golden.

Bouwmaatstaven hebben betrekking op de ruimtelijke en technische opzet van AWBZ-voorzieningen. De AWBZ-voorzieningen worden onderverdeeld in licht, zwaar en beveiligd. Per categorie is vastgelegd wat de bouwkundig functionele eisen zijn. De bouw van voorzieningen die onder het bouwregime vallen, worden voornamelijk bepaald door maximale toegestane kosten. De maximale investeringskosten worden berekend aan de hand van het bruto vloeroppervlak (bvo) en genormeerde vierkante meterprijzen². Per zorgvraag (licht, zwaar of beveiligd) en per functie (bijvoorbeeld verblijf, ondersteunende begeleiding of behandeling) wordt een aantal vierkante meters gekoppeld. Welke bedragen vervolgens aan deze meters worden gekoppeld, wordt aangegeven in de tweejaarlijkse bouwkostennota. De bouwkostennota bevat maximale kostennormen voor bijna alle denkbare onderdelen van bouw die onder de WTZi vallen. Van belang is aan te geven dat het College Bouw dit kader als een richtlijn hanteert voor het toelaten van vergunningen. Indien nodig kan gemotiveerd worden afgeweken van deze richtlijnen. Tevens beschikken zorgaanbieders over een zekere vrijheid om binnen het investeringsbudget veranderingen aan te brengen in de uitvoering.

2.2 Wet Tarieven Gezondheidszorg

Een vergunning leidt op dit moment tot vergoeding van de huisvestingslasten. Deze wordt verstrekt op basis van de Wet Tarieven Gezondheidszorg (WTG). De WTG regelt welke prijs aanbieders van zorg bij de ziektekostenverzekeraars mogen rekenen. De WTG is een kaderwet. Dat houdt in dat in de WTG voornamelijk procedures zijn vastgelegd voor de totstandkoming van beleids-

¹ Vanaf het 11^e tot en met 20^e jaar van een investering bouwt een instelling zogeheten 'trekkingsrechten' op. Na het 20^e levensjaar is een renovatie-investering voorzien. Een dergelijke renovatie wordt niet meer inhoudelijk getoetst. Daar staat tegenover dat wanneer de trekkingsrechten onvoldoende zijn om de instandhoudingsbouw te bekostigen, via een vergunning alsnog de benodigde financiën zijn te verkrijgen.

² Het bvo bestaat uit het nuttig vloeroppervlak en het tarravloeroppervlak. Het nuttig vloeroppervlak is cliëntgerelateerd (oppervlakte per plaats). Het tarra-oppervlak is de ruimte die nodig is om constructies aan te brengen (wanden, kolommen etc.)

regels en de daaruit voortvloeiende tarieven. Deze beleidsregels vormen de basis voor onderhandelingen tussen aanbieders van zorg en zorgverzekeraars over de tarieven. De beleidsregels vormen in feite de kern van de wet. De Nationale Zorgautoriteit (NZa) is een zelfstandig bestuursorgaan dat de WTG uitvoert. De belangrijkste taken van zijn:

- het vaststellen van beleidsregels die het kader vormen voor de onderhandelingen van partijen over tarieven;
- het goedkeuren/vaststellen van tarieven ten behoeve van organen voor gezondheidszorg;
- het op verzoek van de Minister van VWS doen van uitvoeringstoetsen en het op eigen initiatief signaleren van ontwikkelingen in de gezondheidszorg die belangrijk zijn voor de uitvoering van de WTG.

BELEIDSREGELS

De beleidsregels die voor instellingen zijn vastgesteld, leiden tot een individueel budget voor iedere instelling. In de beleidsregels zijn zogenoemde *parameterbedragen* opgenomen, bijvoorbeeld een standaardbedrag per bed en voor de manier waarop de kosten van het gebouw moeten worden verwerkt. Het 'bouwen' van een individueel budget gebeurt in het plaatselijke overleg tussen instelling en verzekeraars. De NZa toetst het overlegresultaat en stelt het budget vast, de zogenoemde *aanvaardbare kosten*. Het budget bestaat dan uit de overeengekomen productie tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar maal de CTG beleidsregelbedragen. Aan dit budget worden kapitaallasten en enkele andere posten toegevoegd. In de kern bestaat het huidige budget (aanvaardbare kosten) uit de volgende componenten:

- Capaciteitsgebonden kosten: een plaats per instelling waar maximale loon- en materiële kosten aan zijn gekoppeld;
- Productiegebonden kosten: hiervoor gelden sectorale bekostigingsregels;
- Huisvestingslasten: deze worden vergoed op grond van de vergunning ex WTZi³.

