

# Zorg voor later

---





# Zorg voor later

---

Zicht op prestaties ouderenzorg: studie WT 2011

December 2011

## Zorg voor later

De mens is in alle tijden op zoek geweest naar een inkijkje in de toekomst. Dit verklaart de aantrekkingskracht van waarzeggers die met behulp van een pak kaarten, de lijnen in een hand of de structuur van theebladeren mensen gouden bergen dan wel diepe dalen beloven. Het streven om te begrijpen waar wij nu staan en waar wij naar kijken is legitiem. Zoals Oscar Wilde zei: *"We are all in the gutter, but some of us are looking at the stars."* Om de sterren te begrijpen is kennis van de goot niet relevant. Om enig inzicht in de toekomst te creëren is kennis van het heden echter onontbeerlijk. Zolang wij in de sloot liggen, proberen wij daarom alle kenmerken te bekijken.

Voor u ligt onze tweede ouderenzorgstudie. Aan u het oordeel of wij naar de sterren aan het kijken zijn, of naar de sloot. Wij proberen zoals altijd objectief te zijn en waardeoordelen te vermijden. De studie is gebaseerd op door de instelling gedeponeerde jaarverslagen (waar nodig aangevuld met DigiMV). Er is een verhaal achter de cijfers. In onze studie proberen wij dit verhaal boven water te krijgen. En de ouderenzorg heeft een verhaal, voor nu en voor later.

De inrichting van ouderenzorg in Nederland is bijzonder. Bijzonder in de rol van de overheid. Bijzonder in de onverklaarbare variaties tussen regio's en de verhoudingen tussen intra- en extramurale zorg. Maar het jaar 2010 is ook specifiek bijzonder geweest: met beperkte groei, consolidatie die doorzet, mooie kostenbeheersing en sterke dynamiek tussen de instellingen, vooral in het extramurale deel.

Wij hebben de prestatie van 2010 van meer dan 400 instellingen actief in ouderenzorg in kaart gebracht. Wij hebben ook een aantal structurele elementen van ouderenzorg in Nederland geanalyseerd. De structurele elementen en de prestatie van de individuele instellingen gaan hoe dan ook een rol spelen in hoe de ouderenzorg van morgen eruit gaat zien. Wij publiceren deze studie met de overtuiging dat objectieve inzichten in de sector nu, ons kunnen helpen om de juiste keuzes te maken voor de toekomst. Zorg voor later moet immers ooit beginnen.

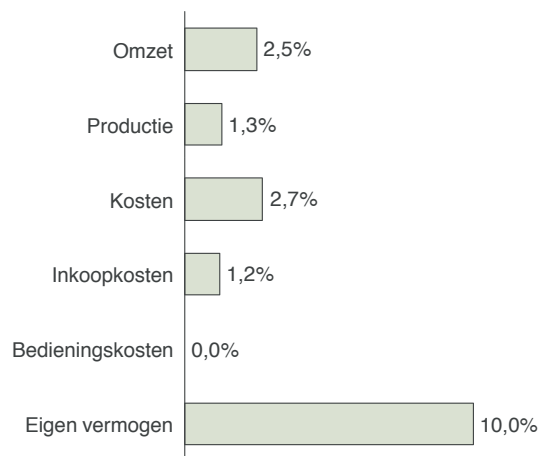
# Inhoud

Managementsamenvatting .....	
Introductie .....	1
<b>1. Marktkenmerken en prestatie</b> .....	<b>3</b>
Trendbreuk: lagere omzetgroei .....	3
Snelle groei extramurale instellingen in dynamische markt .....	5
Consolidatie zet door .....	5
<b>2. Operationele prestatie</b> .....	<b>9</b>
Lage productiegroei .....	9
Kosten stijgen in gelijke tred met omzet .....	11
Sterke daling van inzet uitzendkrachten .....	11
Stijging inkoopkosten lager dan in voorgaande jaren .....	13
Bedieningskosten gelijk gebleven .....	13
<b>3. Financiële prestatie</b> .....	<b>15</b>
Winstgevendheid structureel omhoog .....	15
Flinke versterking vermogenspositie .....	17
Schulden groeien mee met vermogen .....	19
<b>4. Indicaties vanuit nationaal perspectief</b> .....	<b>21</b>
Praktijkvariatie in indicatiestelling, zowel intramuraal als extramuraal .....	21
Verschillen in structuur zorgaanbod tussen regio's .....	25
Thuiszorg geconcentreerd bij kleine, kwetsbare groep cliënten .....	27
Thuiszorginstellingen gaan doelmatig om met indicatieruimte .....	29
<b>5. Ouderenzorg in Europees perspectief</b> .....	<b>31</b>
Nederland in Europees perspectief: ruime indicatie, weinig mantelzorg .....	31
Nederland kan leren van elementen in het Duitse ouderenzorgstelsel .....	33
<b>Methodologie en indicatoren</b> .....	<b>39</b>
Benchmark op basis van jaarverslagen .....	39
Regionale vergelijkingen .....	43
Thuiszorgproductie versus indicaties .....	45
Internationale vergelijking .....	45

