

# Trouw aan de belofte

Zicht op prestaties ouderenzorg: studie VVT 2009



# Voorwoord

Veel medische interventies zijn kosteneffectief, maar investeringen in preventie zijn vele malen effectiever. Dit blijkt uit empirisch onderzoek van hoogleraar David Cutler aan Harvard University.

Zo toont hij aan dat effectieve interventies bij vroeggeboren kinderen door medische innovaties mogelijk zijn geworden. Voor USD 70.000 per kind worden 13 gezonde levensjaren gewonnen. Deze interventie is waardevol voor het kind, de ouders en de maatschappij. Maar het blijkt nog veel effectiever om een belangrijke oorzaak van vroeggeboortes aan te pakken: een ongezonde leefstijl van de moeder. Dit kan met eenvoudige programma's gericht op de moeder, via telefonisch contact en bezoek aan huis. Aandachtsgerichte zorg.

Hart- en vaatziekten zijn een tweede voorbeeld. Interventies kosten USD 30.000 en leveren ongeveer USD 120.000 op. Investerings in preventie leveren echter meer op. Een investering van USD 1.000 per persoon levert USD 7.000-30.000 op, zo blijkt uit het onderzoek van Cutler.

In het kader van preventie zal de rol van ouderenzorg in belang toenemen. De zorgverleners in deze sector komen namelijk dicht bij de meest kwetsbare mensen dan wie dan ook. Ook beschikken zij over de benodigde deskundigheid. Het is daarom belangrijk ouderenzorg te koesteren, terwijl we kritisch kijken naar mogelijkheden voor efficiencyverbetering. Alleen zo kunnen we voldoen aan de maatschappelijke belofte aan kwetsbare ouderen: goede zorg en een waardig bestaan. Deze studie verschaft inzichten die helpen om trouw te blijven aan deze belofte.

# Samenvatting

Dit rapport geeft instellingen, verzekeraars en beleidsmakers in de Verpleging, Verzorging en Thuiszorgsector (verder aangeduid als WT) een overzicht van de belangrijkste ontwikkelingen in 2008. De studie beschrijft de ontwikkelingen op het gebied van omzet, productie, productiviteit, winstgevendheid en kwaliteit.

De WT-sector staat voor een grote uitdaging: verhogen van de doelmatigheid en kwaliteit in combinatie met een overgang van aanbodsturing naar vraagsturing. In het (recente) verleden hebben veranderingsinitiatieven nog maar beperkt fundamentele verbetering gebracht, gezien de daling in productiviteit sinds 1985<sup>1</sup>.

In een sector waar de huidige contouren en prestaties grotendeels door aanbod zijn bepaald, bestaat de neiging om wijzigingen in beleid en administratie af te wachten. Echter, de fundamentele uitdaging en verandering zit aan de vraagkant. De ouderen van morgen, zelfs van vandaag, stellen andere eisen en hebben veel meer keuze dan eerdere generaties. De sector moet een metamorfose ondergaan om de ouderen van morgen goed van dienst te zijn.

Doel van dit rapport is om objectieve inzichten te verschaffen zodat de WT-sector haar cliënten door verbetering van prestaties uitmuntende zorgdiensten kan blijven bieden.

De zeven belangrijkste conclusies van dit rapport zijn:

