

Stilte voor de storm



Zicht op prestaties ouderenzorg: studie WT 2012

Stilte voor de storm

Zicht op prestaties ouderenzorg: studie WT 2012

December 2012

Inhoudsopgave

Managementsamenvatting.....	
Voorwoord	
1. Financiële prestatie	1
1.1. Omzetontwikkeling.....	1
1.2. Winstontwikkeling.....	2
1.3. Vermogens- en schuldbalans.....	3
2. Operationele prestatie	5
2.1. Productiegroei	5
2.2. Kostenontwikkeling	6
2.3. Productiviteit.....	7
3. Markontwikkelingen	9
3.1. Marktverschuivingen	9
3.2. Productmix thuiszorg.....	10
3.3. Fusies	12
4. Impact regeerakkoord	13
4.1. Gevolgen voorgenomen bezuinigingen	13
4.2. Gevolgen overheveling naar gemeenten.....	14
5. Strategische implicaties voor zorginstellingen en overheid	18
5.1. Strategische implicaties voor zorginstellingen.....	18
5.2. Strategische implicaties voor de overheid.....	19
Methodologie en indicatoren	22

Stilte voor de storm

De ouderenzorg in Nederland heeft een stabiele periode achter de rug. De omzet is de laatste jaren gestaag toegenomen, winstmarges zijn gezond en de vermogenspositie van de sector is fors versterkt. Ondertussen is er een publiek debat gevoerd waarin problemen met kwaliteit van zorg en te hoge werkdruk de boventoon voerden, denk bijvoorbeeld aan de aandacht voor de zogenaamde 'pyjamadagen' in verpleeghuizen. Het is dan ook niet verwonderlijk dat de vorige regering koos voor extra geld naar ouderenzorg om zo de maatschappelijke onrust over de kwaliteit en werkdruk in te dammen.

Deze periode van relatieve rust en extra financiële ruimte blijkt stilte voor de storm. De politieke consensus is de andere kant opgeslagen en er staan forse bezuinigingen op stapel. Na decennia van onafgebroken groei zal de sector de komende jaren voor het eerst in haar geschiedenis moeten inkrimpen. Tegelijkertijd zal de voorgenomen overheveling naar gemeenten zijn weerslag hebben op de positionering en strategie van alle partijen.

In deze studie analyseren en objectiveren wij de collectieve prestaties in de ouderenzorg. Daartoe kijken we naar de financiële prestatie van VVT-instellingen in 2011, waaruit een positief en stabiel beeld naar voren komt. Ook geven wij inzicht in de (bescheiden) kosten- en productiviteitsontwikkeling van de sector als geheel. Tenslotte komt de marktdynamiek aan bod, waarbij vooral de grote regionale diversiteit opvalt.

Naast deze blik in de achteruitkijkspiegel van de sector kijken we ook vooruit, door een aantal kritische kanttekeningen te plaatsen bij de voorgenomen beleidswijzigingen. Zo staan wij stil bij het risico op fragmentatie in de zorgverlening, door de scheiding in financiering tussen persoonlijke verzorging en verpleging. Dan is het probleem van de aanzienlijke regionale praktijkvariatie tussen gemeenten. Ook de torenhoge administratieve lasten van gemeenten (meer dan 10%, tegen 1,5% in de AWBZ) voor de uitvoering van de WMO passeren de revue. Of het dilemma rondom de financiering van zware thuiszorg: via de WMO of via de 'romp AWBZ'? Dit gaat om 12.000 mensen die zeer veel ('onverzekerbare?') zorg krijgen aan huis. Wij sluiten deze studie af met een overzicht van strategische uitdagingen voor instellingen, verzekeraars en overheid waarin zij zich de komende tijd zullen vastbijten.

Managementsamenvatting

In deze managementsamenvatting staan we stil bij de zeven belangrijkste conclusies van deze studie. De belangrijkste ontwikkelingen op het gebied van financiën, operationele prestatie en marktontwikkelingen staan in figuur S1. Redelijke omzetgroei, degelijke kostenbeheersing, toenemend eigen vermogen en productiviteitsverbetering zijn zichtbaar. Maar het is waarschijnlijk stilte voor de storm. EUR 2,5-3 mld van die omzet is namelijk "at risk" vanwege de geplande bezuinigingen. Bovendien gaan gemeentes de zorg inkopen, in plaats van de huidige zorgkantoren. Dat is de storm die afkomt op de ouderenzorg.

1) Omzetgroei VVT-sector opnieuw relatief laag

De omzetgroei was in 2011 met 3,1% gematigd, vergelijkbaar met de ontwikkeling in 2010. Na de sterke groei in 2008 en 2009 is dit duidelijk lager. Vanuit het perspectief van de preciaire overheidsfinanciën en toekomstige economische verwachtingen is dit goed nieuws. De groei van 3% komt ongeveer overeen met inflatie plus demografische groei door vergrijzing. Daarmee was er in 2010 en 2011 geen 'onverklaarbare' groei in de ouderenzorg. Je zou dan ook kunnen zeggen dat de voorgestelde bezui-

nigingen in het regeerakkoord 2012 vooral een reparatie zijn van hoge groei in eerdere jaren.

Opnieuw groeide de omzet bij kleine instellingen of die met extramurale focus het snelst, met als uitschieter kleine extramurale instellingen (+13%). Ook de snellere groei van kleine instellingen lijkt een duurzame trend. Sinds 2008 zijn kleine instellingen in alle groepen (intramurale focus, extramurale focus of zowel intra- als extramurale focus) sneller gegroeid dan grote.

2) Winstmarge al drie jaar 2% met forse verbetering vermogenspositie

De ouderenzorg heeft financieel stabiele jaren gekend. Sinds 2009 ligt de gemiddelde winstmarge op 2%, ondanks de lagere omzetgroei dan in de jaren daarvoor. Drie jaar achtereenvolgende winstmarges is een teken van stabiele externe omstandigheden en degelijk financieel management door de instellingen zelf. Andere tekenen van stabiliteit zijn de minimale verschillen in winstmarges tussen peer groups. De uitdaging wordt om ook bij grotere veranderingen in de marktomstandigheden kosten

S1. VVT-sector toont beperkte maar stabiele groei omzet, kosten en winst

Overzicht ontwikkelingen VVT-sector
[Absolute waarde 2011]

Verandering t.o.v. 2010

1	Financiële prestaties	Omzet	€15,1 mld	3,1%
		Winst	€299,3 mln	3,9%
		Eigen vermogen	€3,3 mld	9,8%
		Schuldpositie	€8,9 mld	3,8%
2	Operationele prestaties	Productiegroei	111,8 mln cliënteenheden	2,0%
		Kostenontwikkeling	€14,6 mld	3,2%
		Ziekteverzuim	5,9%	-0,1%
		Bedieningskosten	€120,7 per cliënteenheden	-1,3%
3	Marktprestaties	Marktverschuivingen (MVI)	9,2%	0,0%
		Marktconcentratie (HHI)	43,0%	3,0%
		Fusies	5	-7

in lijn te houden met opbrengsten. De impact van de WMO in 2007 – toen was er een fikse winstdaling richting 0% voor de sector als geheel – is een voorbode van de uitdagingen waar de sector voor staat. Deze keer zal de omvang van de verandering een factor vijf tot tien groter zijn.

De WVT-sector heeft haar vermogenspositie drie jaar achtereen versterkt, waardoor het totale vermogen inmiddels EUR 3,3 mrd bedraagt. Ten opzichte van de omzet is de groei over een periode van vier jaar maar liefst vijf procentpunt: van 17% in 2007 naar 22% in 2011. Daarmee is de gemiddelde vermogenspositie duidelijk sterker dan die van ziekenhuizen (2011: 18%).

3) 7% productiegroei in de thuiszorg, aantal cliënten gelijk

De totale productiegroei is in 2011 uitgekomen op 2%, tegen 1,3% in 2010. Deze lichte toename is volledig veroorzaakt door de snelle groei in de thuiszorg van 7%. In de intramurale zorg bedroeg de groei in dagen slechts 0,2%. De thuiszorggroei was het hoogste bij organisaties met een extramurale focus: zij groeiden met 14% gemiddeld, tegen ongeveer 5% voor instellingen met een gemengde focus.

Binnen de thuiszorg wordt de groei vooral veroorzaakt door de toename van persoonlijke verzorging. Dit zorgtype maakt 64% van de kosten uit. Opvallend is dat zowel voor persoonlijke verzorging als verpleging de groei van het aantal geleverde uren aanzienlijk hoger ligt dan de groei van het aantal cliënten. Bij verpleging nam het aantal cliënten zelfs af met 7%, terwijl het aantal uren met 1,5% toenam.

4) Uitvoering door gemeenten kent veel haken en ogen

In 2011 ontvingen 380.000 mensen thuiszorg in de vorm van persoonlijke verzorging of verpleging. Een op de drie mensen kreeg beide soorten zorg welke bijna altijd door dezelfde aanbieder werd geleverd. De voorgenomen scheiding tussen persoonlijke verzorging (WMO) en verpleging (Zvw) heeft als risico dat mensen bij twee loketten moeten aankloppen voor thuiszorg, maar ook dat twee verschillende aanbieders nodig zijn om de zorg te leveren. Dit heeft hogere kosten door meer reistijd en mogelijk negatieve kwaliteitseffecten door extra overdracht en kennisversnippering tot gevolg. Ook bestaat het risico dat gemeenten en verzekeraars onder kostendruk naar elkaar verwijzen als het geschikte loket voor de betreffende zorgvraag.

Bovendien zal het voor gemeenten moeilijk zijn om hun nieuwe inkooprol efficiënt in te vullen. De uitvoeringskosten van de WMO zijn op dit moment namelijk acht keer hoger dan die van de AWBZ. Uitgaand van gelijkblijvende uitvoeringskosten ten opzichte van zorgkantoren, krijgt een gemiddelde gemeente een budget van ongeveer 60 duizend euro voor de integrale uitvoering voor PV. Het te kort aan schaal en expertise is een groot probleem bij de effectieve uitvoering van de zorginkoop.

5) Variatie in zorggebruik tussen gemeenten bemoeilijkt verdelingsmodel

Bij de overheveling van PV naar gemeenten moeten keuzes gemaakt worden over de budgetverdeling. Het is onvermijdelijk dat een discussie over de verdelingsgronden gaat opblazen, vergelijkbaar met de WMO. Op dit moment bestaat namelijk een sterke variatie tussen gemeenten in de hoeveelheid zorg die wordt geleverd ten opzichte van wat je zou verwachten op basis van demografische kenmerken. Het verschil kan oplopen tot een factor twee, zowel naar boven als naar beneden. Verdeling op historische gronden zal op weerstand stuiten bij gemeenten met een relatief laag zorggebruik, terwijl verdeling op inwonerskenmerken voor gemeenten met een hoog zorggebruik sterk negatief zal uitpakken. Het is nodig om deze praktijkvariatie beter te duiden en te bepalen wat als ondoelmatigheid kan worden betiteld. Onze ervaring is dat dit goed mogelijk is, maar het vereist een feitelijke basis, lange adem en sterk commitment.

6) Regeerakkoord heeft strategische implicaties voor zorgaanbieders

In het recente regeerakkoord zijn bezuinigingen van EUR 2,5 – 3 mrd voorgesteld in de ouderenzorg. De beoogde bezuiniging verschilt tussen producten. Het is echter duidelijk dat een groot deel van de WVT-instellingen een inkomstendaling te wachten staat, omdat mensen slechts beperkt in staat of bereid zijn om de zorg die wegvalt zelf te betalen. In deze wereld van krimp staan zorginstellingen voor een lastige opgave. Wij denken dat instellingen op vier punten voorbereidingen moeten treffen:

1. Creëren van een 'mindset van krimp' in de hele organisatie (na 40 jaar onafgebroken groei)
2. Versterken van de band met de klant en de behoeften van de klant nog beter leren kennen
3. Opbouwen van lokale schaal en marktaandeel
4. Aanbieden van kleinschalig en waar mogelijk integraal zorgaanbod

7) Uitvoering regeerakkoord bevat aandachtspunten voor de overheid

De bezuinigingen zijn hard, maar er bestaat nog veel beleidsvrijheid bij de exacte invulling. In dit licht zien wij voor de overheid vier aandachtspunten bij de nadere uitwerking van het voorgenomen beleid.

1. Rol en schaal gemeenten: gezien de ervaringen met de WMO bestaat er een zeer groot risico op hoge uitvoeringskosten. Het zou verstandig zijn als de overheid kiest voor voldoende schaal en expertise bij de inkoop. Wij denken dat samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraars in coöperatieve vorm een zeer effectieve oplossing kan zijn om beheerskosten te beperken en de samenhang in de zorgverlening te vergroten.
2. Doelmatige verdeling budget: er bestaat op dit moment aanzienlijke praktijkvariatie tussen gemeenten. De stelsel-



wijziging is een uitgelezen kans om ongewenste praktijkvariatie geleidelijk terug te dringen, door de budgetverdeling stap voor stap aan te passen.

3. Heldere afbakening 'romp AWBZ': bij de afbakening zien wij twee aandachtspunten. Terugdringen van ongewenste praktijkvariatie in zware zorg is het eerste aandachtspunt. Daarnaast is het de vraag of zware thuiszorg vanuit de gemeentes of de 'romp AWBZ' gefinancierd moet worden. Op dit moment krijgen zo'n 12.000 mensen namelijk thuis net zo veel zorg als mensen met een ZZP 5 of hoger intramuraal krijgen.
4. Landelijke waarborg voor verdeling bezuinigingen: de keuze bij wie te bezuinigen vergt een lastige afweging tussen zorgzwaarte en inkomen van mensen. In het regeerakkoord is aangegeven dat gemeentes veel beleidsvrijheid krijgen bij de uitvoering. Wij denken echter dat de gevolgen voor mensen zodanig groot kunnen zijn, dat er in zekere mate landelijke waarborgen nodig zijn om regionale willekeur te voorkomen.

