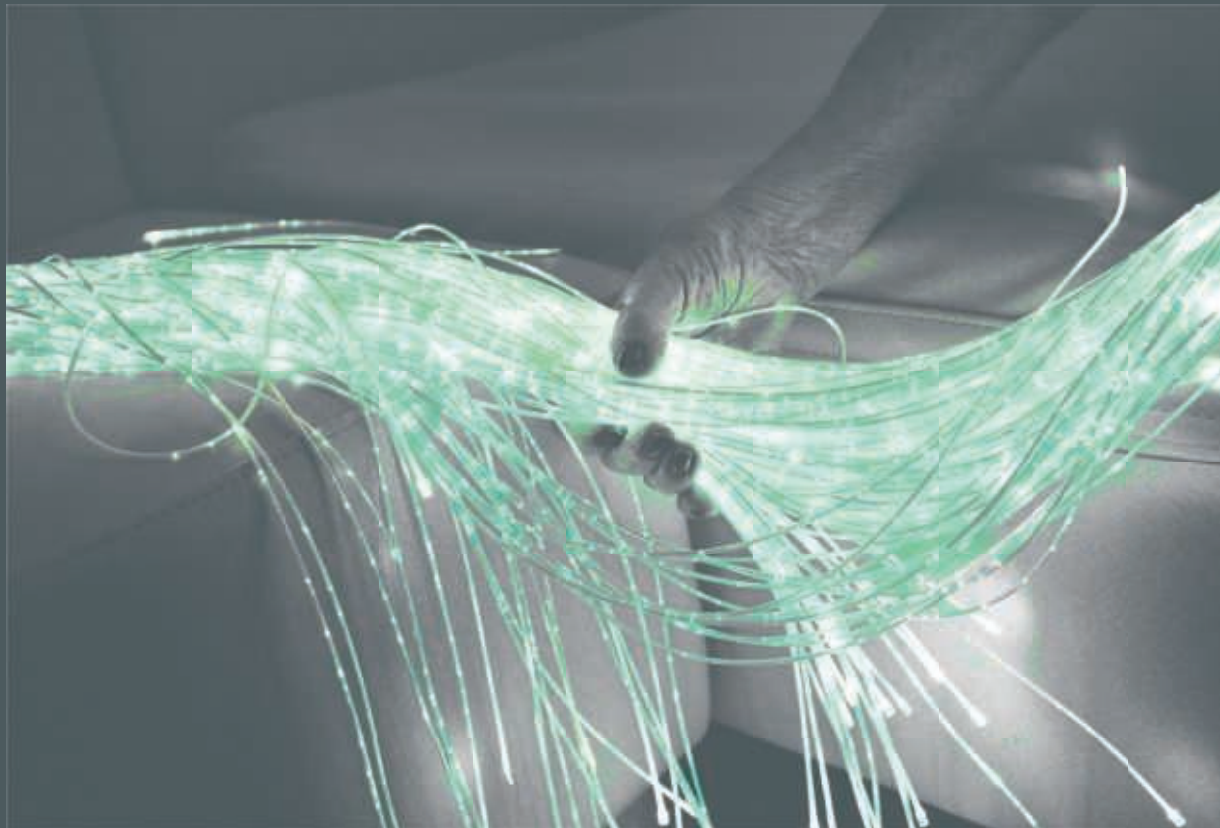


Het nieuwe normaal

Studie Ouderenzorg



Mei 2016

Het nieuwe normaal

Studie Ouderenzorg

Mei 2016

Inleiding

'Het nieuwe normaal' in de ouderenzorg

De ouderenzorg in Nederland is de afgelopen decennia opgegroeid en volwassen geworden in een vertrouwde Awbz-omgeving. De beschikbare financiële middelen waren voorspelbaar en groeiden in omvang. Ook was het voor zorgaanbieders eenvoudig zaken doen, met veelal één zorgkantoor aan de andere kant van de tafel. Als klap op de vuurpijl waren de spelregels behoorlijk stabiel, waardoor aanbieders zichzelf zelden opnieuw hoefden uit te vinden.

Deze rustige omgeving voor de ouderenzorg bestaat niet meer. Groei en voorspelbaarheid hebben plaatsgemaakt voor krimp en turbulentie. Zorgaanbieders moeten nu afspraken maken met een groot aantal gemeenten (Wmo), alle zorgverzekeraars (Zvw) en het aloude zorgkantoor (Wlz), dat haar ambitieniveau heeft opgeschroefd. Tegelijkertijd zijn de verwachtingen van maatschappij en cliënt over de kwaliteit van zorg hoger dan ooit en moeten zorgaanbieders zich stapsgewijs aanpassen aan de veranderende wensen en verwachtingen van de nieuwe generatie ouderen. Een enorme uitdaging voor alle mensen die in de ouderenzorg werken en hun cliënten.

Wij hopen met deze studie inzicht te geven in drie thema's die wat ons betreft de kern zijn van 'het nieuwe normaal' in de ouderenzorg: (i) de transitie van intramuraal naar thuis (letterlijk maar zeker ook figuurlijk); (ii) de verschuiving van verrichten van inspanning naar toevoegen van waarde en (iii) de verandering van een laag- naar een hoogrisico omgeving.

Deze verschuivingen zijn langetermijn trends die eerder in gang zijn gezet, maar de grootste impact wordt nu en in de komende jaren pas echt duidelijk. In deze studie gaan we in drie hoofdstukken in op bovengenoemde thema's en de implicaties daarvan voor zorgaanbieders. De studie is gebaseerd op jaarverslagen, andere openbare bronnen, projectervaring en gesprekken met betrokkenen in het zorgveld.

Wij hopen dat deze studie u aan het denken zet, u inspireert om de uitdagingen van het heden aan te pakken en de nodige voorbereidingen voor de dag van morgen te treffen.

Inhoud

Inleiding: 'het nieuwe normaal' in de ouderenzorg	2
Samenvatting	4
1. Van intramuraal naar thuis	10
2. Van verrichten van inspanning naar toevoegen van waarde.....	17
3. Van laag- naar hoogrisico omgeving.....	23
Hoe staat de VVT-sector er bedrijfsmatig voor?.....	30
Bronvermelding	33

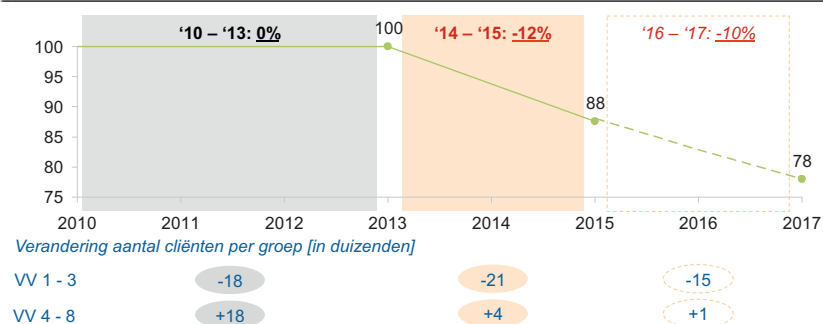
Samenvatting

Van intramuraal naar thuis

FIGUUR A

Vluchten kan niet meer: de intramurale krimp zet versneld door

Ontwikkeling aantal VVT-dagen sinds 2010 [index, 2010 = 100, ZZP1-8]

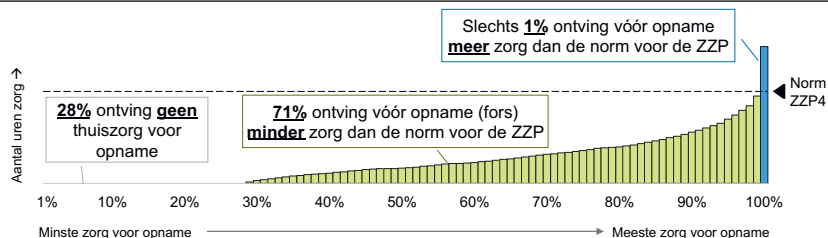


Terwijl de extramuralisering van lichte ZZP's al in gang was gezet, bleef het aantal ouderen dat gebruik maakte van intramurale zorg tussen 2010 en 2013 stabiel. Reden voor die stabiele zorgvraag tot eind 2013 is de compensatie van de krimp in de lichte zorg door groei in de zware zorg. Vanaf 2014 is de lichte zorg verder gekrompen, maar kwam de groei in zware zorg tot stilstand, waardoor de totale zorgvraag met 12% is gedaald. Wij verwachten tot 2018 een verdere krimp van 10%: een harde realiteit voor intramurale zorgaanbieders.

FIGUUR B

Hobbelig zorgpad van thuis naar intramuraal: innovatie nodig in tussenvormen

Hoeveel thuiszorg kregen intramurale cliënten voorafgaand aan opname? [ZZP4, 2009 – 2013]

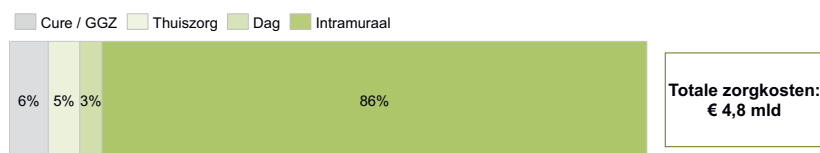


De overgang in het zorggebruik van thuis naar een verpleeg- of verzorgingshuis is groot, zo blijkt uit analyse van de zorgpaden van cliënten *voorafgaand* aan een intramurale opname. 30% van de cliënten kreeg voorafgaand aan een opname helemaal geen thuiszorg en 70% ontving (veel) minder zorg dan na de intramurale opname. Leveren van maatwerk en ontwikkelen van tussenvormen zien wij daarom als hét kernpunt om zwaardere zorg thuis mogelijk te maken. De snelle groei van het volledig pakket thuis (68% per jaar sinds 2010) laat zien dat zulke tussenvormen in een behoefte voorzien.

FIGUUR C

Nieuwe wegen in de dementiezorg: van verpleeghuis naar thuis

Zorgkosten van dementie in Nederland [% van totale zorgkosten, 2011]



Ook in de zorg aan mensen met dementie is een beweging naar thuis en tussenvormen nodig. Voor mensen met dementie ging in 2011 van elke euro zorguitgaven maar liefst 86 cent naar het verpleeghuis¹. De balans lijkt te veel doorgeslagen naar de laatst mogelijke oplossing, een opname in het verpleeghuis. Het is waardevol om meer te investeren in innovatie om mensen met dementie thuis hulp te bieden en juist in de voorfase van dementie op zoek te gaan naar nieuwe vormen van ondersteuning.