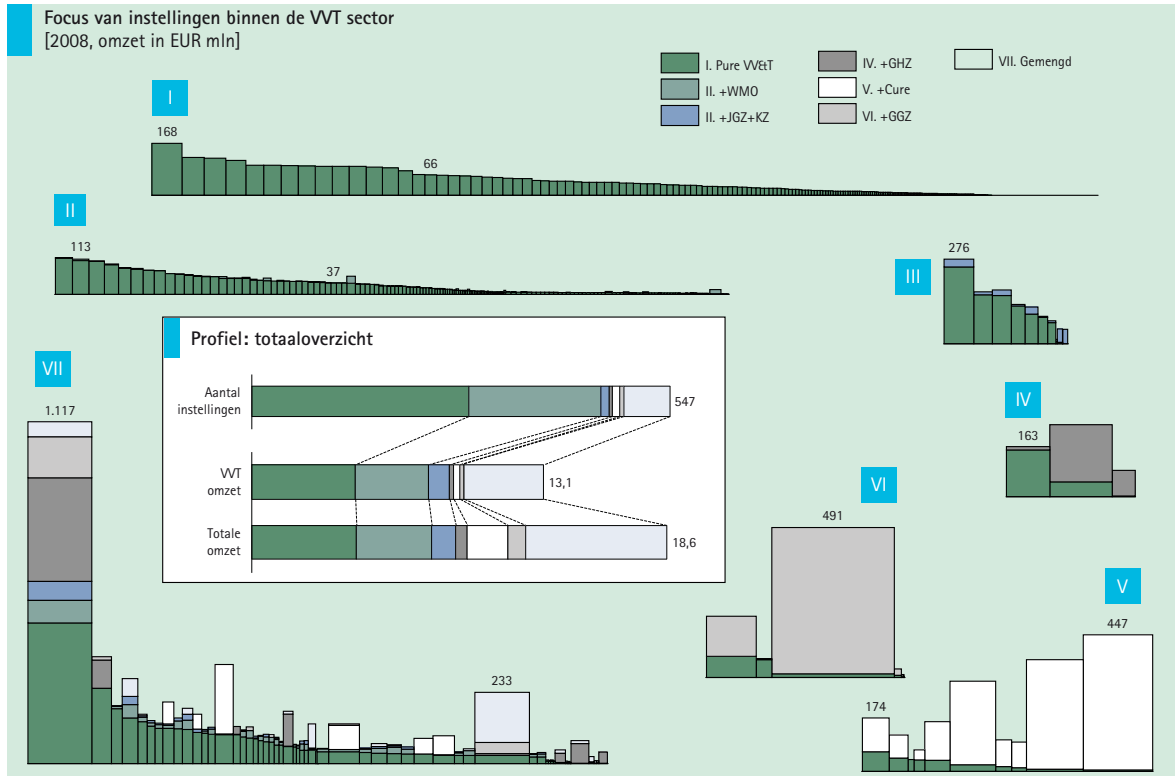
1. De gemiddelde WT-instelling bestaat niet: grote diversiteit in schaal en focus
2. De omzet WT is met 5 % gegroeid, tegenover een totale productiegroei<sup>2</sup> van slechts 0,7 %
3. Trendbreuk in productie thuiszorg: daling van 1 %
4. De bedieningskosten (kosten per productie-eenheid) zijn met 3 % gestegen
5. De WT-sector kan EUR 1 tot 2,8 mrd efficiencywinst boeken
6. De sector staat er financieel goed voor
7. Kleine instellingen presteren beter dan grote instellingen

Bovenstaande conclusies staan hierna achtereenvolgens toegelicht.

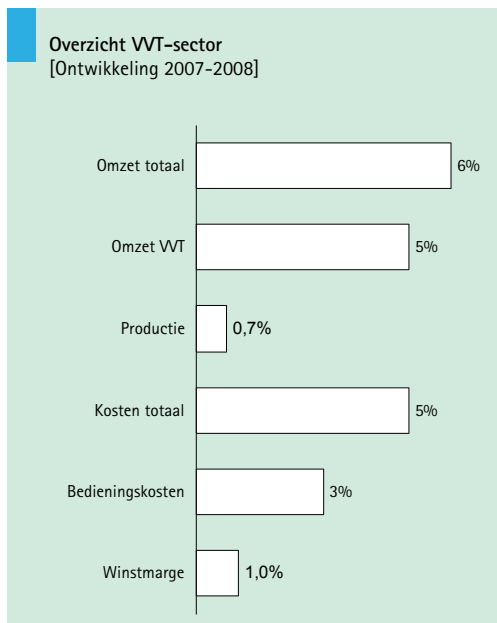
<sup>1</sup> Bron: SCP, de ontwikkeling van AWBZ-uitgaven, 2008

<sup>2</sup> De productie van de WT-sector is gebaseerd op een gewogen mandje van vier zorgproducten: verpleegdagen, verzorgingdagen, thuiszorguren en dagactiviteiten. De productie is gewogen naar het gemiddelde NZA tarief.

S1



S2



## 1. De gemiddelde VWT-instelling bestaat niet: grote diversiteit in schaal en focus (figuur S1)

*Grote diversiteit in  
schaal...*

De VWT-sector bestaat uit ongeveer 550 instellingen met een gemiddelde omzet van EUR 34 mln. De variatie is groot: aan de ene kant van het spectrum staan meer dan 20 instellingen met een omzet boven EUR 100 mln. Ongeveer 200 instellingen bevinden zich aan de andere kant van het spectrum, zij hadden minder dan EUR 10 mln omzet.

*...en in focus*

Ook de focus in activiteiten loopt sterk uiteen. Slechts 36 % van alle omzet in de VWT-sector komt van instellingen die zich geheel richten op de VWT. De overige 64 % komt van instellingen die ook in andere segmenten van de AWBZ of de Cure actief zijn. Opvallend is het grote verschil in gemiddelde omvang tussen deze groepen. Instellingen met een pure focus op de VWT hebben een gemiddelde omzet van EUR 16 mln, terwijl instellingen met een gemengd profiel vele malen groter zijn en een gemiddelde omzet hebben van EUR 106 mln. In deze sector gaat een grotere omvang gepaard met minder focus. Terwijl van verbreding (bijvoorbeeld VWT met GGZ) niet veel voordeel te verwachten valt, omdat de activiteiten vaak verschillend zijn. Cliënten zijn verschillend, de zorg wordt meestal op andere locaties gegeven, de benodigde kennis verschilt, de werkprocessen zijn anders. Waarom dan onder één dak organiseren? De grote variatie in schaal en focus duidt op een beperkte rationalisatie van de sector.