1. Financiële prestatie

In dit hoofdstuk analyseren we de ontwikkelingen van de omzet, winstgevendheid en vermogenspositie van ouderenzorginstellingen.

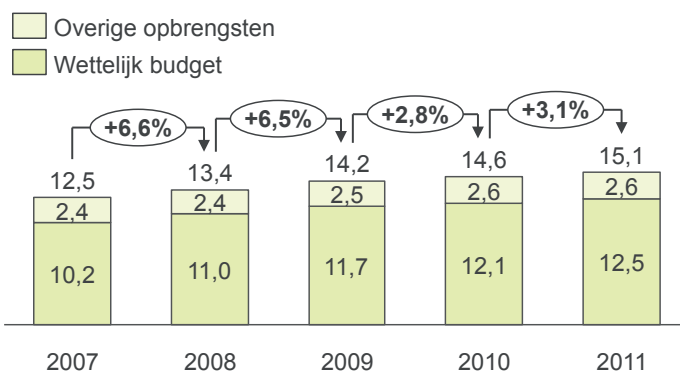
1.1. Omzetontwikkeling

Omzetgroei relatief laag

De omzetgroei was in 2010 en 2011 zeer gematigd en lag rond de 3% (Figuur 1). Na de sterke groei in 2008 en 2009 is dit, vanuit het perspectief van de precare overheidsfinanciën en toekomstige economische verwachtingen, goed nieuws. De baten van zorginstellingen zijn immers kosten voor de overheid en de premiebetaler. De groei van 3% komt ongeveer overeen met inflatie plus demografische groei door vergrijzing. Daarmee was er in 2010 en 2011 geen 'onverklaarbare' groei in de ouderenzorg; inflatie en vergrijzing zijn immers beiden verklaarbare groeidrijvers. Je zou dan ook kunnen zeggen dat de voorgestelde bezuinigingen in het regeerakkoord 2012 vooral een reparatie zijn van hoge groei in eerdere jaren.

1. Opnieuw lage omzetgroei in 2011

Omzet VVT-sector [EUR miljard]



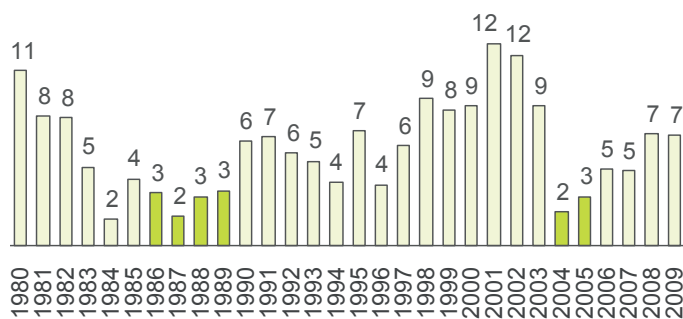
Meerdere jaren van lage groei niet uniek

Als we terugkijken naar de historische groei van kosten in de ouderenzorg, dan zien we dat twee jaar van beperkte omzetgroei eerder is voorgekomen (Figuur 2). Zowel eind jaren '80 als in 2004-2005 lag de groei ook meerdere jaren rond de 3%. Daarna volgde beide keren een periode van aanzienlijk hogere groei. Deze achtbaan van groei lijkt geen weerspiegeling van de toename in zorgvraag, eerder van beleidsmatige ruimte om te groeien. De geplande langdurige krimp van de kosten zal daar-

mee niet alleen een grote uitdaging zijn voor de sector en haar cliënten, maar ook voor de politiek.

2. Meerdere jaren van lage groei, zoals eind jaren '80 en '04/'05

Historische ontwikkeling kosten ouderen- en welzijnzorg [% groei t.o.v. voorgaand jaar]



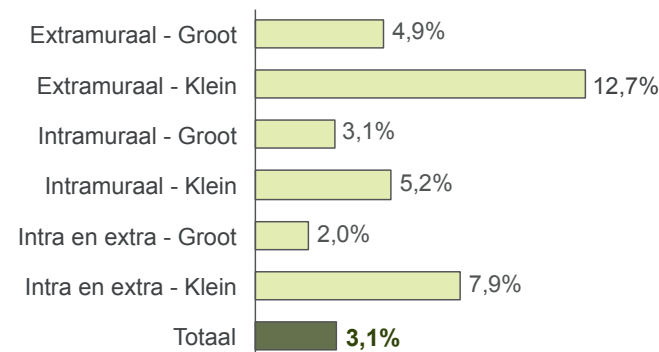
Bron: CBS Statline

Grootste groei in thuiszorg en kleine instellingen

Al is de totale groei gematigd, de verschillen tussen 'peer groups' (groepen van instellingen, ingedeeld naar focus en omvang) zijn aanzienlijk (Figuur 3). Net zoals voorgaande jaren vallen twee dingen op: er is meer groei in de thuiszorg en bij kleine instellingen dan bij de andere groepen. De snellere groei in de thuiszorg past bij het extramuraliseringsbeleid van de overheid: beperking van intramurale capaciteit en meer zorg bij mensen thuis in hun eigen woonomgeving. Door stimuleren van nieuwe aanbieders

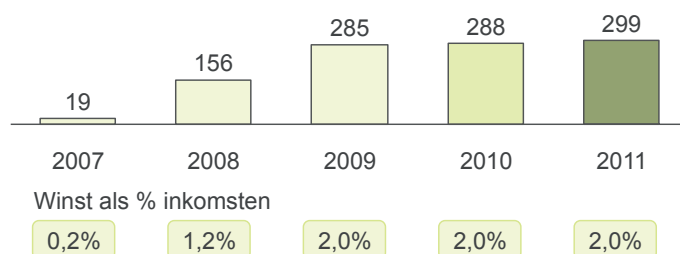
3. Meeste groei bij thuiszorgaanbieders en kleine instellingen

Omzet VVT-sector per peer group [EUR miljard]



4. Winstmarge al drie jaar stabiel op 2%

Winst VVT-sector
[EUR miljoen]



heeft de overheid ook de ruimte geschapen om invulling te geven aan de gewenste extramuralisering. Er is veel dynamiek en zorgvragers hebben vaak keuze tussen meerdere aanbieders die in hun regio actief zijn.

Ook de snellere groei van kleine instellingen lijkt een duurzame trend. Sinds 2008 zijn kleine instellingen in alle groepen (intramurale focus, extramurale focus of zowel intra- als extramurale focus) sneller gegroeid dan grote. Het groeiverschil tussen klein en groot ligt tussen de 1 en 8 procentpunten, afhankelijk van jaar en peer group. Hoe kan dit? Uiteraard is het makkelijker om te groeien als je klein bent, je start immers vanuit een kleinere basis. Het heeft waarschijnlijk ook te maken met het beleid van zorgkantoren, die grotere spelers in sommige gevallen een 'efficiencykorting' geven vanwege 'schaalvoordelen'. Een andere verklaring is dat kleine spelers hun schaalnadeel compenseren met hun hogere wendbaarheid en sterkere klantfocus. Beide zijn zeer belangrijk de komende jaren en grote instellingen kunnen op dat gebied leren van kleine.

75% instellingen is gegroeid met een paar uitschieters

Maar hoe hebben individuele instellingen het gedaan? Driekwart van de instellingen is gegroeid, ongeveer een kwart is gekrompen. Er is een kopgroep van organisaties in de thuiszorg die met meer dan 50% gegroeid is, met Buurtzorg en Allertzorg als topers. Aan de onderkant bevindt zich een handjevol instellingen dat fors is gekrompen. Dit zijn vooral kleine thuiszorgspelers die marktaandeel hebben verloren en een paar grotere organisaties die wijzigingen hebben aangebracht in hun portfolio.

1.2. Winstontwikkeling

Winstmarge al drie jaar stabiel op 2%

De ouderenzorg heeft financieel stabiele jaren gekend. Sinds 2009 ligt de gemiddelde winstmarge op 2%, ondanks de lagere omzetgroei dan in de jaren daarvoor (Figuur 4). Drie jaar

achtereen zulke winstmarges is een teken van stabiele externe omstandigheden en degelijk financieel management door de instellingen zelf. Grondige financiële sturing zal de komende jaren nodig zijn om in een nieuwe omgeving van bezuinigingen en toenemende risico's te navigeren. Dan is het goed om te zien dat er al een mooie basis is gelegd.

De goede winstmarges zien wij als positief. Een mogelijke reflex tot 'afromen' van 'overwinsten' zou geen recht doen aan de positieve inspanning die ten grondslag ligt aan de stabiele financiën. Ook geeft afromen foute prikkels door degelijk beleid af te straffen. De kwaliteit van zorg is gebaat bij stabiele organisaties die hun aandacht kunnen leggen bij de cliënt, in plaats van bij de strijd tegen penibele financiën.

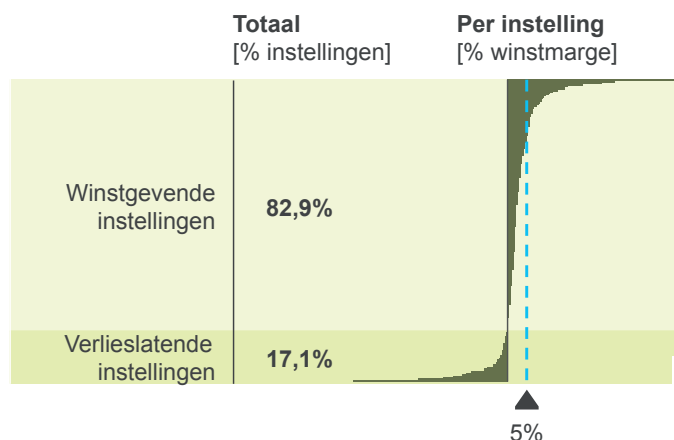
Andere tekenen van stabiliteit zijn de minimale verschillen in winstmarges tussen groepen (Figuur 5). Ze liggen allemaal rond de 2%, ongeacht focus (thuiszorg, intramuraal of gemengd) of omvang (klein of groot). Dit laat zien dat instellingen in lage (verpleeghuizen) en hoge (thuiszorg) groeiomgevingen er beiden in geslaagd zijn om hun exploitatie gezond te houden. De uitdaging wordt om ook bij grotere veranderingen in de marktomstandigheden kosten in lijn te houden met opbrengsten. De impact van de WMO in 2007 – toen was er een fikse winstdaling richting 0% voor de sector als geheel – is een voorbode van de uitdagingen waar de sector voor staat. Deze keer zal de omvang van de verandering een factor 5 tot 10 groter zijn.

5. Winstmarges alle peer groups rond 2%

Winstmarge [%; 2011]	Ontwikkeling marge [% verandering 2010-2011]	
Extramuraal - Groot	2,4%	0,2%
Extramuraal - Klein	2,3%	-1,3%
Intramuraal - Groot	2,0%	0,2%
Intramuraal - Klein	2,4%	-0,4%
Intra en extra - Groot	1,9%	-0,1%
Intra en extra - Klein	2,3%	0,0%
Totaal	2,0%	0,0%

Er is een groep van kleine, zeer winstgevende thuiszorginstellingen met winstmarges boven de 10%. De vraag is of deze hoge winstmarges komen door zuinige bedrijfsvoering of door 'cherry picking'. Wij denken dat 'cherry picking' inderdaad een rol speelt. Wanneer je je bijvoorbeeld richt op cliënten die veel (blok)zorg nodig hebben, gaan reistijd en administratie omlaag terwijl de

6. 80% instellingen winstgevend, 20% verlieslatend



tarieven per uur hetzelfde zijn. De winst is dan vanzelfsprekend hoger dan wanneer de routes veel mensen omvatten met 10 minuten oogdruppelen of 7 minuten 'kousen'.

Ondanks de positieve trend in de sector als geheel, was 17% van de instellingen verlieslatend in 2011 met een gezamenlijke omzet van EUR 1,4 mrd, zo'n 10% van de totale omzet in de sector (Figuur 6). Deze zullen hun financiële sturing sterk moeten verbeteren. Als het in de huidige stabiele omgeving al niet lukt om verlies te voorkomen, dan is echt een mentaliteitsverandering nodig om de komende jaren van bezuinigingen te overleven.

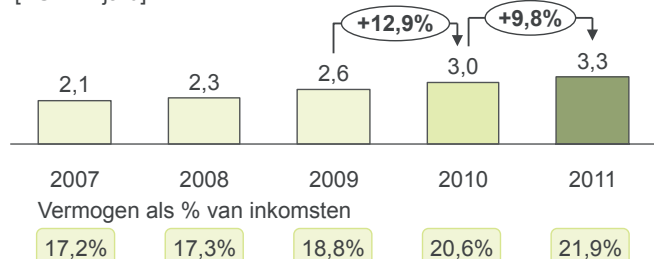
1.3. Vermogens- en schuldposities

Forse verbetering vermogenspositie: noodzakelijk gezien risico's

De VWT-sector heeft haar vermogenspositie drie jaar achtereen

7. Vermogen stijgt tot 22% van de omzet

Absoluut eigen vermogen VVT-sector
[EUR miljard]



versterkt, waardoor het totale vermogen inmiddels EUR 3,3 mrd bedraagt (Figuur 7). Ten opzichte van de omzet is de groei over een periode van vier jaar maar liefst vijf procentpunt: van 17% in 2007 naar 22% in 2011. Daarmee is de gemiddelde vermogenspositie duidelijk sterker dan die van ziekenhuizen (2011: 18%).

De vermogensgroei is ook nodig, gezien de toegenomen risico's in de sector. Zo worden instellingen stapsgewijs volledig risico-dragend op het vastgoed in 2018 en komt er een forse bezuiniging aan die zowel de thuiszorg als de lichte intramurale ZZP's zal treffen. Instellingen zonder sterk eigen vermogen beginnen met een achterstand aan deze uitdagende nieuwe periode en lopen een groot risico op faillissement of vroegtijdige overname.