## S1 Beperkte groei van omzet, productie en kosten in VVT-sector, wel aanzienlijke versterking van het eigen vermogen

### Overzicht ontwikkelingen VVT-sector

[% verandering 2009-2010]



# Managementsamenvatting

Deze managementsamenvatting bevat onze belangrijkste conclusies over de ontwikkelingen in de ouderenzorg in 2010. Deze conclusies zijn gebaseerd op de jaarverslagen van alle instellingen met een WT-focus (verpleging, verzorging en thuiszorg) en andere relevante bronnen, zoals cijfers van het CIZ over de indicatiestelling. De belangrijkste ontwikkelingen op het gebied van omzet, productie, kosten, productiviteit en eigen vermogen staan in figuur S1.

## 1) Trendbreuk in de groei van omzet en kosten

In 2010 steeg de omzet van WT-instellingen met 2,5% tot EUR 14,6 miljard. Dit is een trendbreuk: in de periode 2007-2009 was de jaarlijkse groei ruim 6%. De drijvers van deze trendbreuk zijn vooral lagere indexatie van tarieven en beperkte productiegroei.

Er zijn wel opvallende verschillen tussen segmenten zichtbaar. Zo zijn instellingen met focus op thuiszorg snel gegroeid. Grote thuiszorginstellingen hebben hun opbrengsten met 12% verhoogd, kleine thuiszorginstellingen met 20%. Instellingen met focus op intramurale zorg zijn met 2,5% veel minder snel gegroeid.

De kosten zijn gegroeid in lijn met de omzet. Instellingen zijn er in geslaagd om de inkoopkosten onder controle te houden: deze zijn met slechts 1,2% toegenomen, waarbij de hotelmatige kosten zelfs zijn gedaald.

## 2) Consolidatie zet door, vooral bij grotere instellingen

Instellingen in de ouderenzorg blijven fuseren. In 2009 was de gezamenlijke omzet van instellingen in een fusietraject EUR 1,3 miljard en in 2010 EUR 1,75 miljard. Dit is respectievelijk 9% en 12% van de totale omzet in de sector. Het aantal fusies is in 2010 iets afgenomen, terwijl de omvang per fusie juist is toegenomen. De consolidatie vindt dus vooral plaats bij de grotere instellingen.

### 3) Sterke daling van inzet uitzendkrachten

In 2010 heeft de sector EUR 537 miljoen uitgegeven aan uitzendkrachten. Dit is een daling van 19% (EUR 129 miljoen) ten opzichte van 2009. Daarmee komt het percentage kosten voor uitzendkrachten op 5,4% van de totale personeelskosten. Hiermee heeft de sector een stap gezet in het verbeteren van de continuïteit van zorg, in de vorm van meer vaste zorgmedewerkers voor cliënten.

### 4) Structureel hogere winst, waarmee vermogenspositie is versterkt

De VVT-sector heeft in 2010 EUR 271 miljoen winst gemaakt, ofwel 1,9% van de omzet. Dit percentage is ongeveer gelijk aan 2009, maar een structurele verbetering ten opzichte van de magere jaren 2007 en 2008. Grote extramurale instellingen zijn er in 2010 in geslaagd om hun winstmarges bijna te verdubbelen tot 2,6%.

Door de winststijging is het eigen vermogen als percentage van de opbrengsten in 2010 met 10% toegenomen. Daarmee komt het totale eigen vermogen van de sector op EUR 2,9 miljard, ofwel 20% van de omzet. In 2008 was dit nog 17%. Een aanzienlijke versterking. Er zijn nog wel grote verschillen in de vermogenspositie tussen instellingen. Zo waren er in 2010 nog 77 zorgaanbieders met een eigen vermogen onder de 10%.