## 2. De omzet VWT is met 5 % gegroeid, tegenover een totale productiegroei van slechts 0,7 % (figuur S2)

*Omzet iets sneller  
gegroeid dan de  
economie*

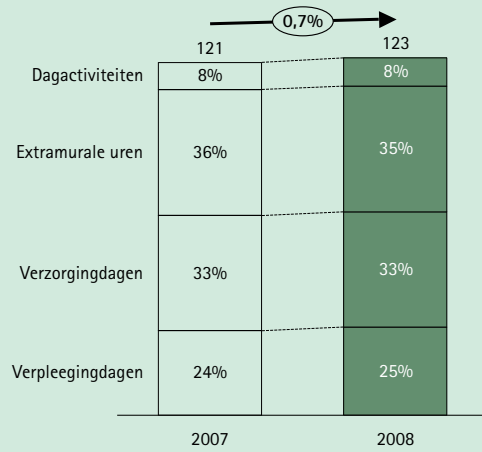
Wij rapporteren de omzetgroei op drie manieren:

- Omzetgroei van alle instellingen die in de VWT actief zijn: 6 %
- Omzetgroei van alle instellingen met focus op de VWT: 6 %
- Omzetgroei van de VWT-sector: 5 %

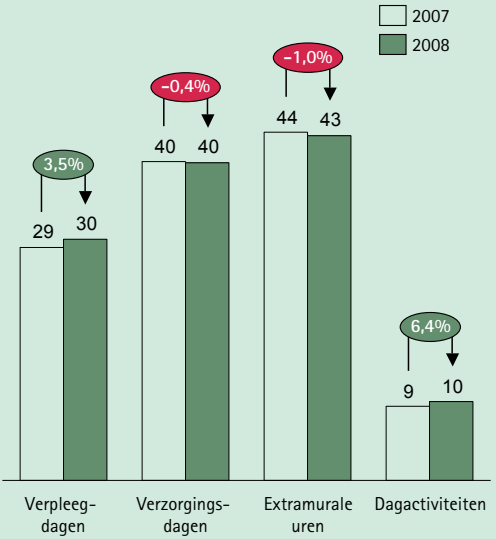
De totale omzet van de VWT-sector was in 2008 EUR 13,1 mrd. De bruto groei van 5 % ligt iets boven de bruto economische groei van 4,5 % (groei BNP plus inflatie). Door de grotendeels collectieve financiering vormt de VWT een groot risico voor de overheidsfinanciën, nu en in de toekomst. Door de demografische druk zal dit risico verder toenemen: het aantal 65+'ers groeit van 2,4 mln in 2008 naar 3,7 mln in 2025, een groei van 2,7 % per jaar.

S3

**Totale productie groeit beperkt**  
[Gewogen productie, mln]

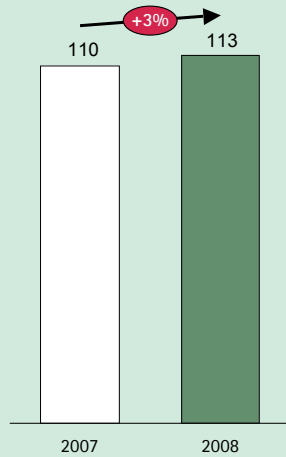


**Thuiszorg krimpt terwijl dagactiviteiten en verpleegsdagen groeien**  
[Ongewogen productie, mln]

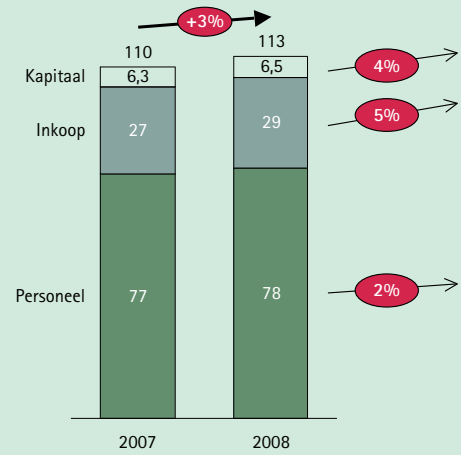


S4

**Bedieningskosten**  
[2008, EUR per gewogen cliënteenschap]



**Drijvers van bedieningskosten**  
[2008, EUR per gewogen cliënteenschap]



*Lichte groei in  
productie*

De totale gewogen productie is met 0,7 % licht gestegen. Deze groei is aanzienlijk lager dan de demografische groei van de doelgroep. Het aantal 65-plussers is namelijk met 2 % gestegen en het aantal 85-plussers zelfs met 4,5 %. De deelname van kwetsbare ouderen lijkt dan ook afgenomen in 2008.