8. Vermogen thuiszorgspelers kwetsbaar

Eigen vermogen
[% 2011]

Verandering
[%-punt, 2010-2011]

Extramuraal - Groot	10%	1,8%
Extramuraal - Klein	12%	-0,6%
Intramuraal - Groot	25%	1,3%
Intramuraal - Klein	32%	0,8%
Intra en extra - Groot	18%	1,5%
Intra en extra - Klein	24%	0,8%
Totaal	22%	1,3%

In dit licht is de relatief zwakke vermogenspositie van thuiszorginstellingen (10-12%) wel een punt van aandacht (Figuur 8). Uiteraard is dit een logisch gevolg van de beperkte kapitaalintensiteit, maar het betekent wel dat thuiszorginstellingen weinig ruimte hebben om grote klappen in winstgevendheid op te vangen. Terwijl juist in de thuiszorg de meeste bezuinigingen zullen neerslaan.

'Staart' kwetsbare instellingen kleiner geworden

De onderkant van de vermogensladder in de sector is korter geworden. Het aantal instellingen op de onderste twee treden (vermogen onder de 5%) is sinds 2009 gekrompen van 58 naar 40. Dit zijn vooral kleine zorginstellingen. De helft was ook verlieslatend. Deze groep heeft een structureel probleem, aangezien de vermogenspositie een uitvloeisel is van winsten en investeringen uit het verleden. Een duidelijke verandering van bedrijfsvoering is nodig om de zorg bij deze instellingen in de toekomst te behouden.

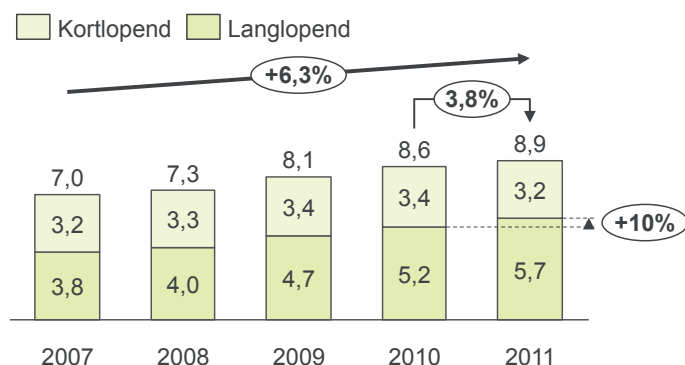
Afhankelijkheid van banken groeit

Ouderenzorginstellingen lenen veel meer dan voorgaande jaren. Deze groei is volledig gedreven door meer langlopende schulden; de kortlopende schulden nemen zelfs iets af (Figuur 9). De totale schuld is opgelopen naar EUR 8,9 mrd in 2011, met een gemiddelde groei van 6,3% sinds 2007.

9. Langlopende schuld fors toegenomen

Schuld VVT-instellingen

[EUR miljard]



Deze schulden zijn voor een deel risicovol, omdat de vraag naar intramurale capaciteit onder druk komt te staan door de extramuralisering van ZZP 1 tot en met 4, nu goed voor ruim 40% van de bedden. Gaan deze mensen bijbetalen, of blijven ze liever thuis wonen? Het antwoord op deze vraag hangt mede af van de aantrekkelijkheid van de woning en de huren die zorginstellingen zullen rekenen. De kapitaalslasten per bed zijn nu ongeveer 600-700 euro per maand. Dat is fors in vergelijking tot een sociale huur van 400-500 per maand, zeker gezien de vaak kleine kamers in een verzorgingshuis. Daarbij komt ook de dure verblijfscomponent die mensen zelf moeten ophoesten. Het zal veel creativiteit en samenwerking met cliënten vergen om een aantrekkelijke woonomgeving te realiseren binnen de beperkte financiële mogelijkheden.

Wij denken dat enige capaciteitsafbouw zelfs in een positief scenario onvermijdelijk is. Aangezien instellingen (en daarmee de banken) stapsgewijs volledig risicodragend worden in 2018, is het van belang om de intramurale capaciteit zorgvuldig te managen en waar nodig stapsgewijs af te bouwen. Instellingen met aflopende huurcontracten hebben hierbij de meeste bewegingsvrijheid. Instellingen met veel eigen vastgoed op de balans of enkel langlopende huurverplichtingen zitten echter in een lastig pakket. Forse afschrijvingen op vastgoed liggen op de loer. Dit is een onderbelicht dossier dat veel meer aandacht verdient. Want hoe kan een instelling veertig jaar huur ophoesten als er geen bewoners meer zijn? Wij verwachten dat banken gezien het regeerakkoord extra kritisch zijn bij het heronderhandelen van bestaande of het verlenen van nieuwe financieringen.

2. Operationele prestatie

In dit hoofdstuk analyseren we de ontwikkelingen in productie, kosten en productiviteit.

2.1. Productiegroei

7% productiegroei thuiszorg, stilstand intramuraal

De totale productiegroei is in 2011 uitgekomen op 2%, tegen 1,3% in 2010 (Figuur 10). Deze lichte toename is volledig veroorzaakt door de snelle groei in de thuiszorg van 7%. In de intramurale zorg bedroeg de groei in dagen slechts 0,2%. De gemiddelde intramurale zorgzwaarte is overigens wel met ongeveer 2% toegenomen, vooral omdat de instroom van lage ZZP's 1 en 2 vrijwel tot stilstand kwam. Hiervoor zijn zwaardere ZZP's in de plaats zijn gekomen. Meer zorgzwaarte betekent meer zorg. Daarmee is de intramurale productiegroei gewogen naar tarief dus ongeveer 2% in plaats van 0,2%.

De thuiszorggroei was het hoogste bij organisaties met een extramurale focus: zij groeiden met 14% gemiddeld, tegen ongeveer 5% voor instellingen met een gemengde focus (Figuur 11). Dit groeiverschil bestaat al sinds 2009: meer focus is meer groei. Er is een kleine groep van succesvolle thuiszorginstellingen die door hun focus beter in staat is om cliënten aan zich te binden en te groeien. Kleinschalige teams, weinig overhead en

snel inspelen op behoeften van cliënten en verwijzers zijn hun gedeelde ingrediënten voor succes.

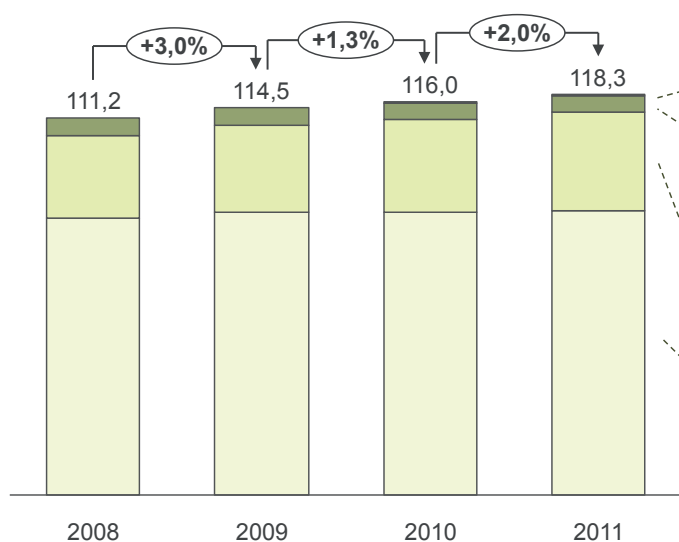
Inmiddels is de omschakeling naar kleinschalig werken een sectorbrede trend die in vrij rap tempo plaatsvindt. Het gros van de instellingen is nu in transitie of zelfs volledig overgestapt op een kleinschalige werkvorm. Uiteraard verschillen de smaken van kleinschaligheid, maar de beweging is duidelijk. Wij zijn van mening dat deze snelle omwenteling niet had plaatsgevonden zonder de vrije keuze van cliënten en marktwerking. Daardoor zijn grotere instellingen namelijk gedwongen om hun model aan te passen en mee te gaan in de innovatie van bedrijfsvoering die door kleinere partijen zoals Buurtzorg en anderen is ingezet. Cliënten zijn de winnaar: zij krijgen meer continuïteit van zorg en meer direct contact met dezelfde mensen.

De tijd zal leren in hoeverre deze positieve ontwikkeling stand zal houden in een nieuwe omgeving van gemeentelijke aanbestedingen en forse bezuinigingen. Uiteindelijk zal dan ook duidelijk moeten worden of de belofte van lagere integrale zorgkosten door minder overhead en minder 'onnodige zorg' werkelijk waarheid wordt. Wij hopen van wel: dit zou het ultieme bewijs zijn voor de stelling dat kleinschaligheid leidt tot meer kwaliteit en lagere kosten.

10. Productie stijgt harder door snelle groei thuiszorg

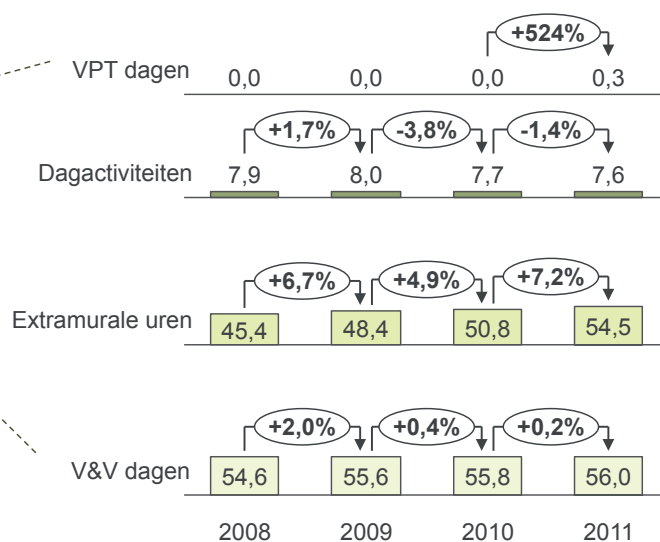
Ontwikkeling productie VVT-sector

[Gewogen cliënteenheden¹, miljoen]



Ontwikkeling productie VVT-sector

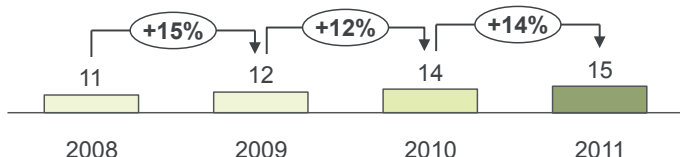
[dagen/dagdelen/uren/dagen, miljoen]



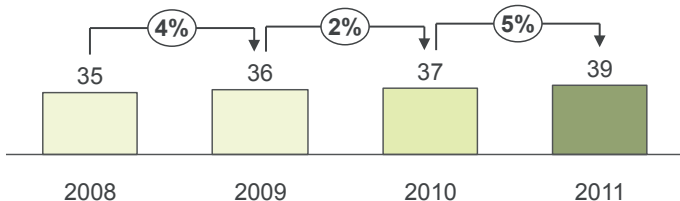
1. Een cliënteenheden is een 'productiemandje' van intramurale dagen, extramurale uren dagbehandelingen en VPT-dagen, gewogen naar het gemiddelde tarief

11. Snelle groei instellingen met thuiszorgfocus

Extramurale productie extramurale instellingen
[uren, miljoen]



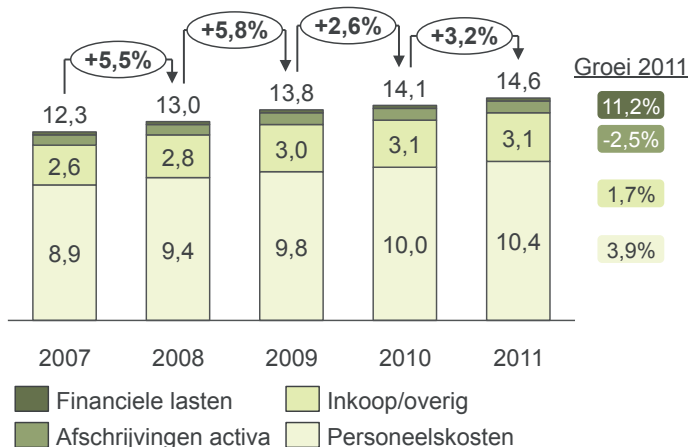
Extramurale productie gemengde en intramurale instellingen
[uren, miljoen]



Terug naar de forse groei van 7% in de thuiszorg in 2011. Die is vrijwel volledig gedreven door een toename van het aantal uren per cliënt, terwijl het aantal cliënten met thuiszorg constant was. Dat zou betekenen dat de zorgzwaarte per cliënt in een periode van 1 jaar met 7% toegenomen is. Omdat deze toename onwaarschijnlijk is gezien de toegenomen zorgzwaarte in de intramurale zorg (+2%), lijkt de verklaring voor de toename in extramurale zorg ook te liggen in verruiming van de indicatie en meer zorg bij dezelfde mensen.

12. Beperkte kostenstijging, vooral door lage groei inkoopkosten

Kosten VVT-sector
[EUR miljard]



Naast de thuiszorg is het Volledig Pakket Thuis (VPT) – intramurale zorg bij mensen thuis – in 2011 met bijna 300 duizend zorgdagen echt van de grond gekomen. De toekomst van deze hybride financieringsvorm is onzeker en de groei is daarom lastig te interpreteren voor de toekomst. VPT is bedoeld voor mensen met een intramurale indicatie die zorg thuis willen. Maar of ze werkelijk andere zorg nodig hebben dan mensen met thuiszorg is onbekend.

2.2. Kostenontwikkeling

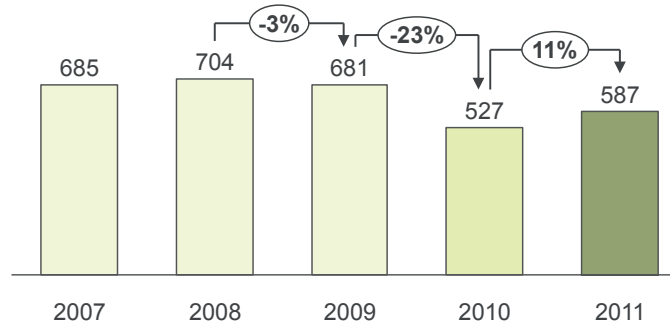
Kostengroei beperkt, vooral door lage groei inkoopkosten

De kosten in de ouderenzorg zijn in 2011 met 3,2% gestegen (Figuur 12). Daarmee is de trendbreuk van 2010 doorgezet. De lage kostengroei komt vooral door een zeer beperkte stijging van de inkoopkosten (+1,7%) en zelfs een daling van de afschrijvingen (-2,5%).