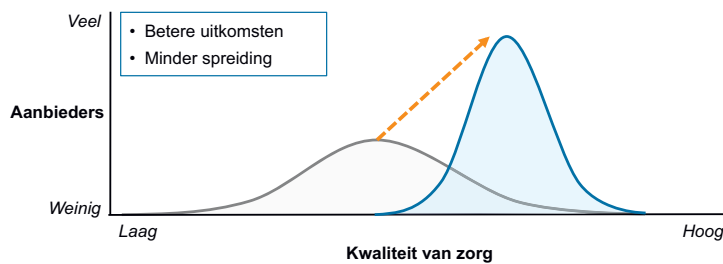
¹ Kosten van Ziekten 2011, RIVM.

Van verrichten van inspanning naar toevoegen van waarde

FIGUUR D

Boven het maaiveld: transparantie van kwaliteit als vliegwiel

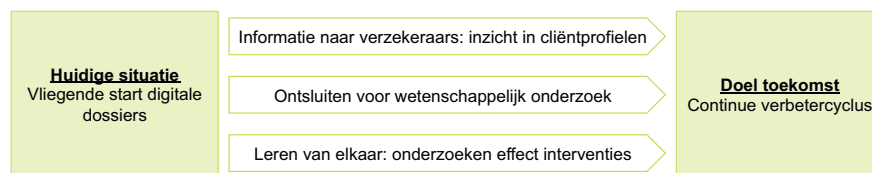
Veranderen van de kwaliteitscurve door transparantie in uitkomsten van zorg



In de ouderenzorg schuift het kwaliteitsdenken op naar datgene wat voor de patiënt of cliënt het meest relevant is: de uitkomsten van zorg. Transparantie over uitkomsten leidt er uiteindelijk toe dat het kwaliteitsniveau van de gehele sector toeneemt (*shifting the curve right*) en de verschillen tussen aanbieders kleiner worden (*shifting the curve up*). Het vastleggen van uitkomsten en de onderliggende drijvers daarvan vormt de basis voor aanbieders om een cyclus van continue verbetering op gang te brengen en te houden. Er ligt voor aanbieders een mooie kans om hierin voorop te lopen.

FIGUUR E

Verlicht ons: zorginhoudelijke verbetercyclus in de wijkverpleging



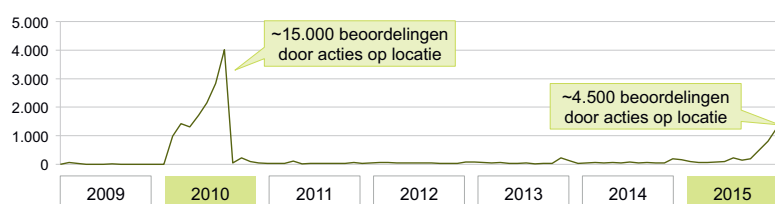
In de wijkverpleging is gestart met het op gang brengen van de verbetercyclus op kwaliteit en doelmatigheid. Er is een vliegende start gemaakt met de snelle uitrol van digitale cliëntendossiers op basis van classificaties: deze vormen een gemeenschappelijk kader waarbinnen eensgezindheid is over definities en wijze van vastleggen. Behalve een stevige basis om echt verschil te maken in de kwaliteit en betaalbaarheid van de

ouderenzorg zijn de digitale dossiers ook een unieke kans om internationaal voorop te lopen in de inhoudelijke ontwikkeling van het wijkverpleegkundige vak.

FIGUUR F

Uw mening telt: maakt de cliëntervaring een doorbraak?

Aantal beoordelingen VVT-instellingen op ZorgkaartNederland [januari 2009 – januari 2016]



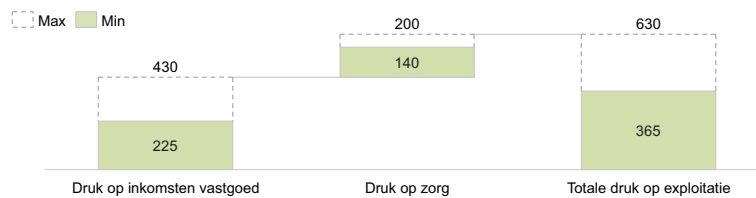
Cliëntervaringen hebben een belangrijke plaats in het transparant maken van de (ervaren) kwaliteit van de ouderenzorg. Nu de CQ-index de aftocht blaast zijn er meerdere alternatieven. Eén hiervan is ZorgkaartNederland, een platform voor beoordelingen van zorgverleners door cliënten. Door gerichte PR zoals in 2010 en 2015 steeg het aantal beoordelingen van verpleeghuizen fors. Een aantal VVT-aanbieders loopt voorop en heeft recent veel reviews ontvangen van hun cliënten. Het is een mooie kans voor het zorgveld om met dit open platform cliënten goede keuze-informatie te bieden en als aanbieder regelmatig feedback te krijgen over wat cliënten vinden van de zorg.

Van laag- naar hoogrisico omgeving

FIGUUR G

De grote volksverhuizing: innoveren of sluiten, doormodderen onhoudbaar

Druk op exploitatie intramurale zorg in 2018 door daling van de bezettingsgraad [€ mln]

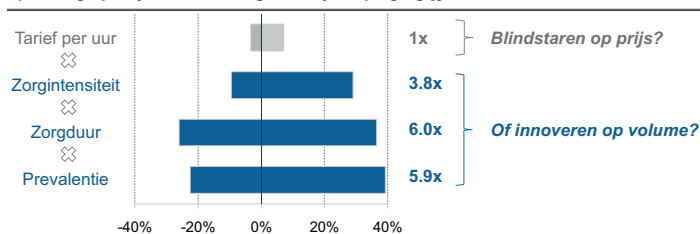


De extramuralisering is uitdagend voor verzorgingshuizen: inkomsten op vastgoed zullen tot 2018 dalen met € 225 – 430 mln en het exploitatieresultaat van kleine locaties zal zonder ingrijpen met € 140 – 200 mln verslechteren door te weinig schaalgrootte. Wij zien twee oplossingen: radicaal anders organiseren of sluiten. Radicaal anders organiseren vergt omvorming naar zelforganiserende teams, fors verkleinen van de overhead en werken vanuit het principe scheiding van wonen en zorg. Ook integratie van intramurale zorg met thuiszorg kan een oplossing bieden. Als dit niet haalbaar blijkt is sluiting het enige alternatief om oplopende verliezen te stoppen. Sluiting vergt zeker op het platteland een zorgvuldige afweging, omdat locaties vaak een brede maatschappelijke functie hebben.

FIGUUR H

Het ei van Columbus: blindstaren op prijs of innoveren op volume?

Spreiding op drijvers doelmatigheid wijkverpleging [grafiek toont 95%-interval aanbieders >€ 10 mln omzet]

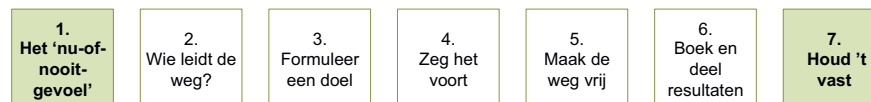


De wijkverpleging is sinds jaar en dag bekostigd op basis van uurtje-factuurkje en het ligt dan voor de hand om te denken in en te onderhandelen over uurtarieven.

Maar blindstaren op tarieven is een 'prijs-val': verlaging van uurtarieven kent als enige oplossing verlagen van de kostprijs per uur. Dit kan onder andere leiden tot slecht werkgeverschap dat zich uit in tijdelijke contracten en keuze voor lager opgeleid personeel. De uitweg voor aanbieders en financiers is breder kijken naar de drijvers van het volume: de zorgintensiteit, de zorgduur en de prevalentie van wijkverpleging. De potentie is er, want de spreiding tussen zorgaanbieders op deze parameters is een factor 3,8 tot 6,0 groter dan de spreiding van het gemiddelde uurtarief. Door afspraken te maken met financiers over het volume kunnen aanbieders zich richten op slimme manieren van organiseren en zorginhoudelijke innovatie.

FIGUUR I

Verandering als constante: mobiliseren van de organisatie



*Uit: de weg naar verandering (Gupta Strategists),
op basis van verandermodel Kotter*

In het nieuwe normaal is de verandering constant en vinden ouderenzorgaanbieders zich op veel gebieden opnieuw uit. Veranderen is een kunst en om de organisatie te mobiliseren geeft bijvoorbeeld het 7-staps-verandermodel van Kotter houvast. Dat begint met het 'nu-of-nooit-gevoel' en creëren van urgentie. Vervolgens kunnen organisaties voor zichzelf een inspirerend doel stellen dat past bij de nieuwe uitdagingen. De zorg voor ouderen letterlijk (of in overdrachtelijke zin) dichterbij huis brengen, door innovatie in de zorg en door slimme inzet van technologie? Verbetering van de kwaliteit in combinatie met beheersing van integrale zorgkosten, door beter te begrijpen welke verpleegkundige interventies goed werken en welke niet? Kansen te over.

1. Van intramuraal naar thuis

De extramuralisering van de ouderenzorg is een feit: snelle krimp in lichte zorgzwaartepakketten, op de voet gevolgd door dalende intramurale en stijgende extramurale productie en een stokkende omzetgroei. Dé uitdaging voor zorgaanbieders ligt dan ook in het goed vormgeven van de zorg thuis (of zo thuis mogelijk), in het bijzonder voor de zwaardere cliënten. Maatwerk bieden en gebruik maken van innovaties die langer thuis wonen voor deze kwetsbare groep mogelijk maken zijn daarbij essentieel. Overheid en financiers kunnen deze beweging ondersteunen door juiste prikkels te leggen in bekostiging en zorginkoop, zoals vrije prestaties om innovatie te stimuleren en belonen van slim maatwerk van aanbieders.

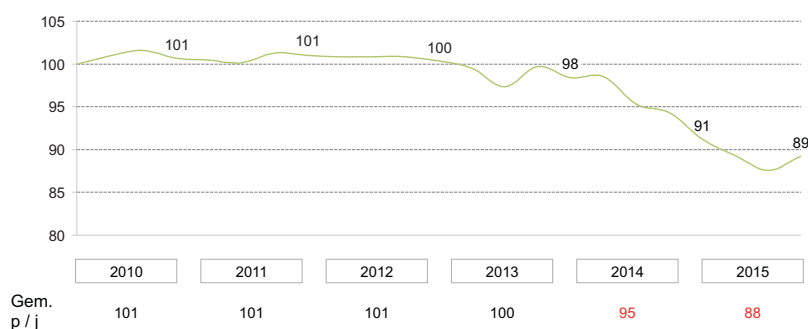
Impact extramuralisering zichtbaar in zorggebruik en prestaties ouderenzorg

Binnen de langdurige zorg is men al een aantal jaren terug gestart met de extramuralisering van de lichte zorgzwaartepakketten. Voor het lichtste pakket⁰¹ startte dat in 2010,⁰² is niet meer geïndiceerd per 2011 en sinds 2014 is⁰³ niet meer toegankelijk voor nieuwe cliënten.