### 5) Praktijkvariatie: verschillen in indicatiestelling, aanbod en concentratie tussen regio's

De *indicatiestelling* varieert tussen regio's. Het aantal **intramurale** indicaties is in bepaalde regio's tot 27% hoger of juist tot 29% lager dan het, op basis van leeftijd en geslacht, verwachte aantal. Voor **extramurale** indicaties loopt de variatie van 35% lager tot 40% hoger dan verwacht. Het is mogelijk dat andere factoren dan demografie deze regionale variatie verklaren, zoals sociaaleconomische factoren, of verschillen in gezondheid. Maar de verschillen zijn waarschijnlijk ook gedreven door andere zorgvraag (bijvoorbeeld: meer mantelzorg in Zeeland dan in de Randstad, daarom minder formele zorg), andere richtlijnen voor indicatiestelling, of andere drijvers van zorgaanbod. Het is een belangrijke vraag voor alle partijen om de variatie nader te verklaren en waar nodig beleid te ontwikkelen om ongewenste variatie te reduceren.



Ten slotte varieert ook de *concentratie* van aanbieders. In de ene regio zijn er een paar grote spelers, in de andere regio een groot aantal kleine instellingen. De WT is een regionale markt, omdat de meeste ouderen in hun eigen huis of, in geval van een opname, zorg dichtbij willen krijgen. De concentratie van het regionale aanbod is bepalend voor de inkooprelatie tussen zorgaanbieder en verzekeraar. Ook kan het de keuzevrijheid van cliënten in de nabijheid van hun woonomgeving beïnvloeden.

## **6) Thuiszorginstellingen gaan zuinig om met de indicatieruimte**

In 2010 is 54 miljoen uur AWBZ-gefinancierde thuiszorg geleverd. De totale geïndiceerde zorg was 95 miljoen uur. Wij concluderen hieruit dat instellingen en zorgverleners over het algemeen zuinig omspringen met de indicatieruimte. Hoewel dit gedreven kan zijn door schaarste van personeel, is deze conclusie in lijn met onze praktijkervaring, waar zorgmedewerkers hun best doen om doelmatige zorg te leveren en zich niet te laten leiden door winstmaximalisatie.

Ondanks bovenstaande feiten is er veel aandacht voor financiering van de thuiszorg op basis van zorguitkomsten. De vraag rijst: wordt hiermee een oplossing bedacht voor een probleem dat eigenlijk niet zo groot is? Wij geloven zeker dat er nog een wereld te winnen is in het verkrijgen van inzicht in drijvers van doelmatigheid van zorgverlening. Deze inzichten zijn nodig om de zorgverlening te verbeteren door instellingen die effectief zorg geven te belonen. Belangrijk is wel analyse op basis van feiten, begrip van wat je weggooit en oog houden voor de kracht van eenvoud.

## **7) Nederland kan leren van elementen in het Duitse ouderenzorgstelsel**

Nederland heeft met Zweden de hoogste collectieve uitgaven aan ouderenzorg van Europa. Tegelijkertijd verlenen Nederlanders minder mantelzorg dan mensen in andere Europese landen. Twee kenmerken van de AWBZ liggen hieraan ten grondslag: relatief laagdrempelige toegang en hoge vergoedingen met beperkte eigen bijdragen.

Nederland zou kunnen leren van een aantal elementen in het stelsel van Duitsland. Daar ligt van oudsher meer nadruk op eigen verantwoordelijkheid van ouderen en hun familie. De overheid legt de lat voor toegang tot zorg hoger en verwacht meer

eigen bijdragen, vooral van kapitaalkrachtigen. Uitgaven aan ouderenzorg zijn in Duitsland dan ook ongeveer een factor twee lager dan in Nederland.

Het Duitse systeem is zeker geen panacee. Het geeft wel een perspectief op drie fundamentele vragen waar we in Nederland nieuwe antwoorden op zullen moeten vinden:

1. Wanneer heeft iemand aanspraak op langdurige ouderenzorg?
2. Welke eigen bijdragen gelden er, afhankelijk van inkomen en vermogen?
3. Welke eigen verantwoordelijkheid ligt er bij de familie (mantelzorg)?

Om de toekomstbestendigheid van de sector te garanderen dienen deze vragen in de politiek en het publieke debat beantwoord te worden. Anders komen de gevolgen van uitstel vanzelf bij de sector en de zorgverleners terecht.