De vergoeding voor de huisvestingslasten bestaat enerzijds uit vergoedingen voor rente-, afschrijvings- en onderhoudskosten in het jaarlijkse budget en anderzijds uit de opbouw van trekkingsrechten voor het plegen van renovatie-investeringen na 20 jaar.

De instellingen die niet onder het bouwregime vallen (en dus niet vergunningplichtig zijn), dienen de kapitaallasten terug te verdienen via de zorg die ze leveren; de kapitaallasten maken deel uit van de prijs die zij voor een zorgprestatie vragen, de zogenoemde genormeerde kapitaallasten. Bouwaanvragen voor de functie verblijf kunnen onder het bouwregime vallen maar dat hoeft niet altijd. Bouwaanvragen die niet met verblijf te maken hebben, vallen in de regel niet onder het bouwregime. Wel adviseert het CBZ de NZa over aanvragen die buiten dit bouwregime vallen.

³ Vergoeding van huisvestingsgerelateerde lasten (energie en verzekeringen) worden gekoppeld aan het aantal normatieve vierkante meters.

2.3 Normering van bouwbudgetten in de toekomst

Op dit moment krijgen instellingen met een vergunning op basis van de WTZi van de NZa een voor de levensduur van het gebouw geldende vergoeding voor de jaarlijkse rente en afschrijving. Deze vorm van bekostiging wordt de komende jaren losgelaten. De WTZi hanteert het principe dat de afweging tussen de inzet van middelen en de inschatting van de rentabiliteit van investeringen plaatsvindt op het niveau van een zorginstelling. Deze afweging kan aan een zorginstelling worden overgelaten als de huisvestingslasten ook onderdeel worden van de prestatiebekostiging. Dit kan door een systeem waarin de huisvestingslasten een normatief onderdeel zijn van de tarieven voor functies. Beoogd wordt een systeem van prestatiebekostiging waarbij instellingen risicodragend zijn voor de gevolgen van afzet- en/of prijschommelingen, ook wat betreft de investeringen in zorgvastgoed. Vanaf 1 januari 2008 wordt een begin gemaakt met het invoeren van de prestatiebekostiging. De verwachting is dat per 1 januari 2012 dit systeem van prestatiebekostiging is ingevoerd.

3. Financiële bouwstenen voor een MFC

Om financieel te kunnen bijdragen aan de exploitatie van een MFC, biedt de bekostigungsstructuur van de AWBZ de zorgaanbieder een aantal financiële bouwstenen. In dit hoofdstuk worden deze mogelijkheden toegelicht. Aangezien een MFC past in het aanbod van extramurale zorg, bieden de CTG-beleidsregels voor extramurale zorg financiële ruimte aan zorgaanbieders om in een MFC te kunnen participeren. Maar ook de CTG-beleidsregels voor intramurale zorg kunnen uitkomst bieden aan zorgaanbieders⁴. Voor alle beleidsregels geldt dat deze vooral ruimte bieden om de huisvestingslasten van de zorggerelateerde vierkante meters in een MFC te bekostigen. Onder deze huisvestingslasten worden zowel de vaste kapitaallasten gerekend als de overige huisvestingslasten (energie, verzekeringen, belastingen en onderhoud). De personele lasten van een MFC moeten echter worden opgebracht uit de exploitatie van een MFC (met uitzondering van het verzorgend personeel).

3.1 Financiering op basis van extramurale beleidsregels

Voor het financieren van -delen van- een MFC komt als eerste de beleidsregel zorginfrastructuur in beeld. Deze beleidsregel is juist opgesteld met het doel om de benodigde voorzieningen voor extramurale zorgverlening in een wijk te kunnen realiseren. Deze regel is als volgt geformuleerd:

- a. Met zorginfrastructuur wordt bedoeld ruimten die van belang zijn voor het leveren van de zorg aan niet verblijfsgeïndiceerde cliënten. Het gaat om:
 1. Ruimten voor het 'halen' en 'brengen' van extramurale AWBZ-zorg, waarbij de mogelijkheid bestaat deze ruimten ook te gebruiken buiten de AWBZ.
 2. Ruimten en/of technologische voorzieningen⁵ ten behoeve van het leveren van de oproepbare, onplanbare zorg op afroep met een hoge frequentie.
- b. Onder kapitaallasten wordt verstaan: de kosten van afschrijvingen en rentekosten of huur die samenhangen met de investering in zorginfrastructuur. Naast gebouwen kan hier ook technische infrastructuur worden verstaan.
- c. Onder overige kosten worden verstaan: kosten van energie, belastingen, inrichting en onderhoud. Kosten van personeel vallen niet onder overige huisvestingslasten.