FIGUUR 1

Bezetting in VVT is pas in 2014 en 2015 fors gedaald, in jaren daarvoor geen daling ondanks extramuralisering¹ en²

Ontwikkeling aantal VVT-dagen sinds 2010 [index, 2010 = 100, ZZP vv1 – 8]

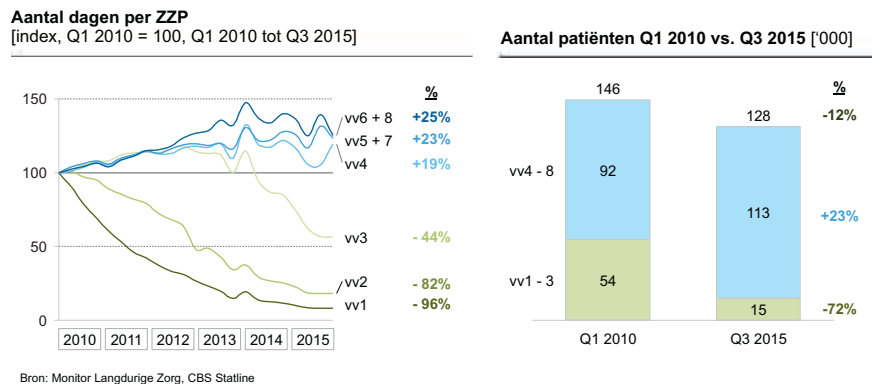


Bron: Monitor Langdurige Zorg, CBS Statline

Figuur 1 en 2 laten de effecten van dit beleid zien op het zorggebruik. Na een gestage groei van alle intramurale pakketten behalve 1 en 2, zien we vanaf 2014 de daling in 3 inzetten. Opmerkelijk is dat die snelle krimp in de lichte ZZP's tot begin 2014 deels gecompenseerd wordt door groei van de zwaardere ZZP's. De groei van 23% die daarin is opgetreden is ook aanzienlijk groter dan je op grond van de groei van het aantal 80+'ers (+ 13%, CBS) tussen 2010 en 2015 zou verwachten. Het lijkt erop dat indicaties voor alle hogere ZZP's gedurende de transitiefase gemakkelijker afgegeven werden dan daarvoor, maar dat het aantal patiënten met zware zorg sinds 2014 weer ongeveer gelijk is gebleven.

FIGUUR 2

Snelle krimp lichte intramurale zorg door extramuraliseringsbeleid, tot begin 2014 gecompenseerd door groei zwaardere zorgpakketten

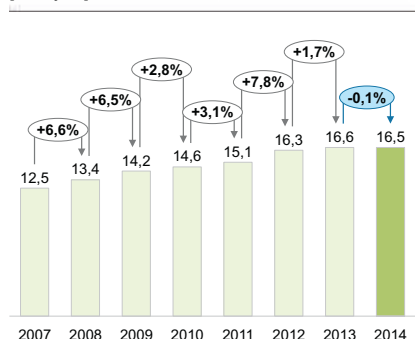


Zien we deze verschuiving ook terug in de ontwikkeling van de prestaties van intra- en extramurale instellingen? Wanneer we op basis van de jaarverslagen de omzet van de VT-sector als geheel bekijken (Figuur 3) is de omzetgroei in 2014 tot stilstand gekomen. De stilstand is het meeste gedreven door één type aanbieder: grote aanbieders die zowel intra- als extramurale zorg leveren. Voor deze groep is de omzet met 2,4% gedaald. Dat is enigszins verrassend: in eerste instantie zou je de grootste omzetsdaling verwachten bij de puur intramurale instellingen. Een verklaring kan zijn dat instellingen met een intramurale focus gemiddeld zwaardere zorg verlenen – zorg die intramuraal is gebleven. Wanneer zorgaanbieders die zowel intra- als extramurale zorg leveren juist meer aanwezig waren in de lagere ZZP's, krijgt nu een groter deel van de cliënten zorg thuis. Bij een gelijkblijvend aantal cliënten vertaalt zich dat in een lagere omzet.

FIGUUR 3

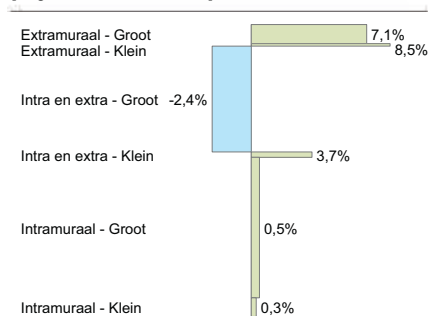
Omzetgroei VVT-sector komt in 2014 tot stilstand, vooral gedreven door grote aanbieders met zowel intra- als extramurale zorg

Omzet VVT-sector
[€ miljard]



1) Hoogte van balk is gelijk aan omzet 2014
Bron: jaarverslagen ouderenzorgaanbieders, analyse Gupta Strategists

Ontwikkeling omzet VVT-sector per peer group
[% groei 2014 t.o.v. 2013¹⁾]

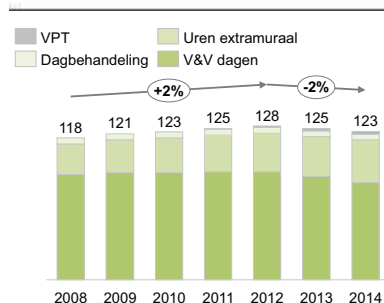


Ook in de productie van de VVT-instellingen zien we de verschuiving van intra- naar extramuraal terug: het aantal extramurale uren is tussen 2011 en 2014 toegenomen met 15% terwijl het aantal intramurale V&V dagen juist met 10% is gekrompen. Die combinatie vertaalt zich in een daling van het totaal aantal cliënteenheden in de sector (Figuur 4).

FIGUUR 4

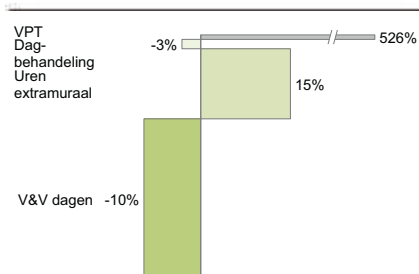
Productie VVT-sector daalt sinds 2012, verschuiving zichtbaar van intramuraal naar extramuraal

Productie VVT-sector
[Gewogen cliënteenheden¹⁾, miljoen]



1) Een cliënteenheden is een 'productiemandje' van intramurale dagen, extramurale uren dagbehandelingen en VPT-dagen, gewogen naar het gemiddelde tarief. Dit maakt aanbieders op hoofdlijnen vergelijkbaar, ook wanneer de ene aanbieder vooral verpleeghuiszorg en de andere vooral thuiszorg levert.
Bron: jaarverslagen ouderenzorgaanbieders, analyse Gupta Strategists

Ontwikkeling productie VVT-sector
[% groei cliënteenheden, 2014 t.o.v. 2011]



GROTE VERANDERINGEN IN DE FINANCIERING

Tot 2015 werd ouderenzorg – net als andere langdurige zorg zoals gehandicaptenzorg – gefinancierd vanuit de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (Awbz) en de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo). Sinds afgelopen jaar is die financiering gewijzigd. Deze hervormingen zijn ingezet om ouderen zo lang en zo zelfstandig mogelijk thuis te kunnen laten wonen en tegelijkertijd de zorgkosten in de hand te houden.

De meest intensieve zorg voor ouderen valt nu onder de Wet Langdurige Zorg (Wlz), de afgeslankte opvolger van de Awbz. De ondersteuning bij zelfstandig wonen en deelnemen in de samenleving valt onder de Wet Maatschappelijke Ondersteuning 2015 (Wmo 2015) en wordt geregeld door de gemeenten. Verpleging en verzorging thuis vallen nu onder de aanspraak wijkverpleging in de Zorgverzekeringswet (Zvw).

Leveren en belonen van maatwerk wordt essentieel

Het is vanzelfsprekend, maar daarom niet minder waar: de ene oudere is de andere niet. Om de zwaardere zorg thuis duurzaam mogelijk te maken is het leveren en belonen van maatwerk essentieel. In haar onderzoek naar de zorgwensen van de 'toekomstige ouderen' (mensen in de leeftijdscategorie 57-77 jaar) concludeert het NIVEL dat ongeveer de helft (46%) tot de groep 'proactieve ouderen' behoort, die inderdaad zo lang mogelijk zelfstandig willen blijven wonen, bereid zijn meer zelf te betalen, beschikken over een sociaal netwerk en om kunnen gaan met nieuwe technologie. Daarnaast is er echter ook een vrij grote groep (ruim 25%) ouderen wie het leven min of meer overkomt, met beperkte financiële middelen en een beperkt sociaal netwerk, voor wie het lastig is zelfstandig en zelfredzaam te blijven².

Het SCP concludeerde in 2013 al dat het gebruik van zorg en ondersteuning sterk wordt bepaald door de zogenaamde 'hulpbronnen' die iemand tot zijn of haar beschikking heeft. Goede hulpbronnen zijn onder andere een hoge opleiding, een hoog inkomen, een groot en stabiel netwerk en het gevoel regie te voeren over het leven. Wanneer deze hulpbronnen afnemen, bijvoorbeeld door verlies van de partner of door een verhuizing, kan dat leiden tot hoger zorggebruik³. Gebrek aan hulp, maar ook eenzaamheid zijn daarbij de onderliggende factoren. Nieuwe woonvormen, bijvoorbeeld in 'zorgclusters' rondom een verpleeghuis, zijn daarom voor veel ouderen aantrekkelijk.

² Doekhie et al. Ouderen van de toekomst. Verschillen in de wensen en mogelijkheden voor wonen, welzijn en zorg. NIVEL, 2014

³ Van Campen et al. Met zorg ouder worden - Zorgtrajecten van ouderen in tien jaar. Sociaal en Cultureel Planbureau, 2013

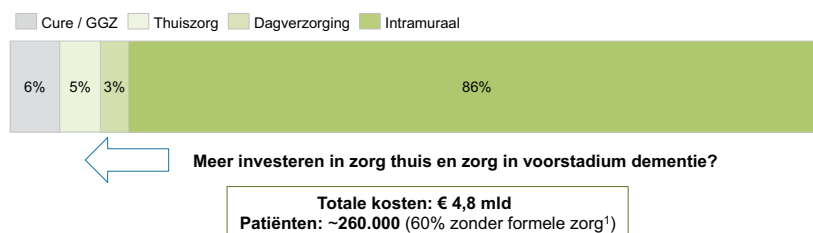
Meer investeren in zorg thuis voor mensen met dementie

Voor mensen met dementie wordt ongeveer 86% van de zorguitgaven gemaakt in het verpleeghuis, zo blijkt uit cijfers van het RIVM (Kosten van Ziekten) over 2011 (Figuur 5). Het verzorgen van deze groeiende groep mensen in een verpleeghuis lijkt vanuit maatschappelijk perspectief geen duurzame oplossing. Er is innovatie nodig in de manier waarop mensen met dementie hulp krijgen in de thuissituatie, juist ook in de voorfase van dementie.