### **3. Trendbreuk in productie thuiszorg: daling van 1 % (figuur S3)**

In de thuiszorg<sup>3</sup> lijkt sprake van een trendbreuk. De productie is in 2008 gekrompen met 1 %, terwijl de productie van 1985 tot 2005 met gemiddeld 2,5 % per jaar juist sterk is gegroeid<sup>4</sup>. Om meerdere redenen moet er aandacht zijn voor deze daling in het aantal geleverde uren thuiszorg. Kwetsbare ouderen die hun zelfstandigheid willen behouden, kunnen niet zonder. Ook in de keten met ziekenhuizen, GGZ instellingen en huisartsen is thuiszorg een onmisbare schakel. Daarbij is thuiszorg bij gelijke zorgwaarde in het gros van de gevallen goedkoper dan intramurale zorg in een AWBZ-instelling<sup>5</sup>.

### **4. De bedieningskosten (kosten per productie-eenheid) zijn met 3 % gestegen (figuur S4)**

De bedieningskosten<sup>6</sup> in de VVT-sector zijn met 3 % gestegen. Dit betekent dat de sector meer productiemiddelen zoals arbeid en kapitaal heeft ingezet dan in 2007 per gewogen productie-eenheid van verpleegdagen, verzorgingsdagen, dagbehandelingen en uren thuiszorg.

*Bedieningskosten  
arbeid gestegen,  
ondanks stijging  
arbeidsproductiviteit*

De bedieningskosten arbeid zijn gestegen met 2 %. De arbeidsproductiviteit per FTE is met 2 % verbeterd, maar de personeelskosten per FTE stegen een factor drie sneller (6 %). De sector lijkt er derhalve niet voldoende in geslaagd om de hogere personeelskosten te compenseren met een hogere productiviteit per werknemer.

<sup>3</sup> In dit rapport worden de termen extramurale zorg en thuiszorg door elkaar gebruikt.

<sup>4</sup> Bron: SCP, de ontwikkeling van AWBZ-uitgaven, 2008

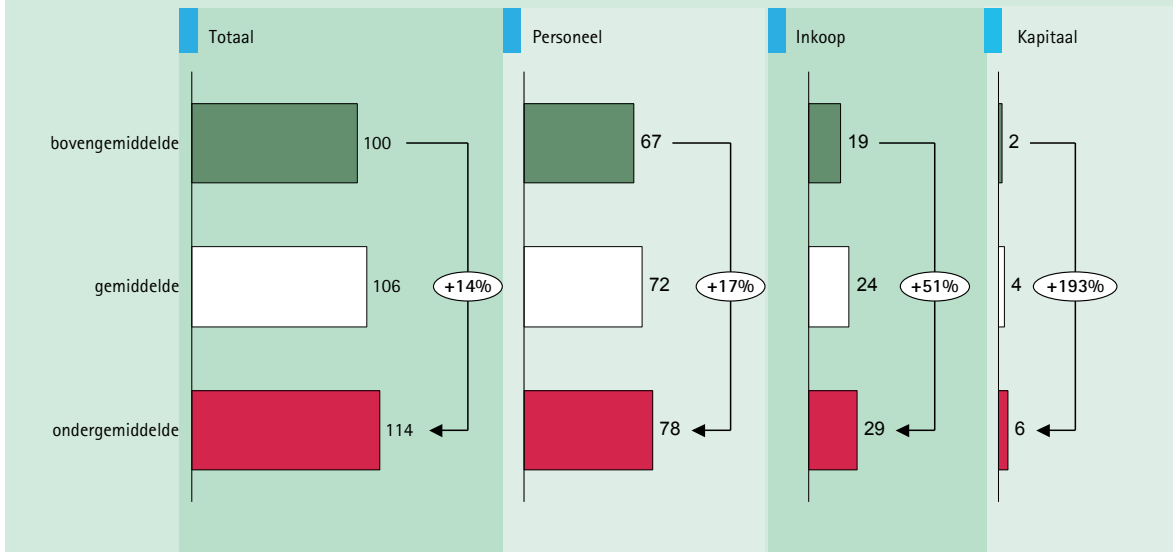
<sup>5</sup> Bron: 'de kosten en baten van extramuralisering', SEO/SCP, 2004.

<sup>6</sup> Bedieningskosten zijn gedefinieerd als kosten in EUR per productie-eenheid. De productie-eenheid is een gewogen mandje van de vier zorgproducten in de VVT: verpleegdagen, verzorgingsdagen, thuiszorguren en dagactiviteiten. De productie is gewogen naar het gemiddelde NZA tarief.