Op deze regeling kan alleen een beroep worden gedaan wanneer zorginstelling en zorgkantoor gezamenlijk conform het protocol Zorginfrastructuur een tariefverzoek indienen. De aanvraag voor bouwkundige en technologische

⁴ In dit kader wordt intramurale zorg gedefinieerd als zorg die wordt verleend aan cliënten met een verblijfsindicatie door een zorgaanbieder met een toelating voor verblijf.

⁵ De technologische voorzieningen die voor vergoeding in aanmerking komen, staan vermeld op de zogenaamde 'groene lijst'. Op deze lijst staan voorzieningen vermeld die een bijdrage leveren aan de doelstelling van de beleidsregel om zoveel mogelijk mensen met een zorgbehoefte zelfstandig te laten thuis wonen.

voorzieningen wordt vergezeld van een advies van het CBZ. Op dit moment hanteert het CBZ geen strikte normen bij het toetsen van de aanvragen. Het toetsingkader dient te worden gevormd op basis van aansprekende voorbeelden in het land. Wel wijst het CBZ initiatiefnemers er op dat bij (nieuw) bouw van extramurale zorgruimten of –onderdelen door de initiatiefnemer een risico wordt gelopen. De kapitaallasten zullen immers op termijn moeten worden bekostigd uit de tarieven.

Zorgaanbieders hebben dus relatief veel vrijheid voor het aantal vierkante meters dat zij aanvragen en op welke wijze zij de voorzieningen voor de extramurale zorgverlening inrichten. Op dit moment ontvangen zorgaanbieders op basis van deze regel een vaste prijs per vierkante meter⁶. Voor een extra voorziening als een goed geoutilleerde keuken, kan sinds kort een extra vergoeding worden aangevraagd op basis van de Bouwmaatstaven keukenvoorzieningen zorgsector. Er zijn voorbeelden in het land waar zorgaanbieders bewust extra investeren in de voorzieningen van een MFC om zich onder meer te kunnen onderscheiden van andere zorgaanbieders of de mogelijkheden van een MFC te vergroten voor andere doeleinden. Bijvoorbeeld een professionele keuken die ook kan worden gebruikt voor maaltijdservice aan huis.

De beleidsregel zorginfrastructuur dient nadrukkelijk als aanvulling op de zorginfrastructuur die reeds door andere beleidsregels wordt bekostigd. Voorkomen moet worden dat zorginfrastructuur dubbel wordt bekostigd. Zo wordt in de normvergoeding van de (intramurale) Beleidsregel Kleinschalig Wonen rekening gehouden met een aantal vierkante meters per plaats voor zorginfrastructuur⁷. Ook in de Beleidsregel Extramurale Zorg wordt in de tarieven rekening gehouden met ruimte voor personeel en kantoorruimte. Deze beleidsregel omvat de aanvaardbare kosten die mogen worden opgevoerd voor de functies waarvoor een instelling is toegelaten (bijvoorbeeld huishoudelijke verzorging of persoonlijke verzorging). Om te voorkomen dat kapitaallasten dubbel worden gecompenseerd, worden bij de nacalculatie de werkelijke kapitaallasten berekend in samenhang met de vergoedingen die in een instelling heeft verkregen op basis van verschillende beleidsregels.

BELEIDSREGEL OVERGANGSREGELING KAPITAALLASTEN EXTRAMURALE ZORGVERLENING

Voor de komst van de beleidsregel zorginfrastructuur werden de kapitaallasten tot op heden gefinancierd door de overgangsregeling kapitaallasten. Met het in werking treden van de Beleidsregel zorginfrastructuur is de overgangsregeling kapitaallasten op dit punt aangepast. Voor vergoeding van kapitaallasten via deze overgangsregeling komen alleen nog in aanmerking de huisvestingskosten voor dagverzorging/dagbehandeling en dagactiviteiten voor niet verblijfscliënten. De overgangsregeling wordt op dit punt nog gecontinueerd omdat het niet haalbaar is gebleken om op dit moment een normeringsvoorstel te formuleren voor deze kapitaallasten. In 2007 wordt deze beleidsregel beëindigd.