FIGUUR 5

**86% kosten dementie gedreven door opnames verpleeghuis;
potentie in verschuiving van investeringen naar thuis**

Zorgkosten van dementie in Nederland
[% van totale zorgkosten, 2011]



1) Meer dan de helft van de patiënten zijn (nog) niet gediagnosticeerd met Alzheimer, en komen daarom niet terug in registraties van formele zorg.
Bron: Kosten van Ziekten, CIZ, Nationaal Kompas, Alzheimer Nederland, Gupta Strategists

Voor deze groep is langer thuis wonen echter niet zomaar mogelijk of wenselijk. Woningaanpassingen en geschikte hulpmiddelen zijn vaak nog wel te realiseren, maar de belangrijkste factor die bepaalt of iemand met dementie nog thuis kan blijven wonen is – naast het stadium van Alzheimer – de aanwezigheid en belastbaarheid van de mantelzorger. Volgens Alzheimer Nederland voelt meer dan de helft van de mantelzorgers zich zeer zwaar belast en maakt één op de drie zich daarnaast grote zorgen over de veiligheid in huis (vallen, verkeerd medicijngebruik, gasfornuis aan laten staan)⁴. De belangrijkste reden waarom iemand met dementie wordt opgenomen in een verpleeghuis is dan ook dat de mantelzorger de zorg niet meer aan kan.

Toch blijkt het mogelijk om met gerichte ondersteuningsprogramma's de intramurale opname van mensen met dementie uit te stellen⁵. Kenmerken van effectieve ondersteuningsprogramma's zijn het actief betrekken van mantelzorgers bij de te maken keuzes en op het individu toegesneden assistentie: maatwerk dus.

⁴ Alzheimer Nederland. Onveilige situaties thuis en buitenshuis. Rapportage peiling april 2014.

⁵ Spijker et al. Effectiveness of Nonpharmacological Interventions in Delaying the Institutionalization of Patients with Dementia: A Meta-Analysis. *Journal of American Geriatric Society (JAGS)*, 56: 1116–1128, 2008.

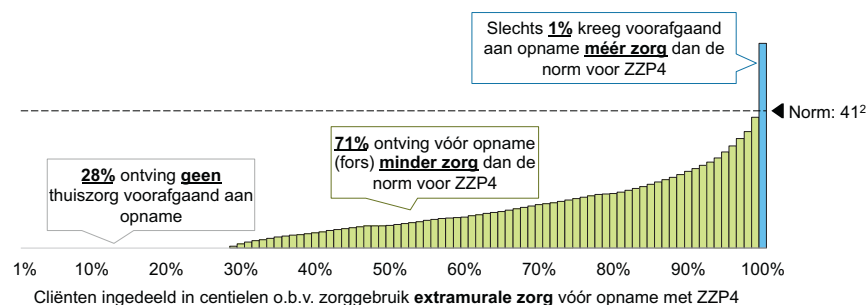
Vraag naar nieuwe leveringsvormen groeit

Naast de verschillen tussen ouderen in zorgwensen, sociaal netwerk en financiële draagkracht zien wij ook een groeiende behoefte aan 'tussenvormen' en een flexibelere invulling van zware Wlz-zorg. Zo geldt voor vrijwel alle ZZP's dat mensen ten opzichte van thuis flink meer zorg ontvangen zodra zij opgenomen worden in een ouderenzorginstelling. Dat blijkt uit analyse van de zorgpaden van patiënten die intramurale zorg ontvangen: op basis van alle cliënten met een ZZP vv4 over de periode 2009 - 2013 (bron: CAK) kunnen we zien of iemand voorafgaand aan de opname thuiszorg kreeg en zo ja, om hoeveel uren het ging. Wanneer we op die manier het zorggebruik voorafgaand aan een intramurale opname met ZZP4 analyseren, zien we dat slechts 1% van de cliënten méér zorg kreeg dan de norm voor ZZP4, terwijl 28% geen enkele formele zorg ontving voorafgaand aan de opname (Figuur 6).

FIGUUR 6

Sprong in zorggebruik bij intramurale opname met ZZP vv4

Gemiddeld aantal uren extramurale zorg in perioden voorafgaand aan de opname ZZP vv4
[gemiddeld aantal uren zorg verdeeld naar centielen van cliënten¹ voor opname; 2009-2013]



Alleen mensen >65 jaar zijn meegenomen in de analyse ; 2) 95% van de uren uit de ZZP4 indicatiestelling
Bron: CAK gegevens over alle ouderenzorg; analyse Gupta Strategists

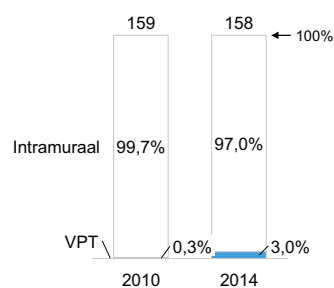
Een verklaring daarvoor kan zijn dat de zorg thuis gedeeltelijk werd opgevangen door mantelzorgers, terwijl dat intramuraal niet meer het geval is. Ook zou het kunnen dat cliënten thuis simpelweg minder zorg krijgen dan intramuraal zonder 'compensatie' door een mantelzorger. De sprong naar het aantal uren in het verpleeghuis is dan eigenlijk te groot. Laatste mogelijkheid is dat een bepaalde gebeurtenis de intramurale opname noodzakelijk maakt, bijvoorbeeld een val of een beroerte. Na zo'n gebeurtenis heeft een cliënt vaak meer zorg nodig dan daarvoor, wat het toegenomen aantal zorguren intramuraal kan verklaren. In ieder geval lijkt er ruimte te zijn voor een meer geleidelijke overgang naar zwaardere zorg en daarmee voor het ontwikkelen van nieuwe leveringsvormen (zie kader).

Tegelijkertijd zien we de afgelopen jaren een forse groei in het gebruik van het volledig pakket thuis (VPT, Figuur 7). Met het VPT kunnen mensen met de indicatie 'zorg met verblijf' thuis de zorg krijgen die ze anders in een instelling zouden ontvangen. Hoewel het in 2014 nog om slechts 3% van het aantal cliënten met een V&V-indicatie ging, laat de sterke groei zien dat de met het VPT geboden flexibelere invulling van zware Wlz-zorg in een behoefte voorziet.

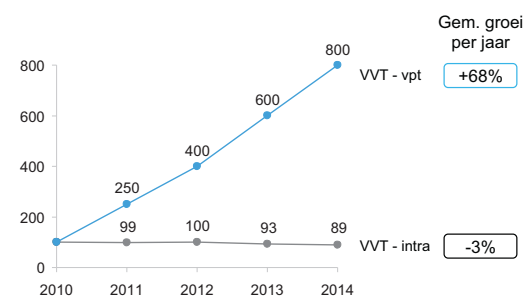
FIGUUR 7

Sterke groei van VPT sinds 2010 laat zien dat flexibelere invulling van zware Wlz-zorg in een behoefte voorziet

Aandeel VPT in V&V t.o.v. intramuraal [2010 – 2014]



Groei intramurale zorg versus VPT [2010 – 2014, index, 2010 = 100]



Bron: Rijksbegroting VWS 2016, analyse Gupta Strategists

MEER MAATWERK MET HET MPT

Een leveringsvorm die inspeelt op een meer geleidelijke overgang naar zwaardere zorg maar op dit moment nog weinig ingezet wordt is het modulair pakket thuis (MPT). Het MPT is per 1 januari 2015 geïntroduceerd en biedt – net als het volledig pakket thuis (VPT) – de mogelijkheid om zorg in natura thuis te ontvangen. Het MPT is echter flexibeler: waar bij het VPT de zorg bij één zorgaanbieder moet worden afgenomen, kunnen cliënten met het MPT zorg van verschillende aanbieders combineren. Ook kunnen ze ervoor kiezen om een deel van de zorg in natura te ontvangen en een ander deel zelf in te kopen met een pgb.

2. Van verrichten van inspanning naar toevoegen van waarde

Het is slechts een kwestie van tijd voordat in de ouderenzorg de beweging van 'input' (de inspanning, bijvoorbeeld het aantal geleverde uren zorg) naar 'output' (toegevoegde waarde van die zorg) in een versnelling komt. Verschillen in zorguitkomsten en in de onderliggende drijvers daarvan, zoals kenmerken van cliënten of de inzet van bepaalde methodes, leveren waardevolle inzichten om de zorg te verbeteren. Er zijn voldoende aan-grijpingspunten om het denken in uitkomsten een stap verder te brengen, zowel op het gebied van patiëntervaringen als integrale zorg en zorgkosten. Dat vraagt een gezamenlijke inspanning van de sector, met het ontwikkelen van een gemeenschappelijke taal voor zorginhoudelijke uitkomsten als eerste randvoorwaarde.

'Shifting the curve right' is ook in de ouderenzorg mogelijk

In de gehele gezondheidszorg is een omslag bezig in het denken over wat kwalitatief goede zorg nu eigenlijk is. Goede zorg heeft goede structuren nodig: voldoende fysieke en financiële middelen. Maar ook goede processen: korte wachttijden, voldoende opgedane ervaring met bepaalde behandelingen. Maar het belangrijkste zijn natuurlijk de uitkomsten van die zorg: bijvoorbeeld mortaliteit, kwaliteit van leven of patiënttevredenheid⁶.

Voor alle hier genoemde onderwerpen zijn indicatoren te bedenken die je kunt meten. Van alleen meten wordt de zorg echter niet beter: dat gebeurt pas wanneer zorgaanbieders (i) hun scores onderling vergelijken, (ii) zien wie er goede en minder goede uitkomsten heeft, (iii) op zoek gaan naar de onderliggende oorzaken en (iv) daarmee hun werkwijze verbeteren. Inzicht in de verschillen is de basis van een proces dat samen te vatten is met '*shifting the curve up and to the right*' (Figuur 8). Door transparantie over uitkomsten van zorg kunnen degenen die laag scoren leren van de *best practices* en verschuift de kwaliteitscurve in zijn geheel naar rechts. Ook wordt de curve smaller en hoger, doordat de verschillen in aanpak afnemen – men zal in het algemeen de aanpak die de beste kwaliteit op blijkt te leveren willen overnemen⁷.

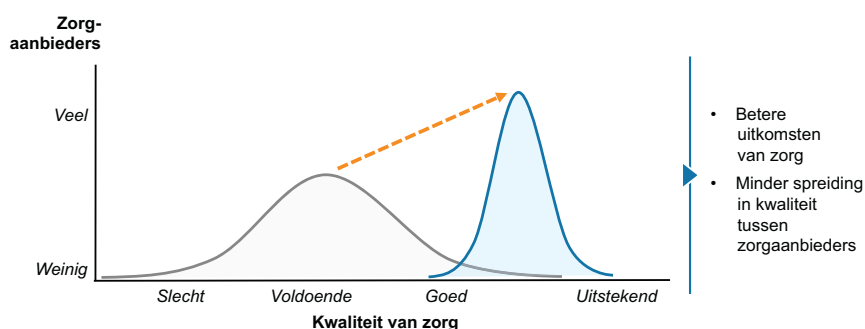
⁶ Naar het raamwerk van Donabedian: Donabedian. Explorations in quality assessment and monitoring. The definition of quality and approaches to its assessment. Health Administration Press, 1980.