## Introductie

Voor u ligt de tweede onafhankelijke studie over ouderenzorg, geschreven door Gupta Strategists. Net als in 2009 is het doel van de studie om op macroniveau en op het niveau van vergelijkbare instellingen inzicht te geven in trends en ontwikkelingen. Hiervoor maken wij gebruik van openbaar beschikbare jaarverslagen. Deze controleren wij zorgvuldig op inconsistenties en fouten voordat we resultaten rapporteren. In hoofdstuk 1 geven wij een overzicht van de marktprestatie, zoals ontwikkelingen in omzet, verschuivingen in marktaandeel en fusies. In hoofdstuk 2 behandelen we de trends in de operationele prestatie, zoals verandering in kosten en productiviteit. In hoofdstuk 3 bespreken we de financiële prestatie van instellingen.

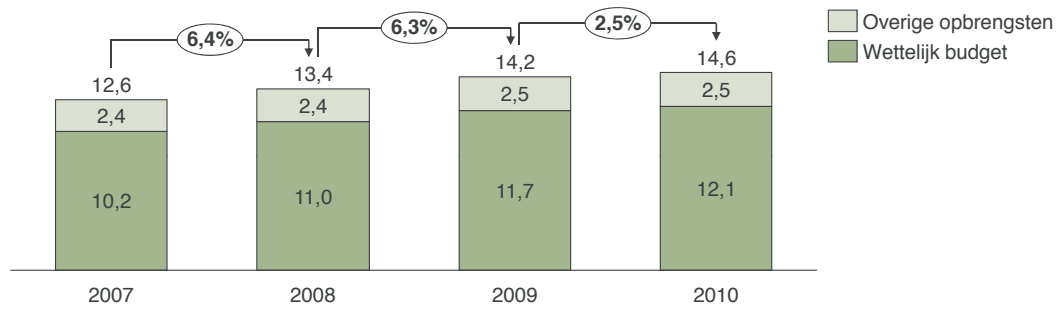
Wij hebben er voor gekozen om ook stil te staan bij de indicatiestelling en regionale variatie. In hoofdstuk 4 kijken we bijvoorbeeld naar de regionale verschillen in indicaties, of naar de overlap in cliëntpopulaties tussen intramurale en extramurale zorg. Ook vergelijken we de geleverde extramurale uren met de geïndiceerde zorg. Deze inzichten zijn vooral bedoeld om beleidsdiscussies op gang te brengen over de oorzaken en wenselijkheid van deze variatie en de implicaties voor aanpassing van het stelsel.

Om het perspectief op de Nederlandse ouderenzorg te verbreden hebben we in hoofdstuk 5 een analyse en beschouwing toegevoegd waarin we de ouderenzorg in Europees perspectief plaatsen. Dit hoofdstuk probeert een fris perspectief te geven om het debat over de toekomst van de ouderenzorg in Nederland een bredere basis te geven.

Wij hebben deze studie met veel nieuwsgierigheid en plezier geschreven. Soms was er directe herkenning van resultaten, soms waren we verwonderd over de bevindingen. Wij hopen dat deze studie aan de vorming van nieuwe ideeën en daarmee aan een toekomstbestendige ouderenzorg in Nederland bijdraagt. Bovendien hopen wij dat onze studie u persoonlijk helpt om verbeteringen in de ouderenzorg te realiseren.

## 1. Veel lagere omzetgroei in 2010 dan voorgaande jaren

**Omzet VVT-sector**  
[EUR miljard]



## 2. Driekwart van de instellingen is gegroeid

**Ontwikkeling omzet per instelling**  
[% verandering, 2009-2010]

**Winstmarge**  
[% van de omzet, 2010]



# 1. Marktkenmerken en prestatie

In dit hoofdstuk geven we inzicht in de ontwikkeling van de marktprestatie. We kijken naar omzetontwikkeling, marktverschuivingen en consolidatie.

## Trendbreuk: lagere omzetgroei

De omzet steeg in 2010 met 2,5% naar EUR 14,6 miljard (zie figuur 1). Dit is een trendbreuk na jaren van groei boven de 6%. Een belangrijke oorzaak hiervoor lijkt de beperking van de AWBZ-aanspraak begeleiding. In 2010 leidde deze beperking tot een verlaging van de contracteerruimte met EUR 477 miljoen, ruim 3% van de totale VT-omzet. Hoewel een deel van deze omzet via de WMO terugkomt, lijkt dit slechts in beperkte mate te zijn gebeurd. Andere oorzaken kunnen liggen in strengere indicatiestelling, krapte op de arbeidsmarkt, of strakkere zorginkoop door zorgkantoren.