⁶ Voor een stand alone MFC: € 1256,- per m². Voor een gekoppeld MFC € 1596,- per m².

⁷ Voor licht verblijf groep en individueel: 4,1 m². Voor zwaar verblijf: 4,2 m².

3.2 Financiering op basis van intramurale beleidsregels

Bekostiging van een MFC op basis van intramurale beleidsregels ligt in eerste instantie wat minder voor de hand. Toch blijkt uit voorbeelden uit het land wel degelijk dat vierkante meters in een MFC op basis van een intramurale bekostigingsregel kunnen worden gefinancierd.

In de 'Bouwmaatstaven AWBZ-voorzieningen' van het CBZ (2003) staat per categorie en per functie omschreven hoeveel vierkante meters daarvoor in nieuwbouwplannen mogen worden opgenomen. Zo is voor de functie ondersteunende begeleiding voor 24 cliënten in een AWBZ-voorziening, categorie licht, gemiddeld 2 vierkante meters beschikbaar. Ruimte voor dagactiviteiten of dagbesteding worden gerekend tot de functie ondersteunende begeleiding. Met name deze ruimtes zijn bij uitstek geschikt om te combineren met de extramurale voorzieningen in een MFC. Dit levert niet alleen een extra financieringsbron op, ook biedt het een mogelijkheid om cliënten met een verblijfsindicatie dagbesteding te kunnen aanbieden in een geïntegreerde setting. Tevens kunnen deze cliënten gebruik maken van andere voorzieningen. Dit veronderstelt natuurlijk wel dat cliënten met een verblijfsindicatie in de directe nabijheid van een MFC wonen en relatief makkelijk in staat zijn het MFC te bereiken.

VERGOEDING INTRAMURALE KAPITAALLASTEN

Het CTG/ZAio past de WVG via de onder die wet vastgestelde beleidsregels zodanig toe dat intramurale zorginstellingen met meer dan 25 cliënten met een CBZ-vergunning kunnen rekenen op een vergoeding van de huisvestingslasten. Deze vergoeding bestaat enerzijds uit de jaarlijkse vergoeding voor rente-, afschrijvings- en onderhoudskosten, anderzijds uit de opbouw van trekkingsrechten voor het plegen van renovatie-investeringen na 20 jaar. Het is niet noodzakelijk dat een zorgaanbieder zelf eigenaar is om in aanmerking te komen voor een vergoeding van deze kapitaallasten. Zowel de Beleidsregel Rente⁸ als de Beleidsregel Instandhoudingsinvesteringen⁹ biedt de mogelijkheid om een deel van de huur vergoed te krijgen.

⁸ De berekening van de aanvaardbare rentekosten wordt gebaseerd op het financieringsvolume en is genormeerd via een koppeling aan de kapitaalrente.

Een zorgaanbieder kan er voor kiezen om een instandhoudingsinvestering niet zelf uit te voeren maar door derden, die vervolgens huur in rekening brengt bij de zorgaanbieder. Het rentedeel van de huur worden opgenomen onder de aanvaardbare rentekosten. Dit rentedeel wordt vastgesteld op 45% van het kale huurbedrag.

⁹ Uit de beleidsregel instandhoudingsinvesteringen worden investeringen bekostigd die geen wijziging aanbrengen in de aard van de activiteiten van de voorziening of een gedeelte van de activiteiten. In dat kader kan nieuwbouw mogelijk zijn maar dan wel ter vervanging van de bestaande capaciteit. Voor de instandhouding van gebouwen is een beleidsregel van toepassing die bestaat uit twee componenten: een jaarlijkse vergoeding die wordt opgenomen in het budget en de opbouw van trekkingsrechten die pas worden uitgekeerd bij feitelijke investeringen. Vanaf het 11^e tot en met 20^e jaar van een investering bouwt een instelling zogeheten 'trekkingsrechten' op. Na het 20^e levensjaar is een renovatie-investering voorzien. Het komt in de praktijk voor dat investeringen, die voldoen aan de definitie van instandhouding, niet door de zorginstelling zelf worden uitgevoerd maar dat dit wordt uitbesteed aan derden, die daarvoor een huurbedrag in rekening brengen. Deze kosten konden onder de WZV niet ten laste worden gebracht van de opgebouwde instandhoudingsinvesteringen. Op grond van de gewijzigde beleidsregel instandhoudingsinvestering wordt dit nu wel mogelijk gemaakt voor het afschrijvingsdeel van de huur.