Personeelskosten stegen iets sneller met ongeveer 4%. Deze stijging is gedreven door hogere lonen en door meer personeel. De stijging van de kosten voor uitzendkrachten was met 11%

13. Toename uitzendkrachten na daling afgelopen jaren

Inzet uitzendkrachten
[EUR miljoen]

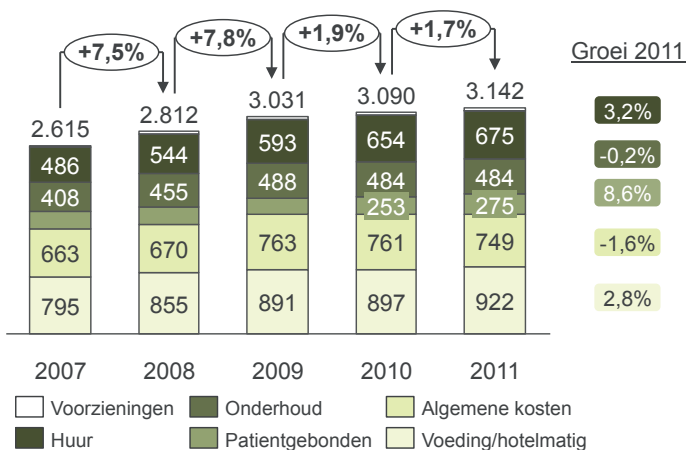


opvallend hoog, na een zeer forse daling in 2010 (Figuur 13). Vanwege de bezuinigingen verwachten wij de komende jaren een daling in de inzet van uitzendkrachten.

De lage groei van de inkoopkosten is vooral veroorzaakt door een daling van de algemene kosten (Figuur 14). Instellingen zijn zuinig geweest met zaken als ICT en externe inhuur. Ook de kosten van onderhoud zijn licht gedaald. Dit is op zich te verklaren, aangezien de beddenscapaciteit niet is toegenomen en de prijzen in de bouwsector onder druk staan. Ondertussen zijn de kosten voor voeding wel gestegen met 2,8%, tegen een inflatie van levensmiddelen van 2% in Nederland. Dit moet dus wel iets zuiniger kunnen. De patiëntgebonden kosten stegen zelfs met

14. Stijging inkoopkosten beperkt door lagere algemene kosten

Inkoopkosten en voorzieningen VVT-sector
[EUR mln]

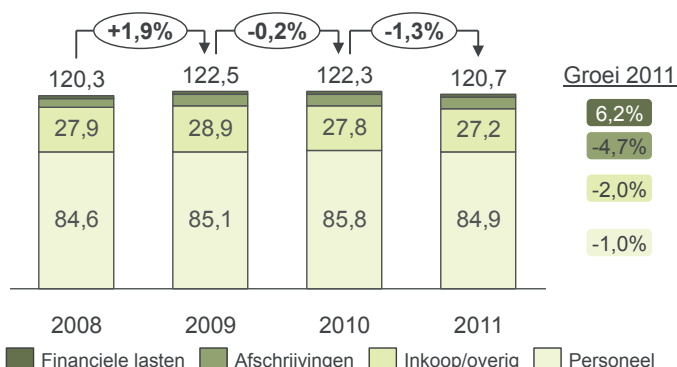


8,6%. Een mogelijke oorzaak is de toename in het aantal cliënten met een medische behandeling, waardoor de inkoopkosten van medicijnen gegroeid zijn.

Zeker in de medische inkoop ligt een uitdaging voor de sector. De toegenomen verantwoordelijkheid voor de inkoop van medicijnen en hulpmiddelen brengt namelijk risico's met zich mee,

15. Daling bedieningskosten doorgezet

Bedieningskosten
[EUR per gewogen cliënteenheden¹]



1. 2011 kostenniveau; kosten 2008/2009/2010 zijn gecorrigeerd voor CPI inflatiecijfers

vooral door de kleine schaal en beperkte expertise. Zo hebben apothekers een forse kennisvoorsprong in elke prijsonderhandeling, bijvoorbeeld over de prijzen van generieke medicatie, haalbare substitutiegraden en drijvers van leveringskosten. De sector kan een grote stap zetten in het inkoopresultaat door het vormen van inkoopcombinaties of – waarschijnlijk nog effectiever – samenwerking met grote verzekeraars. Om de kwaliteit te verbeteren zou een gezamenlijke monitor van het medicijngebruik (bijvoorbeeld het gebruik van antidepressiva) zeer waardevol zijn.

2.3. Productiviteit

Ziekteverzuim met 6% stabiel maar relatief hoog

Na een kleine daling van het ziekteverzuim in 2009 en 2010 is het ziekteverzuim in de VVT-sector iets gestegen, maar ligt steeds rond de 6%. Wel opvallend is dat dit verzuimpercentage al jaren aanzienlijk hoger ligt dan gemiddeld in Nederland (4,2% in 2011) en dan in de gezondheidszorg als geheel (4,4% in 2011)¹. Of dit hogere ziekteverzuim te wijten is aan de hoge werkdruk of de fysieke aard van het werk is onduidelijk. Dit hoger dan gemiddelde ziekteverzuim zorgt voor minimaal EUR 150 mln extra kosten. Meer aandacht voor preventie en reductie van ziekteverzuim is daarom wenselijk. Het feit dat ruim 25% van de VVT-instellingen een ziekteverzuim heeft van onder de 5% toont aan dat het anders kan.

Stijging productiviteit

De kostenproductiviteit is in 2011 gestegen met ongeveer 1,3%, na correctie voor prijsinflatie (Figuur 15). Met andere woorden: er zijn per uitgegeven euro 1,3% meer cliënten geholpen in intramurale en extramurale zorg samen. Als je dit feit combineert met de toename in zorgzwaarte van 2% intramuraal, dan lijkt de kostenproductiviteit zelfs nog iets verder te zijn toegenomen. Dit is goed nieuws voor de sector: het is gelukt om meer mensen te helpen en meer uren zorg te leveren tegen lagere kosten. De productiviteitswinst is gedreven door minder afschrijvingskosten, minder inkoopkosten en minder personeelskosten per cliënteenheden. De rentekosten per cliënteenheden zijn juist flink gestegen. In de komende jaren zal de sector voor een enorme uitdaging staan: verhogen van de kostenproductiviteit bij een dalende totale vraag. In een krimpende markt is het extra moeilijk om de productiviteit op een hoog niveau te houden, omdat omzet verdwijnt en kosten alleen verdwijnen bij actief ingrijpen.

De hier gehanteerde maat voor productiviteit is natuurlijk per definitie beperkt: het is niet meer dan de productie (dagen, uren) gedeeld door de gemaakte kosten. Het zegt niets over het nut van deze productie of de geleverde kwaliteit. Je kan de productiviteit in de intramurale zorg doen stijgen door simpelweg min-

¹ CBS statline: Ziekteverzuimpercentage; bedrijfstakken (SBI 2008) en bedrijfsgrootte.

der zorg te leveren. In de thuiszorg kan de productiviteit stijgen door veel meer zorg te leveren in langere zorgmomenten. Dat is dan misschien wel productief, maar zeker niet effectief.

3. Marktentwikkelingen

In dit hoofdstuk analyseren we de verschuivingen in de markt, de ontwikkelingen in concurrentie-intensiteit en de fusies die hebben plaatsgevonden.

3.1. Marktverschuivingen

Opnieuw sterke dynamiek thuiszorg en rust intramuraal

Ook in 2011 laat de thuiszorgmarkt een sterke dynamiek zien: driekwart van de grote instellingen is meer dan 5% gegroeid of gekrompen (Figuur 16). De dynamiek in de intramurale zorg valt daarbij in het niet: 80% zag de productie vrijwel onveranderd. Dit verschil in dynamiek is een logisch gevolg van het verschil in toetredingsmogelijkheden en groeiruimte. Vanwege de extramuralisering verwachten wij de komende jaren veel meer dynamiek in de verzorgingshuiszorg.

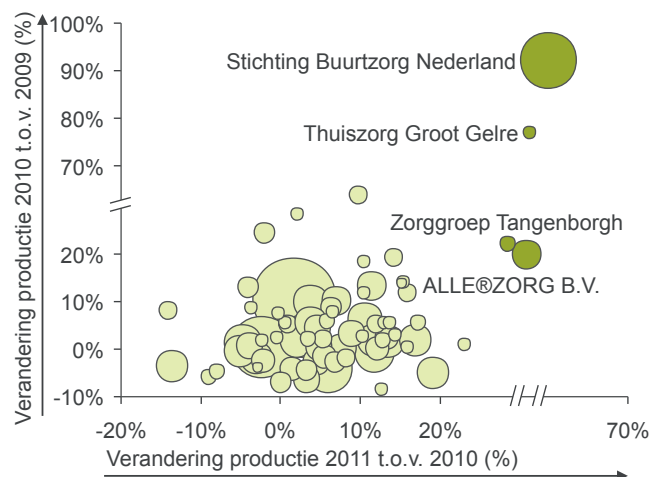
De grote groei van Buurtzorg is opvallend (Figuur 17). Al jaren op rij is zij de snelst groeiende instelling, maar een groei van 800.000 uur zorg in één jaar is ongekend. Buurtzorg neemt hiermee ruim 20% van de totale extramurale groei in Nederland voor haar rekening. Ook Allertzorg, Thuiszorg Groot Gelre en Zorggroep Tangenborgh laten al twee jaar op rij een sterke groei van hun extramurale productie zien.

Verschillen in dynamiek thuiszorg tussen gemeenten

De dynamiek in de thuiszorg is ook goed zichtbaar op gemeentenniveau (Figuur 18). Wel zijn de verschillen groot. Waar in sommige gemeenten in 2011 minder dan 2,5% marktaandeel tussen

17. Buurtzorg al twee jaar snelste groeier

Vergelijking ontwikkeling extramurale productie 2010 en 2011¹
[% groei 2009-2010-2011, omvang bol is aantal extramurale uren]



¹ Extramurale instellingen alleen meegenomen als productie >100.000 uur p/j

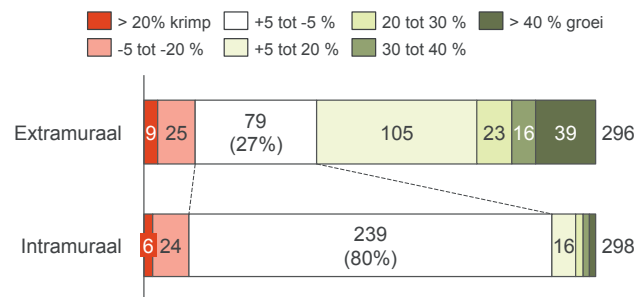
aanbieders verschoof, zijn er ook gemeenten waar meer dan 17,5% verschoof. In deze gemeenten hebben nieuwe toetreders productie weten weg te snoepen bij de gevestigde orde. Op landelijk niveau is de dynamiek² in 2011 hetzelfde als in 2010.

Concurrentie thuiszorg neemt toe, maar varieert per gemeente

Als we kijken naar de concentratie van aanbieders in de thuiszorg per gemeente, dan zien we dat deze de afgelopen drie jaar langzaam is afgenomen. Anders gezegd, er zijn gemiddeld meer aanbieders per gemeente en de concurrentie is dus toegenomen. Enerzijds is dit een positieve ontwikkeling omdat dit de keuzemogelijkheid van cliënten verbetert en de inkooppositie van zorgkantoren versterkt. Anderzijds kent veel concurrentie ook negatieve kanten. Immers, als binnen een bepaalde wijk meerdere thuiszorgorganisaties actief zijn, dat resulteert dit netto in meer reistijd. Bijvoorbeeld wanneer bij twee bureaus zorg wordt geleverd door verschillende aanbieders en er dus twee keer gereisd moet worden in plaats van één keer. In theorie moet in de markt een evenwicht ontstaan tussen mate van concurrentie, prijs en kwaliteit.

16. Dynamiek thuiszorg groter dan intramuraal

Vergelijking ontwikkeling productie extra- en intramuraal zorg
[groei 2010-2011, aantal instellingen¹]

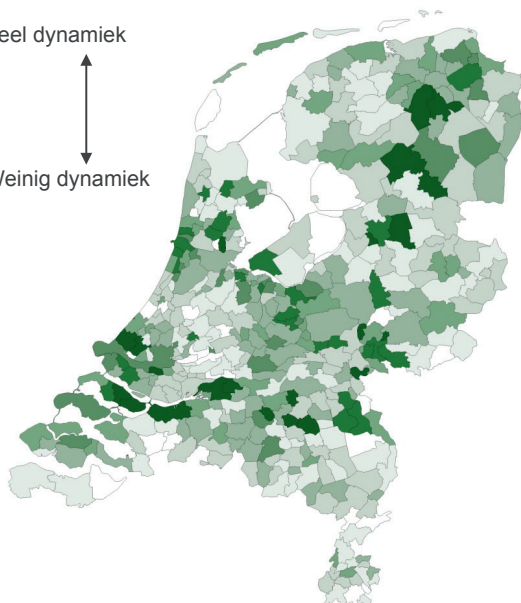
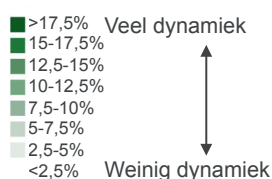


¹ Extramurale instellingen alleen meegenomen als productie >10.000 uur per jaar. Intramurale instellingen alleen meegenomen met productie >20.000 dagen per jaar.