⁷ Een uitgebreide beschrijving van dit principe is te vinden in: Huijsman et al. Wat een uitkomst! Vier jaar leren over kwaliteit van zorg. Zilveren Kruis Zorgverzekeringen, 2015.

FIGUUR 8

**'Shifting the curve' in de ouderenzorg:
op weg naar betere kwaliteit en minder praktijkvariatie**

Veranderen van de kwaliteitscurve door transparantie in uitkomsten van zorg



Ook in de ouderenzorg komt – nog schoorvoetend, maar onmiskenbaar – een beweging van een input- naar een output- gedreven systeem op gang. Voor vergoeding en verantwoording van de geleverde zorg is de centrale vraag voor zorgaanbieders in zo'n systeem niet "hoeveel uur heb ik aan deze cliënt besteed?" maar "wat heeft mijn inzet voor deze cliënt opgeleverd?".

Het verleggen van de focus van inzet van zorg naar waarde van de geleverde zorg kan veel opleveren. In Figuur 9 laten we bijvoorbeeld de afwijking ten opzichte van het gemiddelde zien in de verschillende factoren die de kosten van wijkverpleging beïnvloeden⁸.

We zien enige spreiding in de uurtarieven, maar een veel grotere variatie in de zorgintensiteit en zorgduur per cliënt en in de prevalentie (het percentage inwoners van een regio dat wijkverpleging krijgt). Het achterhalen van de oorzaken van die verschillen is de aanzet tot een grote verbetering van zowel kwaliteit als kosten. Waarom is bijvoorbeeld de gemiddelde zorgduur zoveel langer bij de ene aanbieder dan bij de andere? Komt dit door verschillen tussen de cliënten voor wie men zorgt? Is de groep die langduriger zorg ontvangt ook beter af? Wat doen ze anders? Wat kan je daarvan leren?

In de ziekenhuiszorg heeft de beweging naar transparantie over uitkomsten van zorg en verbeteren op basis van *best practices* al tot daadwerkelijke verbeteringen in de zorg

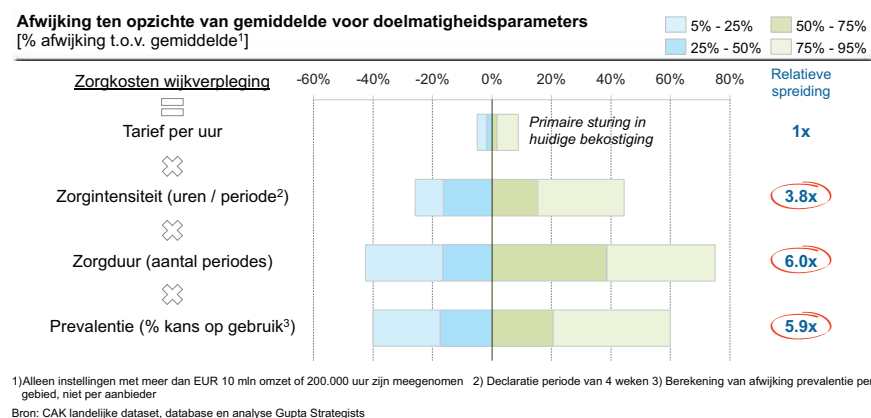
⁸ Om vertekening door kleine aanbieders met sterk afwijkende zorgduur of -intensiteit (bijvoorbeeld omdat ze zich specifiek op palliatieve zorg richten) te voorkomen, zijn alleen instellingen met een omzet >€ 10mln of met > 200.000 uren geleverde zorg per jaar meegenomen.

geleid. Zo is een aantal ziekenhuizen aan de slag gegaan met het delen en bespreken van uitkomsten voor darmkankerdiagnostiek. Op basis van de onderlinge verschillen die zij daarbij tegenkwamen en het gezamenlijk zoeken naar de oorzaken is een aantal heel concrete verbeteringen doorgevoerd in het darmonderzoek. Zo zijn naar aanleiding van het aantal complicaties de instellingen van bepaalde apparatuur aangepast en krijgen patiënten nu meer informatie over de voorbereiding op de operatie, zodat de darm voldoende schoon is voor een goed onderzoek⁹.

Een dergelijke aanpak is ook binnen de ouderenzorg mogelijk, bijvoorbeeld voor wondzorg. Meetgegevens over de genezingsduur vormen dan aanleiding voor wijkverpleegkundigen om de onderliggende verschillen in aanpak te bespreken en de *best practices* van elkaar over te nemen. Zo'n proces leidt uiteindelijk tot merkbare verbeteringen voor cliënten (snellere genezing), maar ook tot lagere zorgkosten (minder uren wijkverpleegkundige zorg). Voorwaarde is wel dat de financiële beloning ook op *output* in plaats van *input* plaatsvindt, zodat zorgverleners een stimulans krijgen om in minder uren betere zorg te verlenen.

FIGUUR 9

Spreading in drijvers zorgkosten wijkverpleging biedt kans om doelmatigheid te verhogen op intensiteit en zorgduur in plaats van uurtarieven



Er zijn nog onvoldoende uitkomstmaten voor ouderenzorg beschikbaar

Sturen op waarde betekent ook dat vooraf duidelijk is wat we waardevol vinden. Hier ligt een taak voor cliënten(organisaties), overheid, zorgaanbieders en verzekeraars om gezamenlijk te definiëren wat goede kwaliteit van thuiszorg, wijkverpleging en intramurale ouderenzorg is.

⁹ Voor meer voorbeelden zie ook: Huijsman et al. Wat een uitkomst! Vier jaar leren over kwaliteit van zorg. Zilveren Kruis Zorgverzekeringen, 2015.

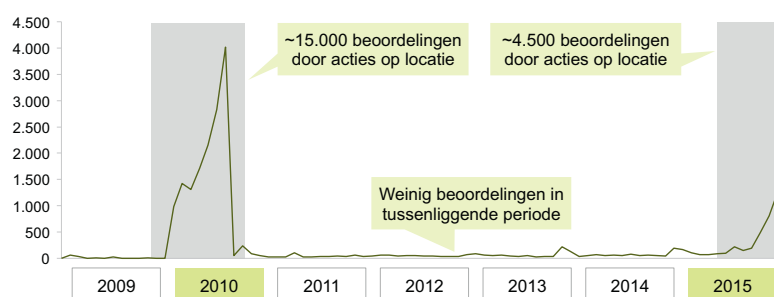
Tot nu toe is het aantal publiek beschikbare kwaliteitsindicatoren in de langdurige zorg nog beperkt. Het is ook lastig: onlangs is besloten te stoppen met een van de weinige breed gebruikte instrumenten in de intramurale zorg, de CQ-index voor het meten van patiëntervaringen. Reden daarvoor is dat de sector vond dat die onvoldoende inzicht in de werkelijke kwaliteit oplevert om de administratieve last van het verzamelen, verwerken en terugkoppelen te rechtvaardigen¹⁰.

Toch hebben patiëntervaringen en patiënttevredenheid een belangrijke plaats in het transparant maken van de (ervaren) kwaliteit van ouderenzorg. Eén van de initiatieven is ZorgkaartNederland, dat beoordelingen van individuele zorgverleners (huisartsen, apothekers) en instellingen (ziekenhuizen, verpleeghuizen) verzamelt. Figuur 10 laat zien dat cliënten hun zorgverleners beoordelen, maar dat dit niet vanzelfsprekend is: met gerichte PR zoals in 2010 en 2015 stijgt het aantal beoordelingen fors, maar wanneer er nauwelijks reclame gemaakt wordt zakt dit snel weer in. Wat opvalt, is dat een aantal zorgorganisaties veel beoordelingen heeft ontvangen (Figuur 11).

FIGUUR 10

Veel beoordelingen op ZorgkaartNederland door gerichte PR in 2010 en 2015, weinig beoordeling in tussenliggende jaren

Ontwikkeling aantal beoordelingen van VVT-instellingen op ZorgkaartNederland
[januari 2009 – januari 2016]



Bron: gegevens ZorgkaartNederland, analyse Gupta Strategists

Naast het verzamelen van patiëntervaringen kan ook het gebruik van meetinstrumenten voor bijvoorbeeld zelfredzaamheid, kwaliteit van leven of kwaliteit van bestaan het verbeterproces een impuls geven. Het gebruik van zulke *patient-reported outcome measures* (PROM's) is niet alleen waardevol door het terugkoppelen en benchmarken

¹⁰ Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Kamerbrief over Voortgang 'Waardigheid en Trots, liefdevolle zorg voor onze ouderen'. 26 juni 2015.

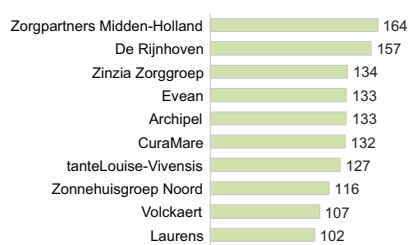
van geaggregeerde resultaten, maar juist ook in het primaire proces. Wanneer een cliënt opeens veel lagere scores heeft op kwaliteit van bestaan kan dit aanleiding zijn voor een gesprek om de onderliggende oorzaken te achterhalen en de zorgverlening daarop aan te passen. Op die manier ontstaat een korte feedbackloop tussen cliënt en zorgverlener die tijdig bijsturen vergemakkelijkt.

Tot slot is er een aantal interessante uitkomsten te verkennen op het gebied van integrale zorg en totale zorgkosten voor de ouderenzorg. Lukt het inderdaad om mensen zo lang mogelijk thuis te laten wonen met goede kwaliteit van zorg? Kunnen ouderen door een goede overdracht naar de wijkverpleegkundige eerder naar huis na een ziekenhuisopname? Lukt het huisartsen en wijkverpleegkundigen om mensen in de eerste lijn, dichtbij huis zodanig goed te behandelen dat doorverwijzing naar de tweede lijn minder nodig is?