VERGOEDING VAN INVENTARISKOSTEN

Naast de kapitaallasten kan op basis van de Beleidsregel Investerings in medische en overige inventarissen en in computerapparatuur en –programmatuur een bijdrage worden geleverd aan de inrichtingskosten. Per sector is per vierkante meter vloeroppervlak een jaarlijks investeringsbedrag beschikbaar. Deze beleidsregel biedt mogelijkheden om de intramurale vierkante meters die zijn opgenomen in een MFC, te voorzien van een passende inrichting. De kosten voor vloerbedekking en behang worden overigens niet onder deze beleidsregel vergoed maar vallen onder de bouwkosten van een voorziening.

VERGOEDING MATERIËLE KOSTEN

Als onderdeel van de aanvaardbare kosten mogen zorgaanbieders materiële kosten opvoeren. Op basis van de Beleidsregel materiële kosten duurzaam verblijf worden de kosten voor energie, belastingen en overige heffingen vergoed. De vergoeding voor de energiekosten is gebaseerd op de gemiddelde werkelijke kosten over twee jaar. De onroerendzaakbelasting en overige heffingen zijn gebaseerd op de werkelijke kosten.

3.3 Combineren van beleidsregels

In dit hoofdstuk zijn diverse mogelijkheden aangehaald voor de wijze waarop zorgaanbieders kunnen bijdragen aan een financiering van een MFC. Zowel op basis van extramurale als intramurale beleidsregels kunnen huisvestingslasten van een MFC worden bekostigd. Afhankelijk van het soort zorg dat een zorgaanbieder levert (intramuraal en/of extramuraal), is het mogelijk om combinaties te maken van financieringsmogelijkheden. Op deze wijze kunnen in een MFC vierkante meters worden bekostigd voor een zorginfrastructuur waar verschillende doelgroepen gebruik van maken. In het volgende hoofdstuk wordt een voorbeeld uitgewerkt van een zorgaanbieder die op basis van verschillende beleidsregels een deel van een MFC financiert.

4. MFC De Pleisterplaats

In het voorgaande hoofdstuk is op hoofdlijnen aangegeven op basis van welke regelgeving zorgaanbieders kunnen bijdragen aan een MFC. In dit hoofdstuk wordt een praktisch voorbeeld gegeven op welke wijze een MFC kan worden gefinancierd. Het gaat hier niet om een bestaand MFC. Wel is dit voorbeeld mede op basis van ervaringen uit de praktijk tot stand gekomen.

4.1 Context opzet MFC

De wijk Meerzicht van Vliedrecht is een wijk van 12.000 inwoners van na de oorlog. In de afgelopen jaren is een deel van de woningen uit de jaren vijftig gesloopt en vervangen door moderne eengezinswoningen en senioren-appartementen. Tevens is een aantal woonvoorzieningen gerealiseerd voor verstandelijk gehandicapten en een regionale instelling voor beschermd wonen (totaal 50 personen). In deze wijk wil de zorgaanbieder Zorgbaak kleinschalige woningen gaan realiseren voor 30 PG-cliënten. Deze zorgaanbieder levert ook intensieve thuiszorg aan 50 cliënten in de wijk. Tevens heeft Zorgbaak twee verzorgingshuizen elders in Vliedrecht. Het plan is om gekoppeld aan de kleinschalige woonvoorziening een zorgsteunpunt te realiseren.