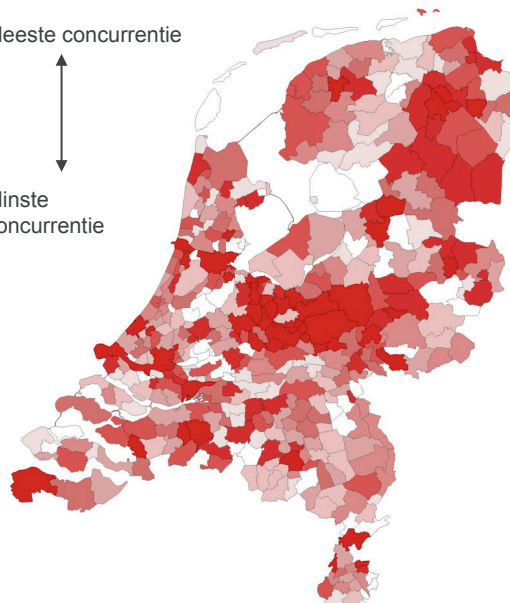
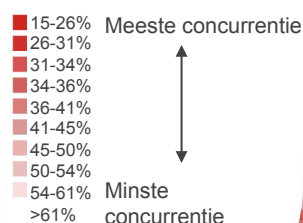
² De marktverschuivingsintensiteit is berekend op basis van de marktverschuivingsindex (MVI). De MVI is de som van de verandering van marktaandelen van aanbieders die marktaandeel wonnen, t.o.v. voorgaand jaar.

18. Grote verschillen in dynamiek thuiszorgmarkt tussen gemeenten

Marktverschuivingen thuiszorg binnen gemeenten
[marktverschuivingsintensiteit¹ VP/PV, 2011 t.o.v. 2010]



Concurrentie-intensiteit thuiszorg per gemeente
[HHI² obv VP en PV, 2011]



1. De marktverschuivingsintensiteit is berekend op basis van de marktverschuivingsindex (MVI). De MVI is de som van de verandering van marktaandeel van aanbieders die marktaandeel wonnen, tov voorgaand jaar.
2. De HHI (Herfindahl-Hirschman-index) is een maat voor de concentratie (marktaandeel) en daarmee concurrentie-intensiteit in een bedrijfstak. De HHI is de som van de kwadraten van marktaandelen. Een score van 100% geeft aan dat sprake is van een monopolie.

De vraag is of dit in een gereguleerde markt zonder veel prikkels tot doelmatigheid en transparantie over kwaliteit ook het geval is.

Als we kijken naar de concentratie van de thuiszorgaanbieders binnen verschillende gemeenten dan zien we ook een sterke variatie. Bepaalde gebieden hebben heel weinig aanbieders (Schiermonnikoog heeft zelfs maar één aanbieder), terwijl in gemeenten als Amsterdam, Bussum en de Utrechtse Heuvelrug veel aanbieders actief zijn. Gemeenten met opvallend weinig concurrentie ten opzichte van het aantal 75+'ers zijn Alphen aan den Rijn, Kerkrade en Spijkenisse.

3.2. Productmix thuiszorg

Zoals we eerder zagen is de thuiszorg de belangrijkste groeimotor in de ouderenzorg geweest in de afgelopen jaren. Algemeen

wordt aangenomen dat dit het gevolg is van overheidsbeleid en daarmee zorgkantoren om mensen zo lang mogelijk 'thuis' te laten wonen. Onderzoeken naar het waar en waarom van deze groei zijn echter schaars. In deze sectie proberen wij enig licht in deze duisternis te scheppen. Grofweg bestaat thuiszorg uit drie producten, te weten persoonlijke verzorging (PV), verpleging (VP) en begeleiding (BG). PV wordt verreweg het meeste geleverd.

Groei thuiszorg gedreven door meer persoonlijke verzorging

Als we inzoomen op de ontwikkeling van de productie van PV en VP over de afgelopen jaren³, dan zien we dat de groei in de thuiszorg vooral gedreven is door toename van PV (Figuur 19)⁴. Dit type zorg is in 2010 en 2011 met respectievelijk 5,2% en 6,1% toegenomen. VP laat een stijging van slechts 1,5% zien. Ondanks een ogenschijnlijk lichtere productmix is het gemiddelde uurtarief van de thuiszorgproductie nagenoeg gelijk gebleven⁵ door een lichte stijging van het gemiddelde tarief bij PV.

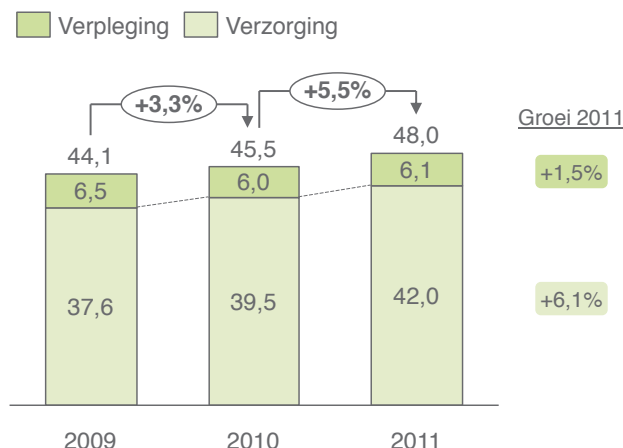
³ BG is pas sinds halverwege 2010 eigen-bijdrageplichtig en daarom voor die tijd geen (betrouwbare) data van CAK beschikbaar.

⁴ Aantallen en percentages thuiszorgproductie wijken enigszins af van eerder gerapporteerde data, door gebruik van CAK data van alle instellingen in tegenstelling tot jaarverslaggegevens van alleen WT-instellingen.

⁵ Producten en onderliggende prestaties gewogen naar NZA-tarieven 2011.

19. Groei thuiszorg vooral in Verzorging

Ontwikkeling Verpleging en Verzorging in uren
[uren x mln, 2009-2011; % groei 2011-2010]

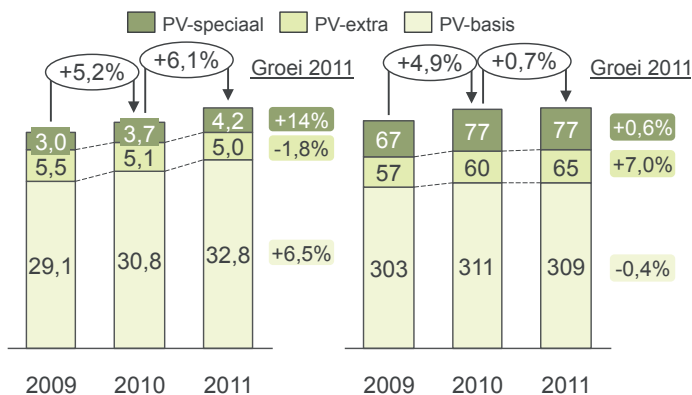


Toename Verzorging niet verklaard door groei aantal cliënten

Binnen persoonlijke verzorging wordt de stijging in productie vrijwel volledig verklaard door meer uren per klant. Het aantal klanten nam met 'slechts' 0,7% toe (Figuur 20). Op prestatieniveau laat de ontwikkeling van uren en cliënten opvallend genoeg een tegengestelde trend zien; bij PV-basis en PV-speciaal⁶

20. Sterke toename Verzorging verklaard door meer uren per cliënt

Ontwikkeling Verzorging naar uren en unieke cliënten
[uren x mln, cliënten x 1.000, 2009-2011]

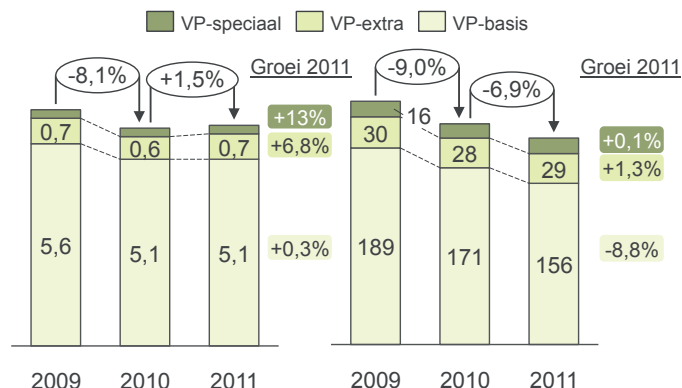


⁶ PV-zorg bij cliënten waarbij het kan voorkomen dat buiten de afgesproken tijden hulp wordt ingeroepen.

⁷ PV-zorg met complexe hulpvraag of chronische gezondheidsprobleem waarbij speciale deskundigheid of kennis nodig is.

21. Kleine stijging Verpleging na daling in 2010, maar wel bij minder cliënten

Ontwikkeling Verpleging naar uren en unieke cliënten
[uren x mln, cliënten x 1.000, 2009-2011]



nam het aantal uren toe terwijl het aantal cliënten juist af nam, terwijl bij PV-extra⁷ juist minder uren bij meer cliënten werden geleverd. Dit kan te maken hebben met een verschuiving van verpleging naar PV-speciaal.

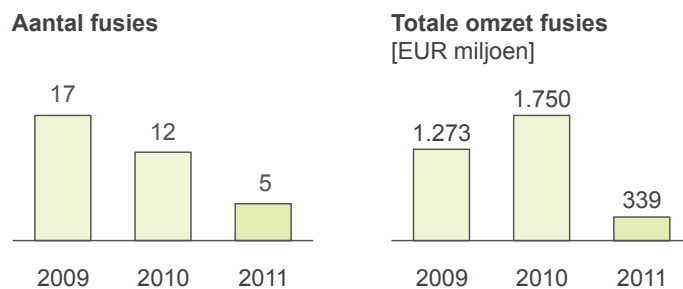
Stijging Verpleging na daling in 2010, wel bij minder cliënten

Verpleging liet in 2011 opnieuw een daling van het aantal unieke cliënten zien, dit keer met 6,9% ten opzichte van 9% in 2010 (Figuur 21). Ook hier houdt de ontwikkeling van de uren geleverde zorg geen gelijke tred houdt met het aantal cliënten. Wij denken dat de trends in verpleging en verzorging naar meer uren per cliënt niet volledig verklaard kunnen worden door hogere zorgwaarde, daarvoor is de stijging in twee jaar tijd te groot. De komende jaren zullen productieprijken veranderen naar integrale kosten per cliënt: een uitgelezen kans om de trend van meer uren per cliënt om te buigen.

3.3. Fusies

In 2011 vonden er minder en kleinere fusies plaats dan in 2010 (Figuur 22). Waar in 2010 in termen van omzet nog 11,5% van de VVT-sector in fusies verwickeld was, daalde dit in 2011 naar 2,3%. De vraag is hoe dit zich in de komende jaren zal ontwikkelen. Door enerzijds bezuinigingen en anderzijds overheveling van verantwoordelijkheden naar gemeenten is te verwachten dat instellingen strategische samenwerkingsverbanden opzoeken om de toekomst 'versterkt' tegemoet te treden. Dit is waarschijnlijk verstandig omdat het kan leiden tot duidelijkere

22. Minder fusies dan voorgaande jaren



portfoliokeuzes en hogere productiviteit. De bezuinigingen zullen inherent veroorzaken dat tarieven en daarmee kostprijzen naar beneden gaan. In het verleden leidden fusies regelmatig tot organisaties met meer in plaats van minder overheadkosten. De kunst de komende jaren zit hem in het echt 'lean en mean' maken van de ondersteunende diensten. Daarmee worden niet alleen kosten bespaard maar kan ook de regie meer bij de medewerkers komen te liggen. Alleen op die manier dragen fusies bij aan een sterkere organisatie.

4. Impact regeerakkoord

In dit hoofdstuk analyseren we de implicaties van de voorgenomen bezuinigingen en de overheveling van een groot deel van de ouderenzorg naar gemeentes.

4.1. Gevolgen voorgenomen bezuinigingen

Regeerakkoord heeft forse financiële gevolgen

In het recente regeerakkoord zijn bezuinigingen van EUR 2,5 – 3 mrd voorgesteld in de ouderenzorg. Het exacte bedrag is onbekend, omdat bezuinigingen ook in de gehandicaptenzorg plaatsvinden en het een stapeling betreft met eerder afgesproken ombuigingen. Hoe de kortingen ook exact uitvallen, de hoogte van het bedrag is ongekend. Het budget voor ouderenzorg is sinds 1970 immers elk jaar gegroeid. Ook de tijdslijn getuigt van ambitie: in 2015 moet een groot deel al gerealiseerd zijn. Een voorbereidingstijd van twee jaar is krap en zal het uiterste vergen van de aanbieders, de cliënten en de financiers.

De gevolgen van de bezuinigingen voor zorgaanbieders hangen af van accenten in de portfolio en het lokale marktaandeel. Ook is de impact onzeker omdat we niet weten hoe mensen zullen reageren op een minder ruimhartige vergoeding. Gaan ze de zorg die wegvalt zelf betalen? Vragen ze een mantelzorger om te helpen? Of proberen mensen het zelf te rooien zo goed en kwaad als dat gaat, omdat er simpelweg geen andere mogelijkheid is? Met deze onzekerheden in het achterhoofd volgt nu een overzicht van de verwachte gevolgen per product.

Focus in 2014: huishoudelijke hulp en dagbesteding

De grootste bezuiniging (-75%) is voorgesteld in de huishoude-

lijke hulp (Figuur 23). Deze wordt sterk versoerd en zal alleen blijven bestaan voor zeer kwetsbare mensen met een laag inkomen, die niet in staat zijn om het huishouden zelf te organiseren. Wij verwachten dat de markt voor huishoudelijke hulp zal instorten, omdat mensen weer zelf gaan schoonmaken, dan wel iemand inhuren in het zwarte circuit. Daar kost huishoudelijke hulp maar EUR 10-15 per uur, in plaats van de huidige EUR 18-22 die zorginstellingen ontvangen. Wellicht kunnen instellingen een deel van hun verlies voorkomen door in de markt voor private alfhulpen te stappen, maar eenvoudig zal dit niet zijn.