FIGUUR 11

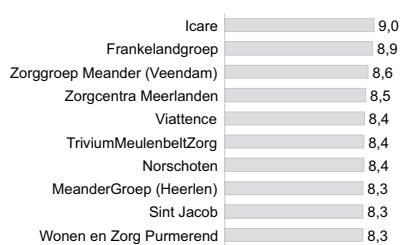
Aantal VWT-instellingen heeft veel beoordelingen ontvangen en beoordelingen zijn over het algemeen positief

Top 10 meeste recente beoordelingen op ZorgkaartNederland ¹[beoordelingen sinds 1-1-2015]



Totaal aantal beoordelingen
sinds 1-1-2015: **4.796**

Top 10 gemiddelde score op ZorgkaartNederland ¹
[o.b.v. beoordelingen sinds 1-1-2015]



Gemiddelde score van beoordelingen
sinds 1-1-2015: **7.9 / 10**

1) Alleen zorgaanbieders meegenomen met minimaal 25 beoordelingen sinds 1-1-2015
Bron: gegevens ZorgkaartNederland per 20-1-2016

Ontwikkelen gemeenschappelijke taal voor uitkomsten is voorwaarde

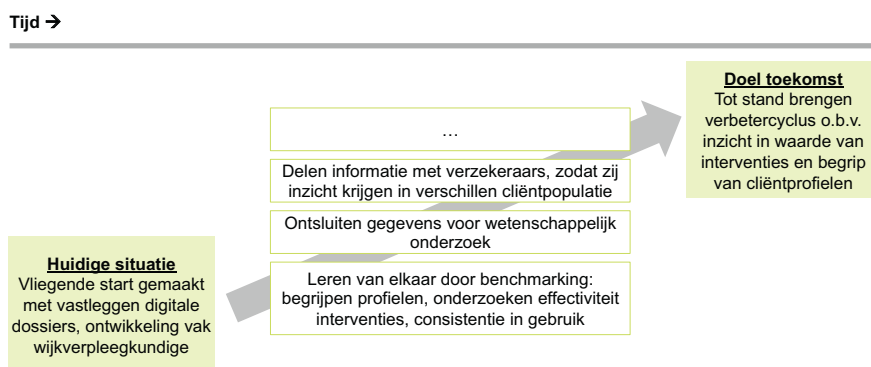
Om een verbetercyclus op kwaliteit en doelmatigheid tot stand te brengen is het belangrijk dat aanbieders hun eigen populatie goed kennen en inzicht hebben in de waarde van bepaalde interventies voor de verschillende groepen binnen die populatie. De basis daarvoor is in de wijkverpleging al gelegd door de vliegende start die is gemaakt in het gebruik van digitale dossiers. Een groeiend deel van de zorgaanbieders werkt al met systemen om verpleegkundige diagnoses te stellen en de zorgvraag te

classificeren. Een voorbeeld daarvan is het Omaha-systeem¹¹. In zo'n systeem registreren wijkverpleegkundigen patiëntkenmerken, zorgvraag, daaraan gekoppelde acties en resultaten.

Het consequent vastleggen van informatie over cliënt, behandeling en resultaat van de geleverde zorg geeft structuur en houvast voor de zorg aan individuele patiënten. Tegelijkertijd bouwen zorgaanbieders aan een waardevolle database om bijvoorbeeld het effect van nieuwe verpleegkundige interventies te evalueren en uiteindelijk hun werkwijze daarop aan te passen (Figuur 12). Zorgaanbieders die echt mee willen in het 'nieuwe werken' zien in dat het op deze manier vastleggen en gebruiken van gegevens geen extra administratieve last is, maar onderdeel van goed zorgverlenerschap en vanzelfsprekend voor een organisatie die zichzelf steeds verder wil verbeteren.

FIGUUR 12

Na vliegende start digitale dossiers wijkverpleging samen stappen zetten om verbetercyclus tot stand te brengen



Het echt tot stand brengen van een verbetercyclus vraagt een gezamenlijke inspanning van de sector en kan een flink duwtje in de rug krijgen door de verzamelde gegevens te ontsluiten voor wetenschappelijk onderzoek. Op die manier kunnen gegevens van meerdere zorgaanbieders gecombineerd worden, wat de (statistische) analyse versterkt en de conclusies breder toepasbaar maakt. Belangrijk daarbij is om als sector te komen tot een gemeenschappelijk kader waarbinnen eensgezindheid is over definities, afbakeningen en wijze van vastleggen en zo een gezamenlijk platform voor *evidence-based* verandering te bouwen.

¹¹ www.omahasystem.nl

3. Van laag- naar hoogrisico omgeving

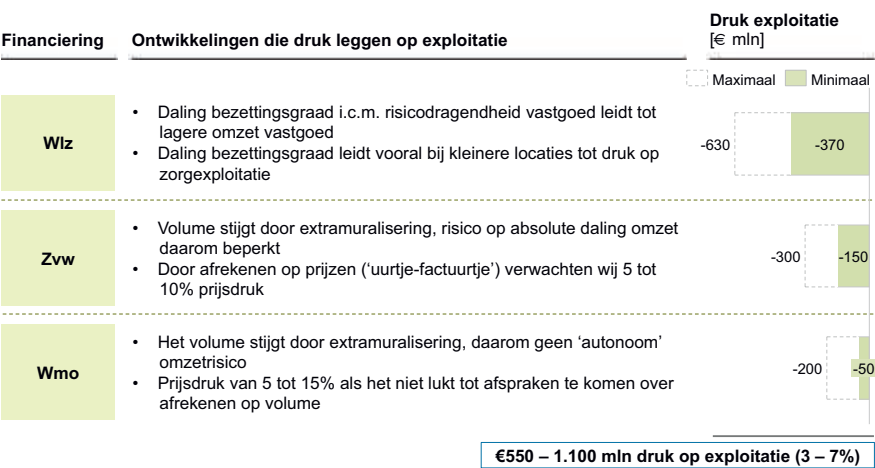
De ouderenzorg is van het minst risicovolle segment opgeschoven naar het meest risicovolle onderdeel van de Nederlandse gezondheidszorg. Oorzaak is de stapeling van transitie's: (i) extramuralisering, waardoor overcapaciteit ontstaat in vastgoed en de zorgexploitatie van kleinere locaties onder druk komt, (ii) de overheveling van de wijkverpleging naar de Zvw, waardoor volume- en prijsrisico's toenemen en (iii) de druk op volume en tarieven voor begeleiding in de Wmo. Deze risico's maken het noodzakelijk voor zorgaanbieders om volledig inzicht te hebben in het rendement per financier, het vastgoed te saneren of om te bouwen en alle onnodige kosten in de organisatie aan te pakken. Om op lange termijn gezond te blijven zullen organisaties in 2018 gemiddeld genomen 3 tot 7% effectiever moeten werken.

WT-sector krijgt komende drie jaar te maken met 3 tot 7% druk op de exploitatie

Met de overgang van de Awbz naar Wlz, Zvw en Wmo is ook het aantal financiers waar een aanbieder van ouderenzorg mee te maken heeft toegenomen. Waar vroeger vrijwel alle geldstromen via het zorgkantoor verliepen, zijn deze nu verdeeld over datzelfde zorgkantoor, de verschillende zorgverzekeraars en de gemeentes. Aanbieders moeten met al deze partijen apart afspraken maken over de zorg. Dat levert meer ruimte voor maatwerk, maar betekent ook dat de wereld voor aanbieders van ouderenzorg veel complexer is geworden.

Wij verwachten dat ouderenzorgaanbieders de komende drie jaar te maken krijgen met 3 tot 7% druk op de exploitatie. Die ontstaat door een combinatie van ontwikkelingen die allen te maken hebben met de opsplitsing van de Awbz en de wens om zorg te verplaatsen naar thuis. Figuur 13 vat de druk op de exploitatie van WT-organisaties samen. Hieronder volgt een nadere toelichting op de trends en consequenties per financieringsstroom.

FIGUUR 13
Door stapeling van transities directe druk van 3-7% verwacht op de exploitatie van VVT-aanbieders



Bron: jaarverslagen zorgaanbieders, cijfers aantal ZZP's CBS, analyse en projectervaring Gupta Strategists

Zware zorg Wlz: druk op rendement door extramuralisering is fors en neemt toe

In de Wlz leidt de extramuralisering van lichtere zorg ertoe dat de exploitatie blijvend onder druk komt te staan door twee factoren:

1. De vergoeding voor vastgoed zal fors dalen. Dit komt door de combinatie van (i) 22% minder ouderen in een instelling in 2018 (zie hoofdstuk 1) en (ii) de stapsgewijze overgang naar volledige risicodragendheid op vastgoed vanaf 2018 via de Normatieve Huisvesting Component (NHC), waardoor dit risico bij zorgaanbieders zal liggen. In het meest ongunstige scenario, waarin ook 50% van ZZP4 uit de instellingen verdwijnt, verliezen zorgaanbieders op termijn maximaal € 430 mln per jaar aan vastgoedopbrengsten. Als ZZP4 volledig intramuraal blijft is het verlies maximaal € 300 mln per jaar in 2018. Als het lukt om 50% van de lege plekken te verhuren tegen € 450 per maand – naar onze mening een 'best case' scenario van scheiden wonen en zorg – is het totale risico voor de sector nog steeds € 225 mln. En daarbij zijn investeringen nodig om de locatie geschikt te maken voor scheiden van wonen en zorg.
2. De exploitatie van kleinere verzorgingshuizen zal zonder maatregelen verslechteren. Dat komt door de grote daling in de bezettingsgraad, waardoor basisvoorzieningen over een steeds kleiner aantal bewoners moeten worden omgeslagen. Denk aan een verzorgingshuis met voorheen 70 bewoners, maar na extramuralisering nog maar 40. Voor zo'n locatie wordt een aantal voorzieningen navenant duurder, zoals een verpleegkundige in de nacht, de inroostering van zorgteams per verdieping voor

voldoende toezicht, koken op locatie door een kok, eten in de middag geserveerd door woonzorgmedewerkers en de dagelijkse aanwezigheid van een receptionist. Dat zijn schaalgevoelige activiteiten die onder een bepaalde grens heel duur zijn. Op basis van de werkelijke omvang van verzorgingshuizen in Nederland en de daling van de lichte ZZP's hebben we gekwantificeerd hoeveel kosten in de directe cliëntenzorg en in de 'verblijfscomponent' *niet* omlaag kunnen zonder radicale aanpassing van het organisatiemodel. Deze berekening komt uit op een totale efficiencydruk van € 140 tot 200 mln. Daarbij gaan we er op basis van projectervaring van uit dat de kosten in de zorgexploitatie en woonzorgexploitatie voor kleinere locaties tussen de 10% en 40% (oplopend naarmate de locatie kleiner is) vast zijn en niet kunnen meebewegen met een lagere bezetting zonder radicale aanpassing van de werkwijze.

Deze factoren – minder vastgoedopbrengsten en de moeilijke exploitatie van vooral kleinere locaties – zorgen er samen voor dat zorgaanbieders hun doelmatigheid in de intramurale zorg met € 370 tot 630 mln zullen moeten verhogen om hun operationele marge gelijk te houden. Dat komt neer op 3 – 6% van de totale intramurale kostenbasis.