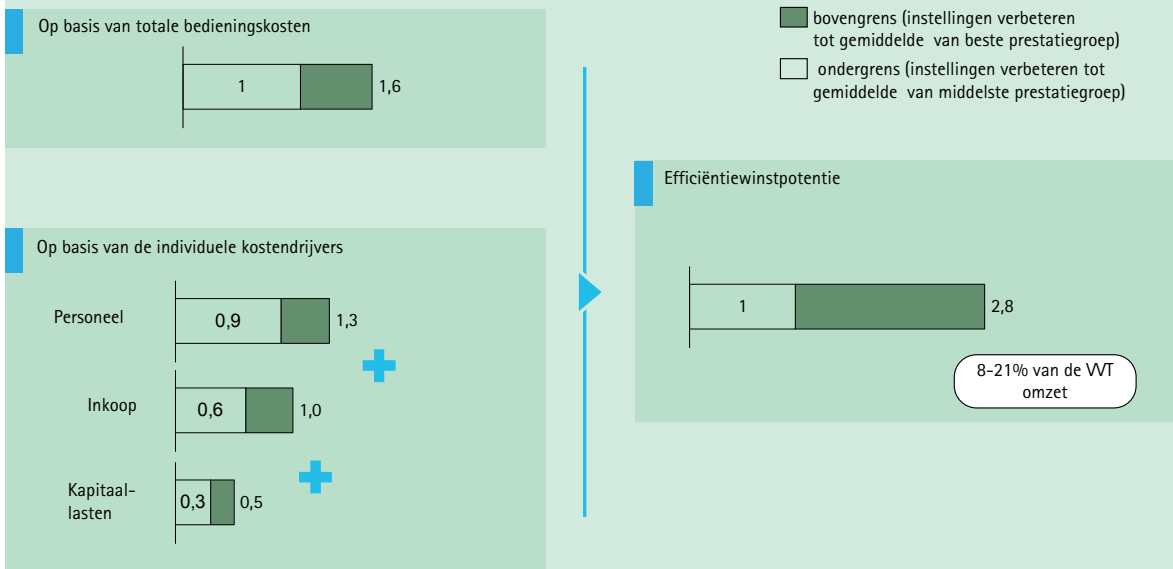
S5

Bovengemiddelde instellingen zijn 15% efficiënter dan de ondergemiddelde groep.  
 Op onderliggende kostendrijvers is de potentiële efficiëntiewinst nog hoger  
 [Bedieningskosten, EUR per cliënteenheden, 2008]



S6

Benchmarking op twee manieren voor inschatting van de potentiële efficiëntiewinst in de VWT-sector  
 [EUR mrd, 2008]



*Inkoop  
bedieningskosten  
gestegen*

De inkoop bedieningskosten zijn met 5 % aanzienlijk sneller gestegen dan de bedieningskosten arbeid. Vooral de onderliggende kostendrijvers huur/leasing en onderhoud/energie zijn sterk gestegen.

*Stijging past  
in trend*

De bevindingen over 2008 passen binnen een zorgwekkende trend. Uit analyses van het CPB ('De ontwikkeling van AWBZ-uitgaven', 2008) blijkt dat de reële bedieningskosten in de AWBZ tussen 1985 en 2005 met ongeveer 2 % per jaar zijn gestegen. Dit is een stijging van maar liefst 50 % over een periode van 20 jaar. Hiervan wordt 85 % gedreven door reële loonstijgingen in de sector en 15 % door daling van de productie per FTE. In 2008 is de arbeidsproductiviteit wel gestegen, maar de personeelskosten stegen harder, waardoor de bedieningskosten per saldo zijn toegenomen. De jarenlange stijging in personeelskosten zonder dat daar voldoende productiestijging tegenover heeft gestaan is mogelijk geweest door de productiviteitsgroei in de rest van de economie. Naarmate deze meer onder druk komt te staan en bovendien het aandeel van zorg in de totale economie toeneemt, zal de productiviteit in de sector moeten groeien.

##### **5. De VWT-sector kan EUR 1 tot 2,8 mrd efficiencywinst boeken (figuur S5, S6)**

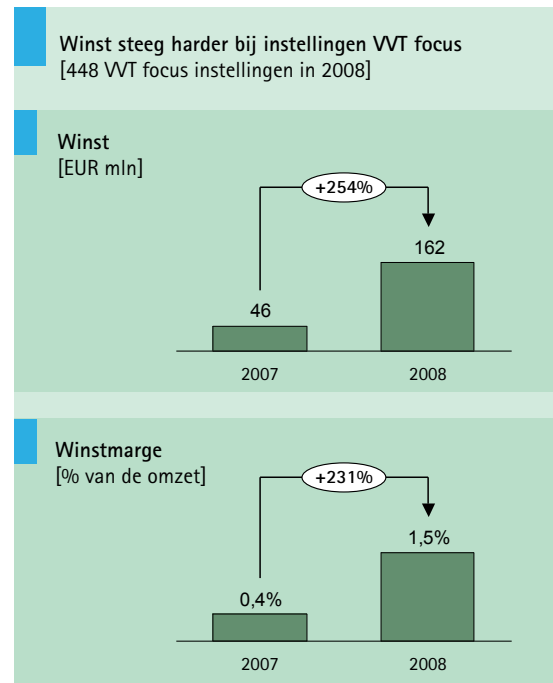
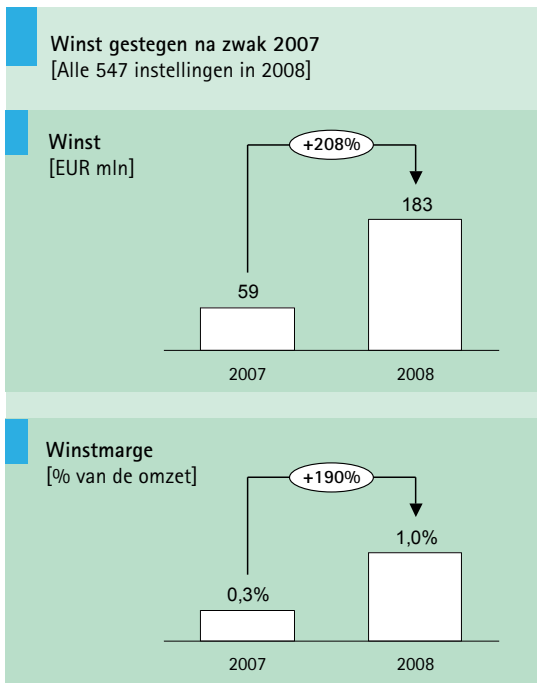
*Grote potentiële  
efficiencywinst*