In de wijk is een wijkvereniging actief die voor diverse doelgroepen activiteiten organiseert. De Stichting Welzijn Ouderen van Vliedrecht organiseert diverse activiteiten in het wijkgebouw voor de ouderen. Dit wijkgebouw is sterk verouderd. Met de gemeente vindt overleg plaats over renovatie dan wel nieuwbouw. De gemeente is ook op de hoogte van de plannen van de zorgaanbieder en brengt de beide partijen tot elkaar. Inzet van het overleg is om tot een multifunctioneel centrum te komen van waaruit de zorg wordt verleend aan extramurale cliënten en tevens sociale en recreatieve activiteiten plaatsvinden voor de bewoners in de wijk. Daarnaast wordt in een sociaal restaurant voorzien waar wijkbewoners terecht kunnen voor een maaltijd. De Stichting Welzijn Ouderen heeft ook belangstelling voor het nieuwe MFC. De handen worden in één geslagen en de stichting MFC De Pleisterplaats is een feit. Zorgbaak, de wijkvereniging en de SWO nemen zitting in deze stichting met als doel de opzet en exploitatie van De Pleisterplaats te realiseren. De drie deelnemers zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor een sluitende exploitatie. De woningcorporatie 'Thuis in Vliedrecht' zorgt voor de bouw van het MFC die vervolgens door de drie partijen wordt gehuurd naar rato van het aantal m² dat zij gebruiken.

UITWERKING MFC DE PLEISTERPLAATS

In de Pleisterplaats worden de volgende voorzieningen ondergebracht:

- zorgteamkamer voor de intramurale en extramurale zorg;
- activiteitenruimte;
- vergaderruimte;
- multifunctionele ontmoetingsruimte met daarin een lees- en computerhoek en een bar;
- keuken.

Het hart van De Pleisterplaats wordt gevormd door de multifunctionele ontmoetingsruimte waar mensen van 9.00 tot 22.00 uur terecht kunnen voor een drankje en een kleine snack en tussen 12.00 en 13.30 uur voor een warme maaltijd. De verwachting is dat de keuken dagelijks 130 maaltijden zal uitserveren. Daarvan gaan 30 maaltijden naar de cliënten in de kleinschalige zorgwoningen. De Zorgbaak hanteert als zorgvisie dat cliënten zo gewoon mogelijk leven en in huiselijke sfeer hun maaltijd bereiden en nuttigen. Voor deze groep cliënten wordt echter een uitzondering gemaakt. Het dagelijks nuttigen van een maaltijd in een levendig sociaal restaurant waar ook mensen uit de wijk komen, wordt als een meerwaarde gezien voor deze groep. En natuurlijk levert deze dagelijkse afname van 30 maaltijden een gegarandeerde afzet voor de keuken.

Daarnaast zijn afspraken gemaakt met de woonvoorzieningen voor verstandelijk gehandicapten en het RIBW over regelmatige afname van de maaltijden in het restaurant (totaal 50 cliënten). Verder verwacht men dagelijks minimaal 50 mensen uit de wijk te trekken voor een maaltijd in het restaurant. De netto vierkante meters voor een satellietkeuken voor 130 maaltijden per dag bedraagt ongeveer 100m² nuttig vloeroppervlak (bouwmaatstaven keukenvoorzieningen zorgsector)¹⁰. De bereiding van het eten wordt door een kok gedaan. De bediening bestaat uit vrijwilligers van de wijkvereniging en de SWO.

De multifunctionele ruimte bedraagt 130 m², inclusief garderobe en (aangepaste) toiletten. Een deel van deze multifunctionele ruimte kan in geval van een activiteit worden afgescheiden door een flexibele wand.

De activiteiten- en vergaderruimte worden vooral gebruikt door de wijkvereniging en de SWO. Deze twee ruimtes zijn respectievelijk 50 en 40 m². Beide partijen kijken bij grotere activiteiten uit naar de multifunctionele ontmoetingsruimte. De activiteitenruimte wordt ook gebruikt voor de dagactiviteiten van de 30 PG-clieënten in de zorgwoningen.

Het zorgteam voor extramurale cliënten beschikt over een kantoor/werkruimte van 50 m² (inclusief een voorziening voor alarmering, slaapwacht, vergaderruimte, een toilet en opbergruimte). Daarnaast is nog een ruimte beschikbaar van 10 m² als opslagruimte voor hulpmiddelen. Een zorgteam dat verantwoordelijk is voor de zorgverlening aan cliënten in de zorgwoningen, beschikt over kantoorruimte van 10 m². Voor het overige maken zij gebruik van de voorzieningen van het extramurale team.

Inclusief de oppervlakte voor gangen en een kleine ontvangsthal, bedraagt de oppervlakte van de Pleisterplaats 410 m². De kosten daarvan zullen door de drie partijen moeten worden opgebracht.