Wijkverpleging in de Zvw: druk van 5-10% op de tarieven

Verzekeraars zijn steeds risicodragender op de kosten van wijkverpleging (zie kader), waardoor hun focus op een goed inkoopresultaat zal toenemen. Zolang de prijs van een uur zorg het primaire stuurinstrument blijft in de bekostiging en de zorginkoop zullen zorgverzekeraars om de zorgkosten te beheersen als eerste kijken naar de uurtarieven. De vraag zal groeien door extramuralisering. Omdat er tegelijkertijd geen eigen bijdrage meer geldt in de Zvw en er daardoor vanuit de patiënt geen financiële 'rem' meer bestaat, zullen verzekeraars druk zetten op de tarieven.

Als zorgverzekeraars over de volle breedte een verlaging van de uurtarieven afdwingen van 5 tot 10% komt de totale prijsdruk op de sector bij een omvang van € 3 mld uit op € 150 tot 300 mln. De mogelijkheid om verliezen te financieren is beperkt gezien de dunne marges en het kleine weerstandsvermogen.

Begeleiding in de Wmo: overheveling leidt tot 5 – 20% druk op de kostprijs

Gemeenten zijn risicodragend op de zorginkoop in de Wmo, wat wil zeggen dat ze zelf opdraaien voor eventuele tekorten (zie kader). Op basis van de gesloten contracten over 2015 en de onderhandelingen over het jaar 2016 schatten we in dat gemeentes een prijsverlaging van 5 tot 20% kunnen afdwingen. Dit komt neer op € 50 tot 200

mln lagere opbrengsten met dezelfde afspraken over het volume. Voor zorgorganisaties betekent dat óf de kostprijs per eenheid met een vergelijkbaar percentage verlagen, óf een verlies accepteren.

De impact van de overheveling van de huishoudelijke hulp naar de Wmo enige jaren geleden geeft een indicatie van wat komen gaat in de begeleiding. Uit de jaarverslagen van zorgaanbieders in 2007 – het jaar van de overheveling – blijkt dat er destijds ongeveer € 140 mln winst is verdampt, waardoor de winstmarge van de sector toen net boven de 0% uitkwam.

TOENEMENDE RISICODRAGENDHEID = STRAKKERE ZORGINKOOP

Zorgverzekeraars en gemeenten zijn steeds meer risicodragend op de zorg die zij financieren. Gemeentes krijgen voor de uitvoering een budget en moeten de kosten van een eventuele overschrijding zelf dragen. Het budget dat gemeenten ontvangen voor begeleiding is lager dan wat eerder in de Awbz voor deze zorg beschikbaar was. De gedachte daarachter is dat gemeenten meer maatwerk kunnen bieden dan het zorgkantoor en voor een grotere inzet van vrijwilligers en mantelzorgers kunnen zorgen. Daarbij kijkt men per situatie wat de passendste manier is om een bepaald resultaat (een zelfredzame patiënt, een schoon huis) voor een cliënt te bereiken. De best passende oplossing kan natuurlijk ook betaalde zorg zijn en in die gevallen moet die zorg ook beschikbaar en toegankelijk zijn.

Ook zorgverzekeraars dragen steeds meer risico over de zorgkosten in de wijkverpleging. In 2015 heeft slechts een beperkte stap plaatsgevonden in de vorm van een bandbreedteregeling van +/- € 5 per verzekerde met 95% nacalculatie van het resultaat buiten die bandbreedte. Ze lopen per 1 januari 2016 al meer risico over de onder de Zvw geleverde zorg, en per 2017 zullen zij zelfs volledig risicodragend worden als de plannen daartoe doorgaan. Doel daarvan is een grotere prikkel voor zorgverzekeraars om de kosten van de wijkverpleging te beheersen.

Zorgaanbieders kunnen door gerichte maatregelen anticiperen op deze druk

Zorgaanbieders kunnen anticiperen op de hierboven beschreven kostendruk door gerichte maatregelen te nemen in de Wlz, Zvw en Wmo. Omdat de risico's in alle financieringsstromen aanwezig zijn is het allereerst belangrijk om goed zicht te hebben

op de ontwikkeling van de exploitatie per financieringsstroom en per contract. Gebrek aan transparantie in de resultaten per eenheid en het in stand houden van kruissubsidies is vragen om ongelukken. Figuur 14 geeft een samenvatting van de prioriteiten per financieringsstroom.

FIGUUR 14

Anticiperen op efficiencydruk vergt ingrijpen in organisatie en beheersing volume in Zvw en Wmo om 'prijs-val' te ontlopen

Financiering	Omvang [€ mln]	Prioriteiten om bedrijfsvoering op orde te brengen
Wlz	Vastgoed: 225 – 430 mln Zorgexploitatie: 140 – 200 mln	• Bij behoud kleine locatie met lagere bezetting, omvormen organisatiemodel naar kleinschalige teams à la thuiszorg met minimale overhead • Alternatief: sluiten locaties (prognose NL gemiddeld: in 2018 zijn er 22% minder bedden bezet dan in 2010) • Professionalisering inkoop en vereenvoudiging overhead
Zvw	Prijsdruk: 150 – 300 mln	• Probleem: margerisico door 'prijs-val': beloning op uurtje factuurtje = steeds lagere uurtarieven = 1-op-1 druk op marge • Oplossing voor zowel verzekeraars als aanbieders: gaan voor contracteren op integrale zorgkosten i.p.v. uurtarieven • Uitdaging voor zorgaanbieders is om te leren sturen op <i>integrale</i> kosten en te innoveren op (1) intensiteit van zorg, (2) duur van zorgtrajecten en (3) de prevalentie
Wmo	Prijsdruk: 50 – 150 mln	

Bron: analyse en projectervaring Gupta Strategists

Wlz: radicaal anders werken in kleine locaties of sluiten

In de Wlz adviseren wij om uit te gaan van het principe 'verlagen capaciteit en verkleinen aantal locaties of radicaal anders organiseren'. Hiervoor zijn twee redenen. Ten eerste is omvorming naar scheiden van wonen en zorg niet voor alle locaties uitvoerbaar en zal hoe dan ook leiden tot ~50% minder vastgoedopbrengsten, uitgaande van een reële huur van 450 in plaats van 900 euro voor de Normatieve Huisvestingscomponent (NHC). Ten tweede bestaat in elke markt met overcapaciteit uiteindelijk risico op extra prijsdruk: als alle zorgaanbieders locaties 'te vullen' hebben, zal de laagste bidder al snel winnen. Kortom, door daadwerkelijk locaties te sluiten en daarmee capaciteit uit de markt te halen is het risico voor de sector lager en de exploitatie op langere termijn beter vol te houden.

Er kunnen valide redenen zijn om een kleinere locatie toch open te houden, zoals het belang voor de lokale beschikbaarheid van zorg in dorpen en wijken, of de onmogelijkheid om een pand te verkopen of de huur op korte termijn op te zeggen. In dat geval is het

nodig om de organisatievorm radicaal aan te passen aan de kleinere schaal. In essentie gaat het om zelforganisatie als leidend principe, zoals steeds meer gebruikelijk in de thuiszorg. De zorg is een zoveel mogelijk zelf-organiserend team, alle woonzorgfuncties zijn afgeslankt en geflexibiliseerd en de (centrale) ondersteuning is tot een minimum beperkt. Om de faciliteiten zo goed mogelijk te behouden zijn creatieve oplossingen nodig, zoals een centrale maaltijdvoorziening, gebruik van domotica voor bijvoorbeeld de receptie en medewerkers die zowel woon- als zorgtaken uitvoeren. Ook de inzet van vrijwilligers levert een belangrijke bijdrage aan de kwaliteit van leven voor bewoners.

Zvw en Wmo: *verantwoordelijkheid nemen voor integrale kosten om 'prijs-val' te vermijden*

Belangrijk voor zorgaanbieders is erop te anticiperen dat de toegenomen risico-dragendheid van verzekeraars en gemeenten ook hen zal bereiken. De kunst is niet af te wachten, maar nu stappen te zetten. Gemeentes en zorgverzekeraars hebben te maken met een groeiende vraag naar begeleiding en wijkverpleging. Door de focus in de zorginkoop te verbreden van de prijs naar alle drijvers van de zorgkosten kunnen financiers en zorgaanbieders het gedeelde belang vinden. Aanbieders kunnen met financiers de ruimte opzoeken om afspraken te maken over het zorgvolume en de drijvers van integrale kosten, zoals zorgintensiteit en zorgduur. Het voordeel daarvan is dat aanbieders zich kunnen richten op slimme manieren van organiseren en zorginhoudelijke innovatie, waardoor patiënten minder uren zorg nodig hebben. Dat is een aantrekkelijker perspectief dan zoeken naar manieren om de kostprijs per uur (verder) te verlagen.

Verzekeraars en gemeenten kunnen bijdrage leveren door beloning doelmatigheid

Voor verzekeraars is de prikkel bij meer risicodragendheid in de Zvw duidelijk: onvoldoende aandacht voor doelmatigheid bij de inkoop van zorg levert direct financieel nadeel. Wanneer zij ervoor kiezen om een deel van het toegenomen risico naar zorgaanbieders te verschuiven, moeten ze er rekening mee houden dat dit ook een hogere kans op financiële problemen bij die aanbieders geeft. Er ontstaat dus een spagaat met aan de ene kant het financieel risico dat men wil delen met aanbieders, en aan de andere kant het risico dat (bijv. door faillissement van een zorgaanbieder) niet aan de zorgplicht kan worden voldaan. Wij denken dat ook hier geldt: staar je niet blind op de kostprijs, maar geef zorgaanbieders de kans om de integrale doelmatigheid van zorg stapsgewijs te verhogen door ze ook een verantwoordelijkheid te geven op beheersing van het zorgvolume. Zoals we in hoofdstuk 2 konden zien (zie Figuur 9)

bestaat er aanzienlijke praktijkvariatie in zorgintensiteit, zorgduur en prevalentie. Daar kunnen aanbieders en zorgverzekeraars gezamenlijk stappen zetten om de zorg te verbeteren zonder in een race terecht te komen naar een steeds lagere kostprijs per uur.

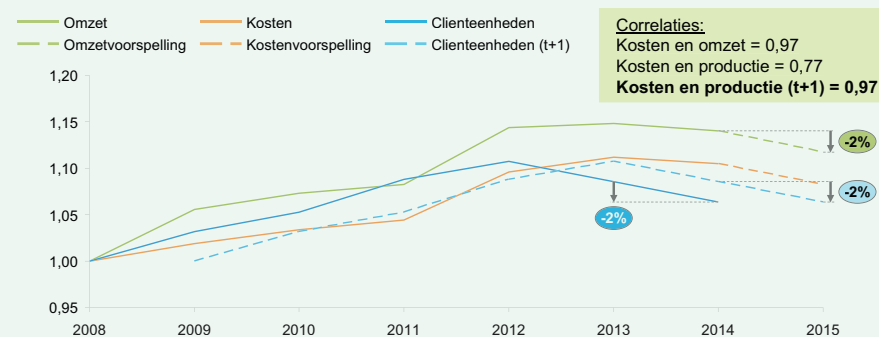
HOE STAAT DE VVT-SECTOR ER BEDRIJFSMATIG VOOR?