Ook de dagbesteding wordt uitgekleeft, maar de snelheid waarmee dit zal gebeuren is nog niet uitgekristalliseerd. De vraag is in hoeverre mensen de dagbesteding willen en kunnen voortzetten met eigen financiële middelen. Wij verwachten dat een groot aantal mensen dit niet zal kunnen, aangezien tenminste de helft van de mensen die gebruikmaken van dagbesteding een laag inkomen heeft. Dit gaat gevolgen hebben voor de werkgelegenheid. Saneringen zijn onvermijdelijk.

Veranderingen in 2015: begeleiding en verzorging

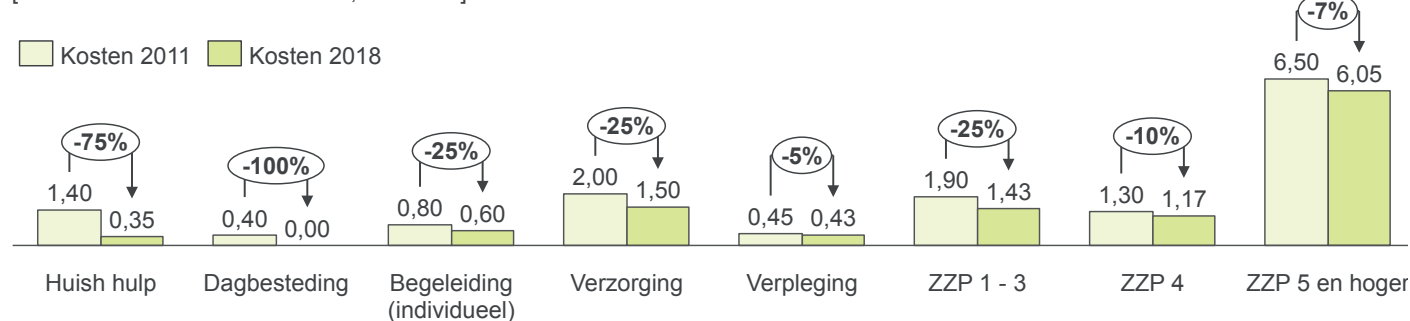
In de extramurale begeleiding en verzorging is een bezuiniging van EUR 1,7 miljard voorgesteld die al voor een groot deel ingaat in 2015. Deze bezuiniging wordt ook verdeeld over ZZP 1-3 en gehandicaptenzorg, waardoor de totale ombuiging waarschijnlijk ongeveer een kwart van het totale budget van extramurale begeleiding en verzorging omvat.

De vraag is in hoeverre mensen bereid zijn om zelf voor verzorging en begeleiding te betalen. Wij verwachten dat die bereidheid beperkt is, om twee redenen. Ten eerste hebben veel zorggebruikers een kleine portemonnee: 50% heeft een laag

23. Regeerakkoord heeft forse financiële gevolgen, afhankelijk van product

Benadering van beoogde bezuiniging per product

[verwachte kosten 2011 en 2018, EUR mrd]



Exacte effecten afhankelijk van nadere uitwerking regeerakkoord en keuzes van ouderen (intramuraal of thuis, wel of niet bijbetalen)

inkomen (AOW plus een beetje) en 35% een middeninkomen. Ten tweede zal 75% van de zorg wel vergoed blijven worden. Misschien vinden mensen dat wel genoeg, of in ieder geval niet zo weinig dat ze geld willen bijbetalen voor meer zorg.

Vanaf 2017: bezuiniging ZZP 4 en hoger

De voorgestelde bezuinigingen in ZZP 4 en de zwaardere intramurale zorg (ZZP 5 en hoger) zijn pas vanaf 2017 ingeboekt. Dit betekent dat zorginstellingen nog enige tijd hebben om zich voor te bereiden. Omdat in de budgettering ook rekening wordt gehouden met demografische groei, verwachten wij dat de gevolgen in de praktijk meevallen. Bij de keuze waar te bezuinigen zal de overheid kijken naar praktijkvariatie, zo staat te lezen in het regeerakkoord. Wat precies met 'praktijkvariatie' wordt bedoeld is niet duidelijk, maar uit onze studie van vorig jaar⁸ blijkt dat de gevolgen regionaal fors kunnen uitpakken. Wij vergeleken toen de werkelijke capaciteit voor zware intramurale zorg per zorgregio met de verwachte capaciteit op basis van demografische kenmerken van de regio. Verschillen van -20% en +20% bleken geen uitzondering.

4.2. Gevolgen overheveling naar gemeenten

Het recentelijk afgesloten regeerakkoord tussen VVD en PvdA zal grote effecten hebben op de ouderenzorg in Nederland. Naast flinke bezuinigingen is immers ook een overheveling van AWBZ naar WMO uitgevoerd door gemeenten gepland. In deze sectie schetsen wij de gevolgen van dit voorgenomen beleid.

Scheiden inkoop PV en VP kan leiden tot fragmentatie

In 2011 ontvingen 380.000 Nederlanders thuiszorg in de vorm van PV of VP (Figuur 24). Een derde van hen kreeg beide soorten zorg. Dit werd bijna altijd door dezelfde aanbieder geleverd. Behalve dat dezelfde zorgaanbieder de zorg levert, zijn het regelmatig ook dezelfde medewerkers; een verpleegkundige die de stoma van de cliënt verzorgt (VP) en de cliënt ook gelijk wast (PV).

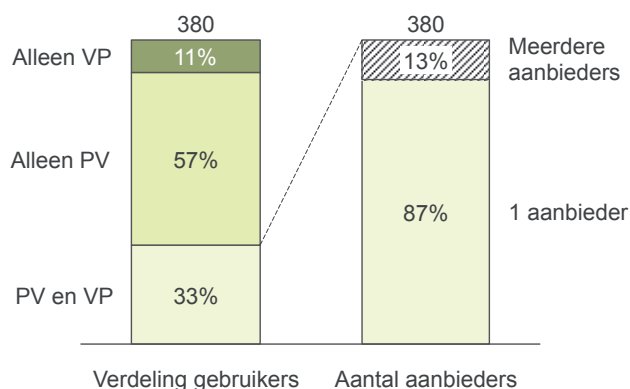
Door de inkoop van PV en VP te scheiden, ontstaat het risico dat mensen bij twee loketten moet aankloppen voor thuiszorg, namelijk bij de gemeente voor PV en bij de zorgverzekeraar voor VP. Vanuit ieders standpunt waarschijnlijk een onwenselijke situatie, vooral doordat het vrijwel altijd om kwetsbare ouderen met beperkingen gaat. Het wordt echter nog erger als een gemeente besluit PV te laten leveren door een aanbieder die niet voor VP is gecontracteerd door de zorgverzekeraar of andersom.

In dat geval moet de cliënt niet alleen bij twee loketten aankloppen voor financiering, maar krijgt zij ook nog eens hulp van twee organisaties en dus minimaal twee keer zo veel zorgver-

24. Een derde cliënten ontvangt PV en VP, meestal van dezelfde aanbieder

Aantal gebruikers thuiszorg per groep

[Aantal x 1.000, 2011]



leners. Iedereen die in de thuiszorg actief is weet dat de 'vele verschillende gezichten' op dit moment verreweg de grootste klacht van cliënten en familie is over de thuiszorg. Wanneer de informatieoverdracht tussen organisaties niet optimaal is, komt bovendien de kwaliteit van de zorg in het geding. Ook zal er minimaal dubbel zo veel reistijd ontstaan, wat de kosten zal verhogen in plaats van verlagen. Tot slot bestaat het risico dat gemeenten en verzekeraars onder kostendruk naar elkaar verwijzen als het geschikte loket voor de betreffende zorgvraag. Kortom, voor cliënten en zorgaanbieders heeft de scheiding tussen PV en VP flink wat haken en ogen.

Maar wat zijn de alternatieven? Dat gemeenten en zorgverzekeraars de handen ineenslaan en er voor kiezen dat zij elkaar representeren in de zorginkoop lijkt onwaarschijnlijk. Dan kan immers net zo goed het hele budget bij één partij worden ondergebracht. Het is voor zorgverzekeraars ook bijna onmogelijk om met meer dan 400 gemeenten afspraken te maken. Er lijkt een rol weggelegd voor de VNG, maar in welke vorm? Gemeenten zullen een bepaalde mate van vrijheid in beleid willen behouden. Gelukkig moet beleidsuitwerking nog volgen en kunnen partijen om de tafel om voor deze haken en ogen een goede oplossing te vinden.

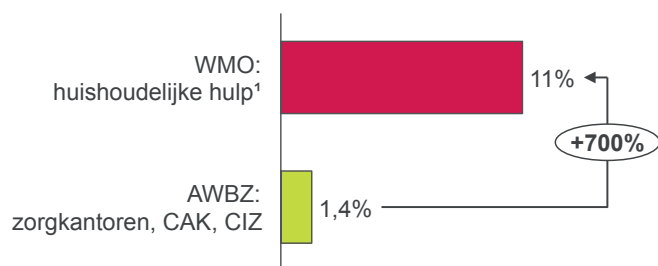
Hoge administratiekosten liggen op de loer

Het is de vraag of gemeentes hun inkooprol doelmatig kunnen invullen. Bij de overheveling van huishoudelijke hulp van zorgkantoren naar gemeenten zijn de administratiekosten namelijk geëxplodeerd (Figuur 25). De beheerskosten in de WMO zijn 8x zo hoog als in de AWBZ: van elke euro wordt door gemeentes 11 cent al uitgegeven voordat het geld de zorgaanbieder heeft be-

⁸ Zorg voor later – VWT studie 2011 – Gupta Strategists. Zie: <http://www.gupta-strategists.nl/studies/>

25. Beheerskosten WMO 8x hoger dan AWBZ

Uitvoeringskosten WMO versus AWBZ¹
[% van totale uitgaven, 2011]



1. Dit is een benadering door de kosten van zorgkantoren, het CAK en het CIZ op te tellen. In werkelijkheid is een deel van de kosten van het CAK en het CIZ toe te rekenen aan de WMO. Dan zou het verschil nog groter uitpakken.

reikt. De hoofdoorzaak is het gebrek aan schaal. Er zijn meer dan 400 gemeentes die stuk voor stuk investeren in kennis, kunde en infrastructuur. Dat is vragen om problemen en zonde van het geld, zo blijkt.

Kijkend naar persoonlijke verzorging bedroegen de beheerskosten van alle zorgkantoren samen ongeveer EUR 25 mln (Figuur 26). Hierbinnen valt niet alleen de zorginkoop, maar ook het onderhoud van ICT-systemen en wachtlijstbeheer. Uitgaand van gelijkblijvende kosten, krijgt een gemiddelde gemeente een bud-

get van maximaal 60.000 euro voor de uitvoering voor PV. Het zal niet meevallen voor gemeenten om voor een dergelijk budget de benodigde capaciteit, kennis en kunde in huis te halen.

Praktijkvariatie bemoeilijkt de budgetverdeling

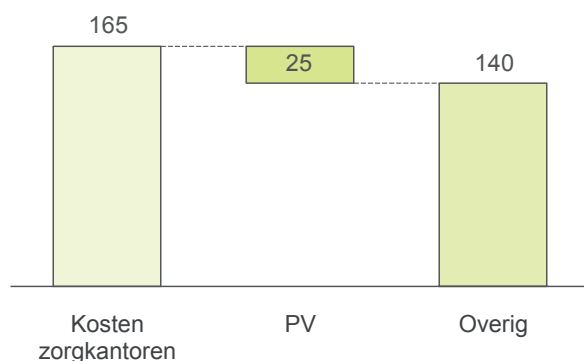
Bij de overheveling van persoonlijke verzorging naar gemeenten speelt ook de vraag van budgetverdeling: hoe gaat worden bepaald welke gemeente hoeveel geld krijgt?

Bij de overheveling van huishoudelijke hulp naar gemeenten in 2007 koos men in eerste instantie voor een budgetverdeling op 'historische gronden', oftewel het geld dat vorig jaar naar cliënten in een bepaalde gemeente ging, bepaalt de hoogte van het budget in het komende jaar⁹. Doordat veel partijen bezwaar maakten tegen deze methodiek, is er vanaf 2008 een nieuwe systematiek geïntroduceerd waarbij kenmerken van inwoners (bijvoorbeeld leeftijd, gezinssamenstelling, inkomen etc.) het budget bepalen. Vanwege de aanzienlijke budgetverschuivingen is een transitie-model ontwikkeld, de zogenaamde suppletiering. Deze regeling is nog steeds van toepassing.