De verschillen in doelmatigheid tussen instellingen zijn groot en kunnen oplopen tot 25 %. Deze verschillen duiden op mogelijkheden om de efficiency van de sector te verhogen, zeker bij de achterblijvers. In een conservatief scenario is het potentieel in besparingen EUR 1 mrd, 8 % van de VWT omzet. In een ambitieus scenario kan dat oplopen tot EUR 2,8 mrd, 21 % van de VWT omzet. Het conservatieve scenario gaat ervan uit dat de achterblijvers zich verbeteren tot de gemiddelde bedieningskosten. In het ambitieuze scenario evenaren alle instellingen de gemiddelde prestatie van de koplopers wat betreft de onderliggende kostendrijvers in personeel, inkoop en kapitaal.

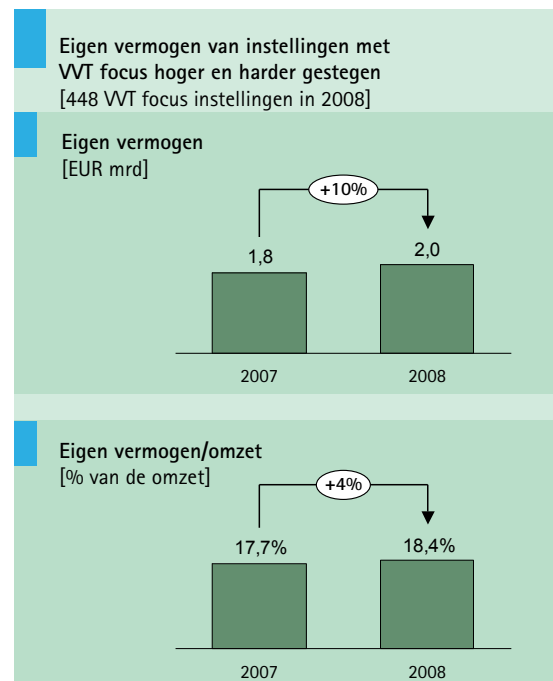
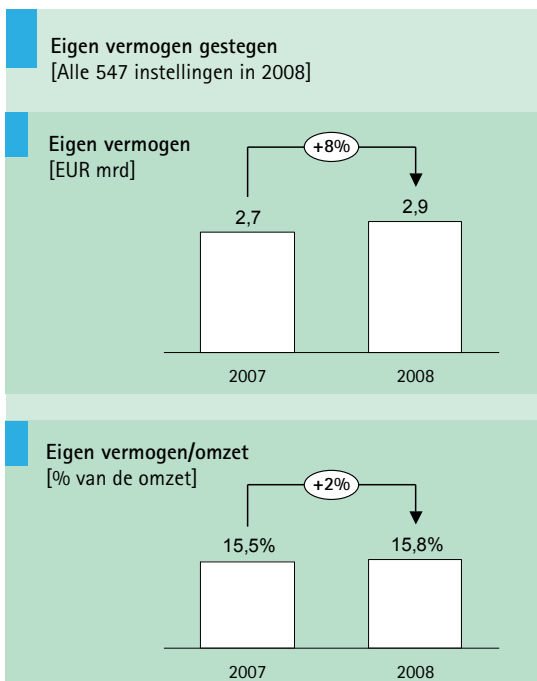
*Is stijging  
productiviteit  
mogelijk?*

Verhogen van de productiviteit in een arbeidsintensieve sector als de VWT is moeilijk. De afgelopen jaren hebben er maar weinig fundamentele innovaties plaatsgevonden. De Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen (ADL) in een verpleeghuis zijn nog ongeveer dezelfde als 20 jaar geleden. Ook zijn administratieve lasten zeker niet verminderd en wellicht zelfs toegenomen. Deze manier van kijken helpt de sector echter niet vooruit, waardoor stilstand een *self-fulfilling prophecy* kan worden.