De verschuivingen in de ouderenzorg vragen veel van zorgaanbieders. Een nieuwe manier van werken, meer maatwerk en sturen op resultaat in plaats van uren zorg. Daarnaast is krimp in de ouderenzorg een realiteit: tot nu toe volgden de ontwikkeling van kosten en omzet die van de productie met een vertraging van ongeveer een jaar. Figuur 15 laat zien dat daarmee een daling van kosten en omzet in 2015 te verwachten is. Wanneer dan ook nog steeds meer risico verschuift naar zorgaanbieders bestaat er een reëel risico op 'omvallen' van zorgaanbieders die onvoldoende klaar zijn voor het 'nieuwe normaal in de ouderenzorg'.

FIGUUR 15

Kosten en omzet volgen productieontwikkeling op 1 jaar, daarom verwachte daling in 2015

Ontwikkeling kosten, omzet en cliënteenheden in VVT-sector
[€ miljard, cliënteenheden mln]



Bron: jaarverslagen ouderenzorgaanbieders, analyse Gupta Strategists

Hoe goed staat de sector er eigenlijk voor? In 2014 was het grootste deel van de zorgaanbieders die actief zijn in de ouderenzorg winstgevend (Figuur 16), hoewel die winst in 2013-2014 met een gemiddelde van 1,5% van de omzet zo'n 0,5% lager lag dan in de jaren daarvoor. Figuur 17 zoomt verder in op het resultaat per type aanbieder. Daaruit blijkt dat vooral het resultaat van de grote extramurale zorgaanbieders laag is met een verlies van 0,1% van de omzet.

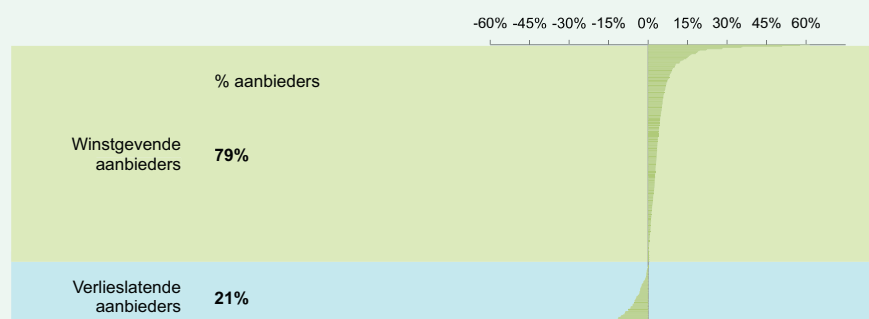
Het eigen vermogen van VVT-instellingen is tot 2014 elk jaar toegenomen en lag eind 2014 op 26% van de omzet (Figuur 18). Ook hier springen bij verder inzoomen de

thuiszorgaanbieders eruit. Zowel kleine als grote thuiszorgaanbieders zijn in 2014 vergeleken met het voorgaande jaar met 1-2% ingeteerd op hun eigen vermogen (Figuur 19).

FIGUUR 16

Grootste deel aanbieders in VVT-sector is winstgevend

Winstgevendheid per aanbieder
[% winst t.o.v. omzet]



Bron: jaarverslagen ouderenzorgaanbieders, analyse Gupta Strategists

FIGUUR 17

Resultaat van thuiszorgaanbieders staat onder druk

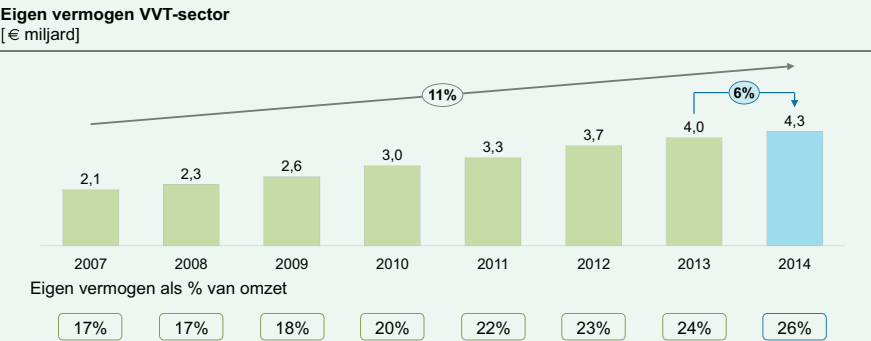
Winst t.o.v. omzet VVT-sector per type aanbieder
[% , 2014]

Ontwikkeling marge
[%-punten verandering 2014 t.o.v. 2013]

Totaal	1,5%	0,0%
Extramuraal - Groot	-0,1%	0,4%
Extramuraal - Klein	2,1%	-1,1%
Intra en extra - Groot	1,3%	0,0%
Intra en extra - Klein	2,2%	-0,2%
Intramuraal - Groot	1,6%	-0,3%
Intramuraal - Klein	3,2%	1,4%

Bron: jaarverslagen ouderenzorgaanbieders, analyse Gupta Strategists

FIGUUR 18
Eigen vermogen VVT-sector groeit elk jaar en ligt in 2014 op 26%



Bron: jaarverslagen ouderenzorgaanbieders, analyse Gupta Strategists

FIGUUR 19
De vermogenspositie van thuiszorgaanbieders is kwetsbaar

Eigen vermogen t.o.v. de omzet VVT-sector per type aanbieder [% , 2014]		Ontwikkeling % eigen vermogen [%-punten verandering 2014 t.o.v. 2013]	
Totaal	26%		1,5%
Extramuraal - Groot	11%	-1,0%	
Extramuraal - Klein	17%	-1,4%	
Intra en extra - Groot	22%		1,8%
Intra en extra - Klein	35%		1,0%
Intramuraal - Groot	29%		1,5%
Intramuraal - Klein	38%		3,2%

Bron: jaarverslagen ouderenzorgaanbieders, analyse Gupta Strategists

Bronvermelding

Jaarverslagen VWT-aanbieders

Waar we in deze studie rapporteren over de prestaties van VWT-aanbieders gebeurt dat op basis van jaarverslagen die zijn gedeponneerd op jaarverslagenzorg.nl en gepubliceerd door DigiMV. Vervolgens zijn de data grondig geschoond voor fouten en omissies. 449 aanbieders voldoen aan de twee criteria die wij hebben gehanteerd voor inclusie:

1. Leveren van VWT-zorg tussen 2012 en 2014 met een reële omzet per jaar
2. Focus op VWT (criterium: >50% van de omzet in de VWT)

Wij rapporteren resultaten op twee niveaus:

1. De VWT-sector als geheel: onze analyse bestrijkt de 449 aanbieders die voornamelijk actief zijn in de VWT-sector. Deze aanbieders leveren minimaal 90% van alle ouderenzorg in Nederland
2. Vergelijkingsgroepen: de prestatie van een vergelijkingsgroep geeft inzicht in trends en geeft de mogelijkheid om aanbieders met eenzelfde profiel te vergelijken. Wij hebben de 449 aanbieders verdeeld in zes vergelijkingsgroepen op basis van focus en omvang:
 - a. Intramuraal - groot: >75 % omzet is intramuraal, omzet > € 20 mln
 - b. Intramuraal - klein: >75 % omzet is intramuraal, omzet < € 20 mln
 - c. Extramuraal - groot: >75 % omzet is extramuraal, omzet > € 5 mln
 - d. Extramuraal - klein: >75 % omzet is extramuraal, omzet < € 5 mln
 - e. Intra/extra - groot: 25 % tot 75 % van de omzet is intra of extra, omzet > € 20 mln
 - f. Intra/extra - klein: 25 % tot 75 % van de omzet is intra of extra, omzet < € 20 mln

Andere databronnen

In deze studie maken we gebruik van verschillende openbare databronnen:

- Centraal Bureau voor de Statistiek (www.statline.cbs.nl)
- Monitor Langdurige Zorg (www.monitorlangdurigezorg.nl)
- Kosten van Ziekten studie (www.volksgezondheidenzorg.info)
- ZorgkaartNederland (www.zorgkaartnederland.nl)

Daarnaast hebben wij gebruik gemaakt van data van het CAK. Dit zijn gegevens over zorggebruik per product op individueel cliëntniveau over meerdere jaren, uiteraard geanonimiseerd.

Indien andere bronnen zijn gebruikt voor specifieke analyses dan zijn die als voetnoot vermeld bij de betreffende figuur of tekst.

Literatuurlijst

Documenten waarnaar we in de tekst verwijzen vermelden we op de betreffende pagina in een voetnoot. Hieronder volgt de volledige lijst op alfabetische volgorde. Websites zijn als voetnoot vermeld bij de betreffende figuur of tekst.

- Alzheimer Nederland. Onveilige situaties thuis en buitenshuis. Rapportage peiling april 2014.
- Doekhie et al. Ouderen van de toekomst. Verschillen in de wensen en mogelijkheden voor wonen, welzijn en zorg. NIVEL, 2014.
- Donabedian. Explorations in quality assessment and monitoring. The definition of quality and approaches to its assessment. Health Administration Press, 1980.
- Huijsman et al. Wat een uitkomst! Vier jaar leren over kwaliteit van zorg. Zilveren Kruis Zorgverzekeringen, 2015.
- Spijker et al. Effectiveness of Nonpharmacological Interventions in Delaying the Institutionalization of Patients with Dementia: A Meta-Analysis. Journal of American Geriatric Society (JAGS)', 56: 1116-1128, 2008.
- Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Kamerbrief over Voortgang 'Waardigheid en Trots, liefdevolle zorg voor onze ouderen'. 26 juni 2015
- Van Campen et al. Met zorg ouder worden - Zorgtrajecten van ouderen in tien jaar. Sociaal en Cultureel Planbureau, 2013.

Over de studie

Deze studie is onafhankelijk en op persoonlijke titel van Gupta Strategists uitgevoerd. Gupta Strategists brengt regelmatig onafhankelijke studies uit over sectoren van de gezondheidszorg waarbinnen zij actief is. Voor meer informatie zie www.gupta-strategists.nl.

Over de auteurs

Jurre de Bruin en **Marloes Hagemans** zijn adviseur bij Gupta Strategists. Zij hebben verschillende projecten in de ouderenzorg uitgevoerd, waaronder portfolio studies, zorgvraag analyses en programma's om de doelmatigheid van zorg en ondersteuning te verbeteren. Hun contactgegevens zijn:

Jurre de Bruin

tel: 06-34924904

jurre.debruin@gupta-strategists.nl

Marloes Hagemans

tel: 06-20983421

marloes.hagemans@gupta-strategists.nl

Dankbetuiging

Veel dank aan **Dennis Diederix** en **Thijs de Kruif**, beide adviseur bij Gupta Strategists, voor hun bijdrage aan deze studie.