4.2 Bekostiging van de Pleisterplaats

De bekostiging van de MFC komt voor rekening van de drie betrokken partijen. Daarbij kan een onderscheid worden gemaakt in huisvestingslasten (huur),

¹⁰ In dit voorbeeld wordt steeds uitgegaan van het aantal vierkante meters nuttig vloeroppervlak

variabele huisvestingslasten (energie, onderhoud) en personeelslasten (schoonmaak, beheer en keukenpersoneel).

HUISVESTINGSLASTEN

Al eerder is gesteld dat een woningbouwcorporatie bereid is gevonden het gebouw te realiseren dat vervolgens door de drie partijen voor een afgesproken termijn wordt gehuurd. Tevens investeert de woningcorporatie eenmalig in de inrichting van het gebouw. Op basis van het aantal m² dat de partijen gaan afnemen, wordt de huur verrekend.

De zorgaanbieder berekent op basis van het aantal intramurale en extramurale klanten voor hoeveel m² op een vergoeding van het CTG kan worden gerekend. Voor het verblijf van de 30 PG-cliënten (licht) is op basis van de prestatie-eisen voor AWBZ-voorzieningen 116 m² beschikbaar voor ondersteunende begeleiding en 125 m² voor ondersteunende diensten¹¹. Omdat onder ondersteunende diensten ook de voorzieningen voor directie, beheer, civiele en technische diensten worden gerekend, is het niet mogelijk om al deze vierkante meters over te plaatsen naar het MFC. Zorgbaak besluit 80 m² van deze groep cliënten op te nemen in de bekostiging van De Pleisterplaats.

Daarnaast dient de zorgaanbieder samen met het zorgkantoor een aanvraag in voor de beleidsregel zorginfrastructuur voor 220 m². Het plan is om deze regeling aan te wenden voor de bekostiging van de keuken en een groot deel van de ontmoetingsruimte. Omdat de vergoeding van vierkante meters op basis van de zorginfrastructuur niet voldoende is om een goede keuken te bekostigen, draagt Zorgbaak uit eigen budget extra bij. Zorgbaak ziet met een goede keuken meer mogelijkheden om op termijn diensten aan derden te kunnen leveren waarmee de kosten kunnen worden terugverdiend (bijvoorbeeld een maaltijdservice aan huis). Namens de wijkvereniging en de SWO vergoedt de gemeente Vliedrecht de huur van 90 m² (zie onderstaande tabel).

Voorziening	Aantal m ²	Huurder	Intramurale bekostiging	Extramurale bekostiging	Derden
Keuken	100	Zorgbaak		100 m ² op basis van zorginfrastructuur regeling	
Multifunctionele ruimte	130	Zorgbaak	50 m ²	resterend 80 m ² uit zorginfrastructuur regeling	
Activiteiten- en vergaderruimte	90	SwO en wijkvereniging			Gemeente
Ruimte zorgteam	70	Zorgbaak	20 m ²	30 m ² uit zorginfrastructuur regeling en 20 m ² uit tarieven	

¹¹ Zie bladzijde 39, AWBZ-voorzieningen, *Bouwmaatstaven voor nieuwbouw*, College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen, 2003.

				voor extramurale zorg
Algemene ruimte	20	Zorgbaak	10 m ²	10 m ² uit zorginfrastructuur

Tabel 1: verdeling aantal vierkante meters naar huurders

INVENTARISKOSTEN

De zorginfrastructuur dekt in principe ook de kosten van de inrichting. Tevens kan voor een deel een beroep worden gedaan op de Beleidsregel 'Investerings in medische en overige inventarissen en in computerapparatuur en programmatuur' (wat betreft de intramurale vierkante meters). De wijkvereniging en de SWO dragen voor hun vierkante meters ook bij wat betreft de inventaris (via de gemeente). Omdat de activiteitenruimte ook wordt gebruikt door cliënten van de zorgaanbieder, worden hogere normen gesteld aan de inventaris dan men op grond van de normen voor de inrichting van welzijnsvoorzieningen mag verwachten. De zorgaanbieder besluit eenmalig een extra bedrag uit de eigen reserves te betalen voor een adequate inrichting van de activiteitenruimte. De woningcorporatie doet eenmalig een investering in de inrichting van het gebouw.