Interessant is ook dat de overige opbrengsten van instellingen al jaren nauwelijks stijgen en in 2010 zelfs licht dalen. Blijkbaar houden instellingen vast aan traditionele vormen van zorgverlening en ontplooiën zij weinig aanvullende, particulier gefinancierde activiteiten. Er ligt een kans voor de sector om zorgvormen te ontwikkelen die aansluiten bij de diverse behoeften van cliënten, eventueel met meer eigen bijdragen of op onderdelen private zorg. Hopelijk is de recente ophef rond bijbetalingen in AWBZ-instellingen hierin geen barrière<sup>1</sup>.

Kijken we onder het oppervlak van de gematigde groei van de hele sector, dan is er variatie tussen instellingen zichtbaar. In 2010 groeide 76% van de VT-instellingen en kromp 24% (zie figuur 2). Ook tussen vergelijkingsgroepen zijn verschillen zichtbaar. Terwijl 90% van de grote extramurale instellingen is gegroeid, gold dit voor 65% van de grote gemengde instellingen. Daarmee zijn de marktverschuivingen in de ouderenzorg groter dan bij ziekenhuizen. Daar komt het bijna nooit voor dat instellingen krimpen. Dit onderschrijft het belang van een goede strategie om marktaandeel te winnen en het maken van de juiste portfoliokeuzes.

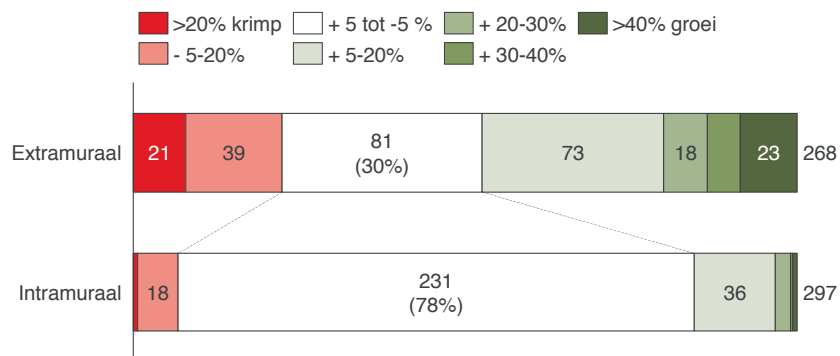
<sup>1</sup> <http://www.nza.nl/publicaties/nieuws/Bijbetalingen-AWBZ-drie-overtredingen,-veel-onduidelijkheden/>

### 3. Snelle groei van instellingen met extramurale focus

	Omzet [EUR miljard, 2010]	Ontwikkeling omzet [% verandering, 2009-2010]	Aantal instellingen
Extramuraal - Groot	1,0	11,5%	29
Extramuraal - Klein	0,1	19,7%	59
Intramuraal - Groot	7,3	2,4%	118
Intramuraal - Klein	1,3	2,6%	156
Intra en Extra - Groot	4,9	0,6%	32
Intra en extra - Klein	0,1	12,4%	17
<b>Totaal</b>	<b>14,6</b>	<b>2,5%</b>	<b>411</b>

### 4. Marktverschuivingen thuiszorg veel groter dan intramurale zorg

Vergelijking ontwikkeling productie tussen extramurale en intramurale zorg  
[groei 2009-2010, aantal instellingen<sup>1</sup>]