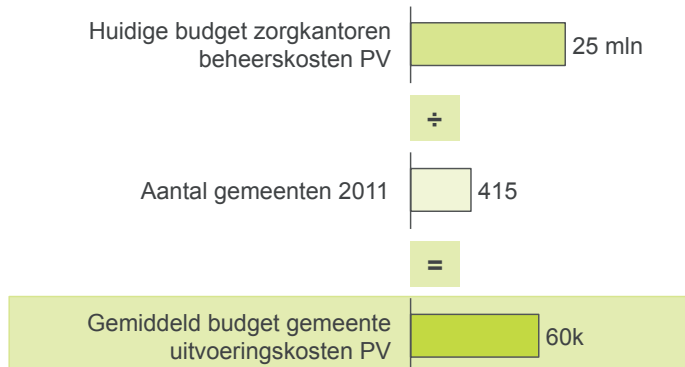
Het is onvermijdelijk dat een discussie over de verdelingsgronden opnieuw gaat opblazen bij de overheveling van PV naar de WMO. Er bestaat namelijk een sterke variatie tussen gemeenten in de hoeveelheid zorg die wordt geleverd ten opzichte van wat je zou verwachten op basis van demografische kenmerken¹⁰ (Figuur 27). In sommige gemeenten wordt zelfs de helft minder zorg gebruikt dan je op basis van demografie zou verwachten. Aan de andere kant zijn er ook gemeenten waarbij het zorggebruik dubbel zo hoog is als verwacht. Wij hebben in onze analyses niet voor alle factoren die in het huidige verdeelmodel

26. Gemeenten zouden bij de overheveling van verzorging slechts EUR 60k extra beheersbudget krijgen

Schatting beheerskosten zorgkantoren hele AWBZ en PV¹
[EUR mln, 2011]



Beheersbudget² per gemiddelde gemeente

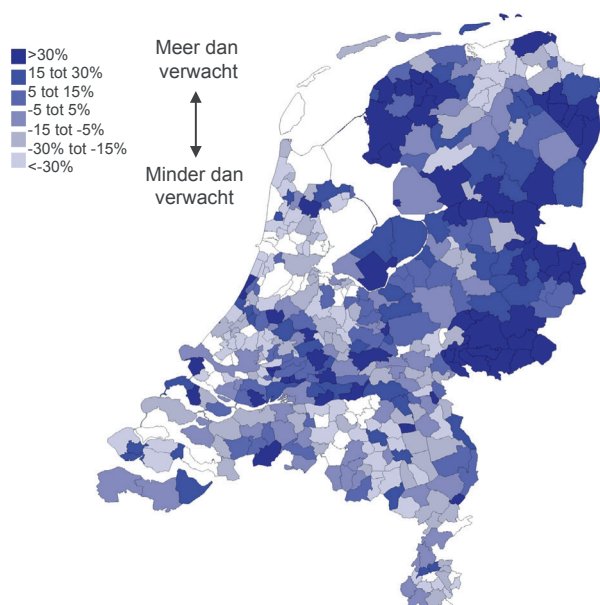


1. Beheerskosten PV geschat obv percentage PV-uitgaven tov AWBZ-uitgaven (8%; CAK en CVZ 2011) en percentage PV-indicaties tov totale indicaties (22%; CIZ 1-1-2012). Gemiddelde van deze ratio's (15%) gebruikt als proxy voor beheerskosten PV in totale AWBZ beheerskosten
2. Dit is alleen het beheersbudget voor de extramurale verzorging; daar zou ook nog iets bij komen voor begeleiding en ZZP 1-4

27. Het gebruik van verzorging per gemeente verschilt aanzienlijk van de demografische verwachting

Praktijkvariatie PV per gemeente

[PV geleverd t.o.v. demografische verwachting¹, 2011]



1. De demografische verwachting t.a.v. zorggebruik is bepaald door op NL-niveau zorggebruik per leeftijd, geslacht en SES-groep te berekenen. De eventuele variatie in gebruik ZZP 1-4 is hier nog niet meegenomen.

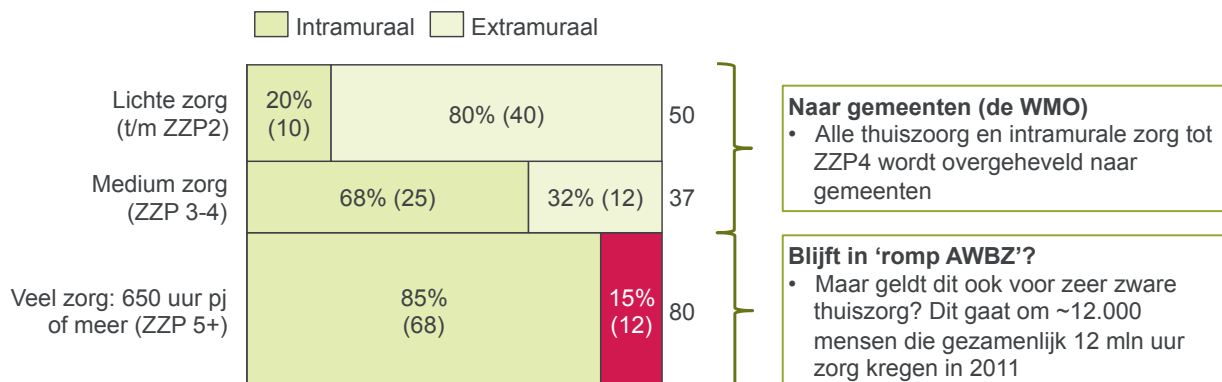
Gemeenten met meeste en minste PV t.o.v. verwacht

[% en EUR mln PV meer geleverd dan verwacht, 2011]

Muiden (N-H)	-78%	-0,6
Weesp (N-H)	-63%	-1,6
Waterland (N-H)	-51%	-0,9
Ouder-Amstel (N-H)	-50%	-0,9
Hilvarenbeek (N-B)	-46%	-0,7
Uithoorn (N-H)	-46%	-1,4
Amstelveen (N-H)	-46%	-5,8
Westland (Z-H)	-46%	-5,5
Eemnes (UTR)	-45%	-0,3
Bernisse (Z-H)	-44%	-0,6
Twenterand (OVE)	77%	3,0
Veendam (GRO)	78%	3,7
Zwartewaterland (OVE)	81%	1,9
Borne (OVE)	89%	2,5
Strijen (Z-H)	90%	1,0
Menameradiel (FRL)	90%	1,5
Montfoort (UTR)	92%	0,8
Bronckhorst (GLD)	105%	6,0
Westervoort (GLD)	111%	1,6
Tubbergen (OVE)	127%	3,3

28. Hoort zware thuiszorg straks in de 'romp AWBZ' of in de WMO?

Verdeling geleverde zorg tussen thuiszorg en intramurale zorg¹ [% , [mln uren], 2011]



1. Optelling van begeleiding, verzorging en verpleging. Dus exclusief huishoudelijke hulp

voor de WMO gebruikt worden kunnen corrigeren. Leeftijd en geslacht zijn wel een belangrijke voorspeller van zorggebruik op landelijk niveau. Het lijkt daarom valide om aan te nemen dat een aanzienlijke praktijkvariatie in de ouderenzorg bestaat, die niet door patiëntkenmerken verklaard kan worden. Het kan om enkele miljoenen euro's per gemeente gaan. Grondig onderzoek naar de oorzaken van deze praktijkvariatie is nodig om een verdeelmodel op te stellen waar de betrokken partijen zich in kunnen vinden. Dit is goed mogelijk, maar het vereist een feitelijke basis, lange adem en sterk commitment van alle partijen.

Afbakening 'romp AWBZ' vergt zorgvuldige afweging

In het regeerakkoord is afgesproken dat de 'romp AWBZ' alleen bedoeld is voor zware verpleeghuiszorg, vanaf ZZP 5 en hoger. Ook is aangegeven dat de exacte afbakening nog goed moet worden onderzocht. Uit onze analyse blijkt dat er een groep van 12.000 mensen bestaat die thuis zeer zware zorg krijgt, net zo veel als mensen met ZZP 5 of hoger (Figuur 28). Dit gaat om 2 uur zorg per dag, het hele jaar door. Dit is een vrij grote groep, het is zelfs 20% van alle thuiszorg die op dit moment wordt gegeven aan mensen.

⁹ <http://www.invoeringwmo.nl/onderwerpen/financi%C3%ABn-wmo>

¹⁰ Het verschil tussen geleverde zorg en demografische verwachting is bepaald door op NL-niveau zorggebruik per leeftijd, geslacht en SES-groep te bepalen en dat af te zetten tegen werkelijk zorggebruik.

5. Strategische implicaties voor zorginstellingen en overheid

In dit hoofdstuk beschrijven wij de strategische uitdagingen voor zorginstellingen en financiers als gevolg van het regeerakkoord.

5.1. Strategische implicaties voor zorginstellingen

De bezuinigingen zullen direct doorwerken op zorginstellingen, omdat mensen beperkt in staat (of bereid) zijn om bij te betalen. In deze wereld van krimp staan zorginstellingen voor een lastige opgave. Wij denken dat instellingen op vier punten voorbereidingen moeten treffen (Figuur 29).

Mindset van krimp

Mensen werkzaam in de ouderenzorg zijn onafgebroken groei gewend. De voorgestelde bezuinigingen zijn dus echt uniek in de geschiedenis van de ouderenzorg. De 'mindset van groei' is voor iedereen een vanzelfsprekendheid geworden. Bestuurders van zorginstellingen zullen met hun medewerkers en cliënten de transitie doormaken naar wat wij de 'mindset van krimp' noemen.

Een wereld van krimp ziet er namelijk anders uit. Zo zal de eeuwige krappe arbeidsmarkt een stuk ruimer zijn. Ook is het te verwachten dat het natuurlijke verloop daalt, omdat medewerkers bang zijn om hun baan te verliezen. In de cliëntenzorg ontstaan lastige dilemma's: wie heeft de zorg echt nodig, en bij wie kan

het een onsje minder? Wat kunnen mensen zelf en hoe kunnen wij ze daar nog beter dan nu bij helpen? Ook ondersteunende functies krijgen een andere rol. Zo verwachten wij dat het aantal mensen dat aanspraak mag maken op ouderenzorg zal instorten wanneer lichte zorg niet meer wordt vergoed. Dit verlaagt de administratieve lasten zo enorm dat de helft van de mensen in administratie misschien niet meer nodig is. Klantfocus en doelmatigheid zullen veel belangrijker worden. Het is belangrijk dat zorgorganisaties zich instellen op deze nieuwe wereld en het gesprek aangaan met hun omgeving over de gevolgen.

De onzekerheid is op veel onderdelen groot. Hoe ziet de inkoop door gemeenten er straks uit, hoe veel gaan mensen zelf betalen, hoeveel intramurale capaciteit zal blijven bestaan, moet de facilitaire dienst inkrimpen of niet, enzovoort. Allemaal belangrijke vragen, waarop nu slechts eerste contouren van antwoorden bestaan. Om snel in te kunnen spelen op veranderingen die zich voordoen is het belangrijk om inzicht te hebben in de flexibiliteit van de kostenstructuur en deze flexibiliteit waar mogelijk te vergroten.

Het is verstandig om allereerst te analyseren hoeveel flexibiliteit er nu zit in de organisatie bij verschillende scenario's van krimp. Daarbij gaat het om de volgende onderdelen:

- Personeelskosten: welk deel van de kosten is flexibel? Uitzendkrachten, nul-urencontracten, mensen die structureel boven contracturen werken, verwacht verloop?

29. Vier strategische implicaties voor VVT-instellingen



- Materiële kosten: welke kosten zijn vast, welke variabel, zijn er volumeverplichtingen afgesproken met leveranciers, welke contracten lopen af?
- Vastgoed: welke mogelijkheden zijn er om de capaciteit in te krimpen, bijvoorbeeld door aflopende huurcontracten of door mogelijkheden tot vervreemding van locaties?

Na de nulmeting is het nuttig om mogelijkheden te verkennen tot flexibilisering in de komende drie jaar.

Band met de klant

Mensen zullen linksom of rechtsom meer zelf betalen voor de zorg die ze krijgen. Of het zijn eigen bijdragen, of het is zelfs volledig private zorg. Door de meer directe betaalrelatie zullen cliënten ook meer zeggenschap eisen over hoe de zorg is ingericht en hoeveel dingen kosten. Dit is echt een verandering. De overheid betaalt nu het gros van de rekening, waardoor de samenhang tussen wat mensen krijgen (zorg, hulp bij zelf zorg regelen, eten, wonen,...) en wat deze dingen kosten zwak is. Deze samenhang zal de komende jaren veel sterker worden.

Wij vinden dit een goede ontwikkeling, omdat zorgorganisaties zo meer verantwoording moeten afleggen over de waarde van hun diensten in relatie tot de kosten. Dit past in de bredere maatschappelijke veranderingen. Wij verwachten dat er op een aantal onderdelen forse druk zal ontstaan:

- De verblijfscomponent van EUR 33 per dag. Een groot deel van de mensen vindt dat waarschijnlijk te duur, vooral de meer dan 50% zorggebruikers met lage inkomens. Dit betekent of creatieve, goedkope oplossingen bedenken of veel bewoners volledig kwijtraken.
- Onaantrekkelijke verzorgingshuizen. Mensen zullen beperkt bereid zijn om zelf op te draaien voor de hoge huren voor een kleine kamer op een onaantrekkelijke locatie.
- Duur van zorgmomenten thuis: mensen zullen sneller zeggen dat het voldoende is en de zorg stopzetten.
- Hulp bij zelfredzaamheid zal veel belangrijker worden.

De band tussen zorginstelling en mensen die zorg nodig hebben wordt dus directer en daarmee veel belangrijker. In dit licht is het verstandig om zo snel mogelijk te verkennen wat mensen willen in een zorgwereld met nieuwe randvoorwaarden. Welke zorg willen en kunnen mensen zelf organiseren, welke zorg kunnen ze zelf betalen en wat kan er slimmer in de zorg die de overheid blijft vergoeden? Zorginstellingen die snel antwoorden vinden op deze vragen en op basis daarvan een nieuwe focus aanbrengen zullen als winnaars uit de transitie komen. Het mooiste zou zijn als zorginstellingen zelf met een haalbaar plan komen om de beoogde bezuiniging te realiseren op de zorg die hun eigen cliënten ontvangen.

Lokale schaal

De gemeentes zijn per 2015 verantwoordelijk voor inkoop van extramurale verzorging en begeleiding. Wij denken dat lokale schaalgrootte gaat helpen om aanbestedingen te winnen. Met lokale schaal kun je namelijk efficiënter aanbieden (kortere reistijd) en ben je bovendien beter gepositioneerd om verantwoordelijkheid te nemen over integrale zorgkosten. Wij verwachten dat er allerlei vormen van populatiebekostiging zullen ontstaan, waarin zorgaanbieders in enige vorm verantwoordelijkheid dragen over het budget.

Instellingen met een geografisch gespreid verzorgingsgebied met kleine lokale marktaandelen gaan het moeilijk krijgen. Ze hebben zich wellicht gericht op een aantrekkelijk segment, maar bij integrale inkoop per gemeente staan ze juist zwak. Instellingen met een groot lokaal marktaandeel zullen veel sterker staan. Dan is het wel een voorwaarde dat de zorg zeer efficiënt is ingericht met kleinschalige teams en minimale overhead. Het is in dit licht verstandig om lokale schaal waar mogelijk te vergroten en (te) grote geografische spreiding van het verzorgingsgebied te heroverwegen.