S7



S8



Het is meer effectief om te kijken naar de efficiënte koplopers in de sector. Wat doen succesvolle grote en kleine instellingen beter dan de achterblijvers? De sector moet meer inspiratie brengen en meer van elkaar leren om zo de potentiële efficiëntiewinst van EUR 1 tot EUR 2,8 mrd daadwerkelijk te realiseren.

#### **6. De sector staat er financieel goed voor (figuur S7, S8)**

*Winstgevendheid  
en eigen vermogen  
verbeterd*

Alle WT instellingen hebben een gezamenlijke winst van EUR 183 mln gerapporteerd in 2008. Dit is ongeveer 1,0 % van de omzet. Een aanzienlijke stijging ten opzichte van 2007, toen de winstmarges met 0,3 % veel lager waren. Door de winststijging is het eigen vermogen van de sector versterkt van EUR 2,7 mrd (15,5 % van de omzet) naar EUR 2,9 mrd (15,8 % van de omzet). Daarmee is de sector beter in staat om risico's het hoofd te bieden.

*Winst steeg harder  
bij instellingen  
met WT focus*

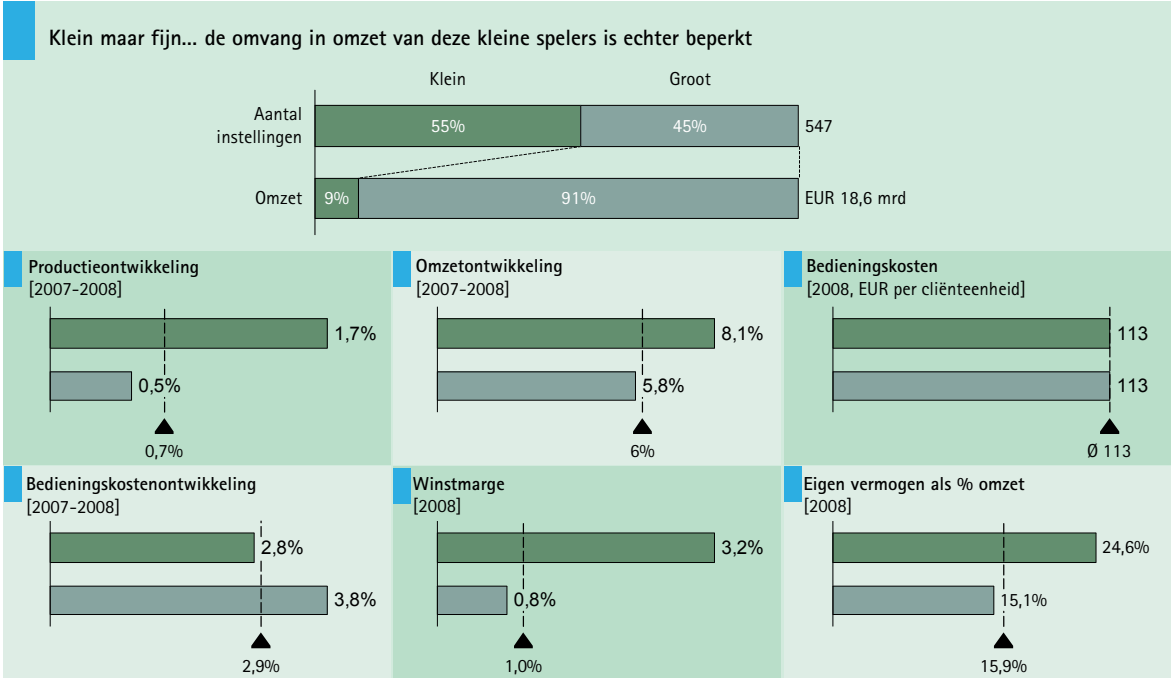
De winstmarges van instellingen met volledige WT focus zijn hoger (1,5%) en ook harder gestegen. Dit heeft geresulteerd in een 10 % versterking van het eigen vermogen tot EUR 2 mrd (18,4% van de omzet).

*Maar aanzienlijke  
groep kwetsbare  
instellingen*

Op individueel instellingsniveau bestaat echter een kwetsbare groep. Ongeveer een kwart van de instellingen maakte in 2008 verlies. Van de verlieslatende instellingen in 2008 maakten maar liefst 53 % ook verlies in 2007. Ongeveer 20% heeft een eigen vermogen onder 5 % van de omzet. De meeste verlieslatende instellingen zijn vrij klein. Het risico op problemen met grote instellingen lijkt dan ook beperkt.

*De WT staat er  
financieel beter  
voor dan de Cure*

De WT sector heeft een sterker eigen vermogen dan de Cure sector, terwijl het risico op prijs en volume lager is. Het eigen vermogen van de WT sector is gemiddeld 18,4% van de omzet, tegen gemiddeld 14,1% in de Cure sector. Het risico in Cure is hoger dan in de WT, omdat ziekenhuizen door marktwerking via de Zorgverzekeringswet meer risico lopen op prijzen en volumes.