VARIABELE HUISVESTINGSLASTEN

De regeling zorginfrastructuur dekt de kosten van energie, belastingen, inrichting en onderhoud. De variabele huisvestingslasten voor de intramurale vierkante meters kunnen worden opgenomen in de aanvaardbare kosten. De overige lasten worden door de gemeente gefinancierd.

PERSONEELSLASTEN

Het meest risicovolle element in de exploitatie van het MFC zijn de personeelslasten. De regeling zorginfrastructuur dekt geen personeelslasten. Het principe is immers dat de zorgverlening wordt gedekt uit het budget behorend bij het indicatiebesluit van de extramurale cliënt. Ook vanuit het intramurale budget is er weinig mogelijkheid om de kok in het MFC te financieren. Wel kan worden gekozen voor een structurele afname van maaltijden waarvoor wordt betaald uit het intramurale budget. De kostprijs moet dan minimaal de inkoop en de personeelskosten dekken.

De stichting De Pleisterplaats berekent dat voor het MFC de volgende personeelskosten worden gemaakt:

- Een kok die 7 dagen per week 4 uur per dag de maaltijden verzorgt (geschatte onkosten: € 22.000,-).
- Een beheerder die op werkdagen 4 tot 5 uur aanwezig is. Gedacht wordt aan het combineren van de functies kok en beheerder (eveneens minimaal € 22.000,-).
- Schoonmakers die ruimtes schoonhouden (gesubsidieerd € 6,- per uur, 2 uur per dag). Vrijwilligers en keukenpersoneel houden de keuken schoon. Aangezien de keuken moet voldoen aan de HCCP-normen wordt daarvoor eens per week een professionele kracht ingehuurd voor 3 uur per week (€ 18,- per uur).

- Naast deze kosten wordt nog rekening gehouden met organisatiekosten, vrijwilligerskosten (verzekeringen, attenties en gratis verstrekkingen) à € 5.000,-.

De totale kosten van ruim € 56.000,- moeten worden terugverdiend uit de verkoop van maaltijden en de drankjes. De inschatting is dat de volgende omzet wordt gehaald:

- 11.000 maaltijden voor de 30 cliënten uit de kleinschalige woonvoorziening (elke dag van het jaar);
- 13.000 maaltijden voor de cliënten uit de woonvoorzieningen van het RIBW en de gehandicaptenzorg (260 maaltijden per persoon per jaar);
- 18.250 maaltijden voor mensen uit de wijk (dagelijks 50 maaltijden).

De maaltijden voor cliënten uit de zorg kosten € 5,50 (€ 4,50 inkoop en € 1,- personeelslasten). De klanten uit de wijk betalen € 6,50. Daarnaast wordt rekening gehouden met de verkoop van 500 drankjes per week met een winststopslag van 50 eurocent.

De inschatting is dat MFC De Pleisterplaats jaarlijks een opbrengst kan verwachten van ruim €73.000,-. Dit betekent dat op basis van deze summier begroting stichting MFC De Pleisterplaats jaarlijks een winstmarge heeft van ongeveer €17.000,-. Mits natuurlijk alles volgens plan verloopt. Het besef is aanwezig dat men vooral in het begin rekening moet houden met aanloopkosten. De inschatting is dat vooral het aantrekken van mensen uit de wijk naar het sociaal restaurant, in het begin tijd zal kosten.

5. Slotconclusie

De bekostigingsstructuur van de AWBZ biedt zorgaanbieders diverse financiële bouwstenen om te kunnen bijdragen aan de exploitatie van een MFC. Zowel de extra- als intramurale beleidsregels bieden daar mogelijkheden toe. Deze financieringsbronnen hebben echter wel gemeen dat ze vooral een vergoeding bieden voor de vaste en variabele huisvestingslasten van een MFC. Het personeel dat noodzakelijk is om een MFC te beheren en te exploiteren, moet worden opgebracht uit de exploitatie van een MFC. Dit is een risico voor de partijen die betrokken zijn bij een MFC. Wanneer op termijn ook de kapitaal-lasten worden geïntegreerd in de tarieven voor zorg, wordt het risico voor deelname aan de exploitatie van een MFC voor zorgaanbieders vergroot. Gezien de voortgaande trend van extramuralisering en de komst van de Wmo, biedt een MFC echter veel mogelijkheden om invulling te geven aan moderne vormen van zorg. Zorgaanbieders die over creativiteit, ondernemingszin en een gezonde financiële huishouding beschikken, kunnen de uitdaging van een MFC aangaan.