Kleinschalig en integraal aanbod

Het risico op verdere versnippering van de zorg is aanwezig, daar is ook door meerdere partijen voor gewaarschuwd. Denk bijvoorbeeld aan de verzorging vanuit gemeenten en verpleging vanuit de Zvw. VWT-instellingen kunnen een voortrekkersrol spelen in integrale zorg door met kleinschalige teams te werken die de zorg samen met mantelzorgers en de lokale gemeenschap invulling geven.

Deze integrale benadering gaat goed samen met populatiebekostiging, waarin een zorginstelling wordt gemotiveerd om samen met mantelzorgers praktische oplossingen te ontwikkelen. Wijkverpleegkundigen kunnen samen met hun team de zorgvraag achterhalen en de sociale omgeving van de cliënt maximaal versterken.

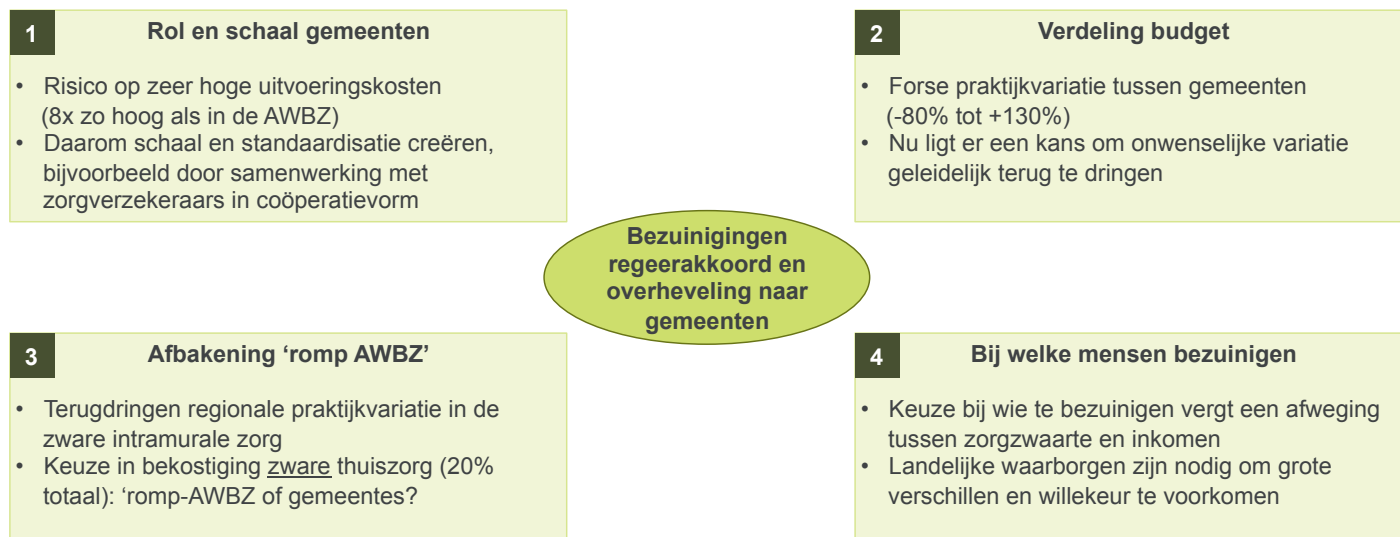
5.2. Strategische implicaties voor de overheid

De bezuinigingen zijn hard, maar er bestaat nog veel beleidsvrijheid bij de exacte invulling. In dit licht zien wij vier belangrijke aandachtspunten voor de overheid (Figuur 30).

Rol en schaal gemeenten

Gemeenten worden verantwoordelijk voor de uitvoering van een groot deel van de huidige AWBZ. Wij verwachten zonder innovatieve oplossingen grote problemen met administratiekosten. Immers, de administratieve lasten van de WMO zijn een factor 8 hoger dan in de AWBZ. De oorzaak is het gebrek aan schaal en standaardisatie. Om onnodige kosten te voorkomen zien wij twee oplossingsrichtingen:

30. Vier strategische implicaties voor de overheid



1. **Uitvoering van inkoop en administratie door zorgkantoren of zorgverzekeraars, die binnen een coöperatieconstructie een inkoopmandaat krijgen van gemeentes in de regio.** Dit heeft als voordeel dat het inkoopproces eenvoudig blijft en huidige administratieve structuren kunnen blijven bestaan. Ook kan zo gebruik gemaakt worden van de bestaande kennis bij zorgkantoren, terwijl gemeentes de regie hebben als eindverantwoordelijke.
2. **Harde centrale richtlijnen over administratie en procesgang.** Alternatief voor deze oplossing zijn harde centrale richtlijnen voor lage administratiekosten in combinatie met een centraal kader voor administratie. Dit centrale kader zal voor heldere standaarden moeten zorgen. Dat staat wel op gespannen voet met de genoemde beleidsvrijheid voor gemeenten bij de uitvoering.

Verdeling van budget over gemeenten

De verdeling van het budget over gemeenten is een belangrijk vraagstuk, omdat er nu al aanzienlijke praktijkvariatie bestaat in het zorggebruik – zie paragraaf 4.2 voor meer details. Om onwenselijke praktijkvariatie terug te dringen is het verstandig om naar een systeem toe te werken waarin de budgetverdeling is gebaseerd op factoren die de zorgvraag bepalen. Dit vergt een zorgvuldige analyse van de factoren die de vraag drijven. Er zal ook een geleidelijk overgangsregime nodig zijn, zodat regio's hun infrastructuur stapsgewijs kunnen aanpassen.

Afbakening 'romp AWBZ'

In het regeerakkoord wordt een scheiding gemaakt tussen zware intramurale zorg in de 'romp AWBZ' en extramurale zorg in de WMO. Om de samenhang tussen beiden te behouden is er op twee punten beleid nodig:

1. **Terugdringen intramurale praktijkvariatie.** Op dit moment zijn er aanzienlijke verschillen tussen regio's in intramurale capaciteit voor zware zorg. Dit heeft ook gevolgen voor de thuiszorg en dus gemeentes: minder capaciteit intramuraal is meer zware zorgvraag thuis. Een zorgvuldige analyse van deze praktijkvariatie is nodig. Daarbij gaat het niet om vergelijken van indicaties met de werkelijke kosten maar van de verwachte zorgvraag met de werkelijke kosten. In de indicatiestelling zit namelijk ook veel praktijkvariatie; intramurale indicaties zijn vaak mede afhankelijk van de werkelijke capaciteit in een regio en daarmee niet 'objectief'.
2. **Afbakening intramurale en extramurale zorg.** Uit onze analyses blijkt dat 20% van alle thuiszorg in Nederland aan cliënten wordt gegeven die net zo veel zorg aan huis krijgen als mensen die in instellingen zware zorg ontvangen (ZZP 5 of hoger). Deze zorg is inhoudelijk zeer vergelijkbaar, maar wordt alleen thuis geleverd in plaats van binnen de muren van een instelling. Vaak is dit op expliciet verzoek van de cliënt die heel graag thuis wil blijven wonen. Voor deze kwetsbare groep van 12.000 mensen is een zorgvuldige afweging nodig. Gezien de hoge zorgzwaarte kan het beter zijn om de zorg vanuit de 'romp-AWBZ' te financieren in plaats van gemeentes. Strenge indicatiestelling is dan wel een voorwaarde.

Bij welke mensen bezuinigen

Bij welke mensen moet bezuinigd worden? In de kern is dit een afweging tussen zorgwaarde en het inkomen van mensen die zorg krijgen. Keuzes hebben zeer grote effecten op benodigde mantelzorg en inkomens. De dilemma's hebben wij gekwantificeerd in het onderzoek 'een sociaal hart van zakelijk Nederland' dat recent is verschenen¹¹.

Wij achten het wenselijk om de afweging waar te bezuinigen op landelijk niveau te maken. Gezien de grote verschillen in politieke kleur tussen gemeentes ligt het voor de hand dat zij op andere verdelingen van de lasten uitkomen. Dit kan tot gevolg hebben dat iemand met een middeninkomen in de ene

gemeente niet in aanmerking komt voor zorg en in de andere gemeente juist wel, afhankelijk van de politieke kleur en keuzes van de lokale politiek. Daarmee is niet alleen de zorg onzeker, maar ook zijn er mogelijk forse verschillen in inkomenseffecten te verwachten.

Om dit soort ongelijkheid te voorkomen zijn in enige vorm landelijke afspraken en wetgeving nodig over wat mensen minimaal mogen verwachten. De twee belangrijkste elementen zijn (1) welke zorg vergoed moet worden en (2) in welke mate differentiatie en eigen bijdragen naar inkomen en vermogen mogelijk zijn.

¹¹ Het sociale hart van zakelijk Nederland – Gupta Strategists, 2012. Zie: <http://www.gupta-strategists.nl/studies/>

Methodologie en indicatoren

Databronnen

In deze studie rapporteren wij over de prestaties van VT-instellingen op basis van jaarverslagen die zijn gedeponneerd op jaarverslagenzorg.nl. Deze gegevens zijn waar nodig aangevuld met DigiMV. Vervolgens zijn de data grondig geschoond voor fouten en omissies.

410 instellingen voldoen aan de twee criteria die wij hebben gehanteerd voor inclusie:

1. Leveren van VT-zorg in 2010 en 2011
2. Focus op VT (criterium: >75% van de omzet in de VT)

Het eerste criterium heeft tot gevolg dat instellingen die volledig nieuw zijn in 2011 niet in deze studie zijn meegenomen. Aangezien dit alleen kleine instellingen zijn is het effect op de resultaten verwaarloosbaar. Uitzondering op het tweede criterium is Espria. Deze instelling is zo groot dat we haar hebben meegenomen, ondanks het feit dat de VT-omzet ongeveer 65% van het totaal beslaat.

Voor ontwikkelingen over marktverschuivingen, concentratie van aanbieders en productmix hebben wij gebruik gemaakt van data van het CAK. Dit zijn gegevens over zorggebruik per product op individueel cliëntniveau, uiteraard geanonimiseerd.

Indien andere bronnen zijn gebruikt voor specifieke analyses dan deze bron bij de betreffende figuur of tekst als voetnoot opgenomen.

Niveau van rapporteren

Wij rapporteren resultaten op drie niveaus:

1. **De VT-sector als geheel:** onze analyse bestrijkt de 410 instellingen die voornamelijk actief zijn in de VT-sector.
2. **Vergelijkingsgroepen:** De prestatie van een vergelijkingsgroep geeft begrip van trends en geeft de mogelijkheid om instellingen met eenzelfde profiel te analyseren. Wij hebben de 410 instellingen verdeeld in zes vergelijkingsgroepen op basis van focus en omvang:

- a. Intramuraal – groot: >75 % omzet is intramuraal, omzet > EUR 20 mln
 - b. Intramuraal – klein: >75 % omzet is intramuraal, omzet < EUR 20 mln
 - c. Extramuraal – groot: >75 % omzet is extramuraal, omzet > EUR 5 mln
 - d. Extramuraal – klein: >75 % omzet is extramuraal, omzet < EUR 5 mln
 - e. Intra/extra – groot: 25 % tot 75 % van de omzet is intra of extra, omzet > EUR 20 mln
 - f. Intra/extra – klein: 25 % tot 75 % van de omzet is intra of extra, omzet < EUR 20 mln
3. **Individuele instellingen:** In sommige gevallen laten wij gegevens van individuele instellingen zien.

Indicatoren voor ontwikkelingen in de sector

In deze studie analyseren we de prestaties van VT-instellingen op drie onderdelen:

1. **Financiële prestatie**
 - a. Omzet
 - b. Winstgevendheid
 - c. Eigen vermogen
 - d. Schuld
2. **Operationele prestatie**
 - a. Productie: intramuraal, extramuraal, dagactiviteiten, VPT en cliënteenheden¹²
 - b. Kosten
 - i. Personeel: salaris, sociale lasten, pensioen, uitzendkrachten, overig
 - ii. Inkoop: voeding/hotel, algemeen, patiëntgebonden, onderhoud, huur, voorzieningen
 - iii. Afschrijvingen activa
 - iv. Financiële lasten
 - c. Ziekteverzuim
- d. Bedieningskosten¹³: personeel, inkoop, afschrijvingen, financiële lasten
3. **Marktprestatie**
 - a. Marktverschuivingen
 - b. Veranderingen in productmix in de thuiszorg
 - c. Fusies

¹² Een cliënteenschap is een 'productiemandje' van vier VT activiteiten: V&V dagen, thuiszorguren, dagdelen dagactiviteiten en Volledig Pakket Thuis. Door deze productie te wegen naar het gemiddelde NZa tarief is de productie van instellingen genormaliseerd. Hierdoor zijn de instellingen op hoofdlijnen vergelijkbaar, ook wanneer de ene instelling vooral verpleeghuiszorg en de andere vooral thuiszorg levert.

¹³ Bedieningskosten zijn de kosten die worden gemaakt voor het leveren van zorg van één 'cliënteenschap'.

Over de auteurs

Jurre de Bruin en **Rick Goud** zijn adviseur bij Gupta Strategists. Zij hebben verschillende projecten in de ouderenzorg uitgevoerd, variërend van portfolio studies en vormgeving van strategische samenwerkingen tot verbeterprogramma's op basis van LEAN en Kaizen principes. U kunt contact met hen opnemen via jurre.debruin@gupta.nl (+31 6 3492 4904) en rick.goud@gupta.nl (+31 6 4325 7997).

Over de studie

Deze studie is onafhankelijk en op persoonlijke titel van Gupta Strategists uitgevoerd. Gupta Strategists brengt jaarlijks verschillende onafhankelijke studies uit over sectoren van de gezondheidszorg waarbinnen zij actief is. Zie www.gupta.nl.