## 7. Kleine instellingen presteren beter dan grote instellingen (figuur S9)

Kleine instellingen<sup>7</sup> deden het in 2008 op alle parameters net zo goed als of beter dan grote instellingen. De parameters die we hebben geanalyseerd zijn omzet, productie, productiviteit, winstgevendheid, eigen vermogen en kwaliteit. Hoewel 55 % van de instellingen klein zijn, representeren ze maar 9 % van de totale sector omzet.

*Kleine instellingen  
groeien sneller in  
omzet en productie...*

Kleine instellingen hebben een omzetgroei van 8,1 % gerealiseerd ten opzichte van 5,8 % groei voor grote instellingen. Ook de productiegroei was aanzienlijk hoger: 1,7 % voor kleine en 0,5 % voor grote instellingen.

*...hebben zelfde  
bedieningskosten...*

De bedieningskosten van kleine instellingen zijn dezelfde als van grote instellingen. Grote instellingen profiteerden in 2008 dus niet van hun schaalvoordeel. Een verklaring kan zijn dat schaalvergroting binnen de WT-sector vrijwel altijd samengaat met een uitbreiding naar andere segmenten van de AWBZ. Wij zien voor deze verbreding van de scope geen rationele grond.

*...een hogere winst  
en eigen vermogen...*

Ook in financieel opzicht presteren kleine WT instellingen beter. Hun winstmarge was 3,2 %, terwijl grote instellingen 0,8 % winst maakten. De relatieve vermogenspositie doet vermoeden dat 2008 geen uitzonderingsjaar was: het eigen vermogen van kleine instellingen is 24,6 % van de omzet ten opzichte van 15,1 % van de omzet voor grote instellingen.

*... en betere kwaliteit*

Ervaren kwaliteit door cliënten wordt gemeten door de CQ index. Dit is nog een beperkte maatstaf die alleen iets zegt over de ervaren kwaliteit door cliënten en een aantal grofmazige indicatoren van medische kwaliteit, zoals het aantal cliënten met decubitus. Op de geaggregeerde CQ index per instelling presteren kleine instellingen iets beter dan grote: de score is gemiddeld ongeveer 6 % hoger.

<sup>7</sup> Is de instelling vooral gericht op intramurale zorg of heeft ze een gemengd profiel, dan ligt de grens voor kleine instellingen bij een omzet van EUR 20 mln. Als de instelling gericht is op extramurale zorg, dan ligt deze grens bij een omzet van EUR 5 mln.



*Wat is de waarde van omvang?*

Kleine instellingen doen het op alle fronten net zo goed als of beter dan grote instellingen<sup>8</sup>. Hoe is dit te verklaren? Er zijn twee uitersten denkbaar: of voordelen van groot zijn bestaan niet, of ze worden onvoldoende benut. Het antwoord ligt ergens in het midden, maar grote instellingen hebben hun toegevoegde waarde in ieder geval sterk te bewijzen.

Eenzijds zijn de schaalvoordelen in de kern van het werk niet zo groot: ouderenzorg draait om individuele interactie tussen zorgverlener en cliënt in een tehuis of thuis. Waarom zou dit efficiënter gaan met 5.000 dan met 50 medewerkers? Er zijn wel locale schaalvoordelen, maar de optimale schaal is waarschijnlijk snel bereikt. Bij slechte uitvoering van een centraal model zijn er zeker ook schaalnadelen zoals onnodige coördinatie en centralisatie van processen. Ook kan de aansturing vanuit het centrum ten koste gaan van de sfeer en motivatie in de zorg.

Aan de andere kant zijn er wel schaalvoordelen te behalen, bijvoorbeeld op het gebied van inkoop, administratieve systemen en innovatie. Wij denken daarom dat het feit dat kleine instellingen beter presteren niet betekent dat consolidatie in de sector niet tot verbetering kan leiden. Maar verwezenlijking van synergievoordelen vergt sterk integratiemanagement, rigoureuze standaardisatie waar het moet en zo veel mogelijk locale vrijheid waar het kan. Dit lijkt tot op heden nog niet op grote schaal gelukt.

<sup>8</sup> Verschil in zorgzwaarte dat onvoldoende wordt gecompenseerd in de financiering zou een oorzaak kunnen zijn voor de verschillen in prestaties tussen kleine en grote instellingen. Het zou ook kunnen dat grote zorginstellingen meer niet-rendabele activiteiten ontplooiën, zoals alarmeringsdiensten of ketenzorg. Het is echter niet waarschijnlijk dat deze factoren de slechtere prestaties op alle parameters tegelijk kunnen verklaren. Bovendien zijn er ook argumenten andersom te bedenken, zoals de zwakkere onderhandelingspositie van kleine instellingen met het zorgkantoor.



Voor nadere informatie:

drs. Jurre de Bruin

+31 6 34924904

[jurre.debruin@gupta-strategists.nl](mailto:jurre.debruin@gupta-strategists.nl)