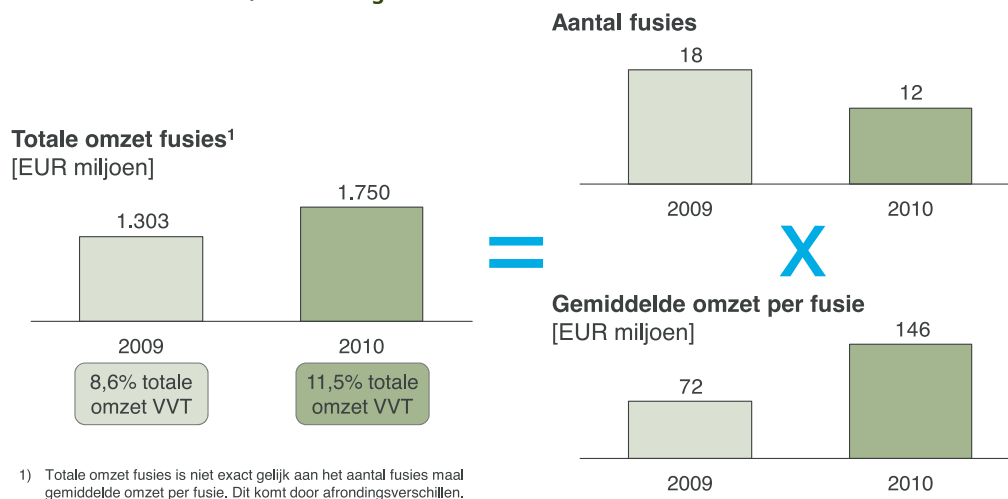
<sup>1)</sup> Extramurale instellingen alleen meegenomen als productie >10.000 uur per jaar.  
Intramurale instellingen alleen meegenomen als productie >20.000 dagen per jaar.

## Snelle groei extramurale instellingen in dynamische markt

De groeiers in de ouderenzorg in 2010 zijn vooral de instellingen met een extramurale focus. Grote extramurale instellingen hebben hun omzet met 11,5% verhoogd, terwijl de opbrengsten van kleine extramurale instellingen zelfs met 19,7% toenamen (zie figuur 3). Het verschil met intramurale instellingen is groot: zij realiseerden een groei van 2,4%. De groei van Buurtzorg steekt er bovenuit. Was de omzet in 2009 nog 40 miljoen, in 2010 was de omzet meer dan verdubbeld naar 83 miljoen. Daarmee was Buurtzorg goed voor ruim 40% van de totale omzetgroei van grote extramurale instellingen.

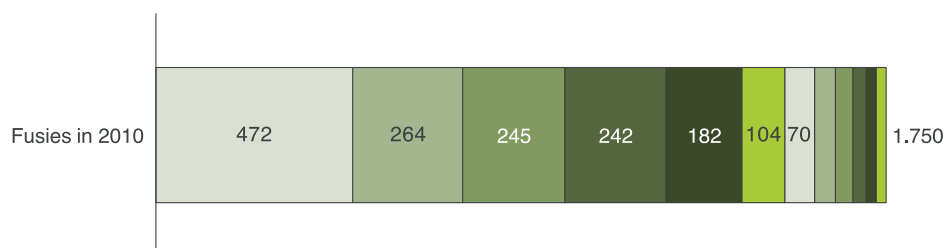
De marktverschuivingen in de thuiszorg zijn veel groter dan in de intramurale zorg. Waar de groei of krimp in productie in de thuiszorg vaak groter is dan 5%, blijft de intramurale productie meestal binnen een bandbreedte van 5% ten opzichte van het voorgaande jaar (zie figuur 4). Dit is een gevolg van de ruimte voor instellingen om te groeien of tot de markt toe te treden. In de thuiszorg is er meer competitie om de gunst van cliënten en daardoor ook meer dynamiek.

### 5. Minder fusies in 2010, maar wel groter



### 6. Twaalf fusies in 2010 met totale omzet van EUR 1,75 miljard

**Omzet van instellingen die in 2010 zijn gefuseerd**  
[EUR mln]





## Consolidatie zet door

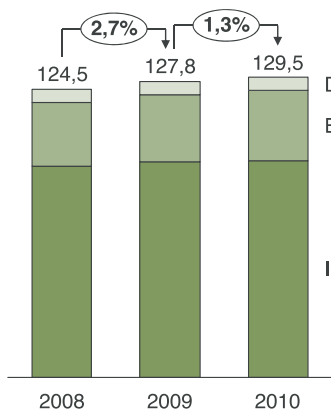
In 2010 fuseerden 25 instellingen tot 12 nieuwe fusieorganisaties met een gezamenlijke omzet van EUR 1,75 miljard (zie figuur 5). Afgezet tegen de totale sector is in termen van omzet 12% gefuseerd. Daarmee lijkt de consolidatie in vrij hoog tempo door te zetten.

Het aantal fusies in 2010 was lager, terwijl de omvang per fusie juist toenam ten opzichte van 2009. De gemiddelde omvang van instellingen die fuseren is verdubbeld van 72 miljoen in 2009 naar bijna 150 miljoen in 2010. Deze groei is vooral gedreven door een aantal grote fusies (zie figuur 6).

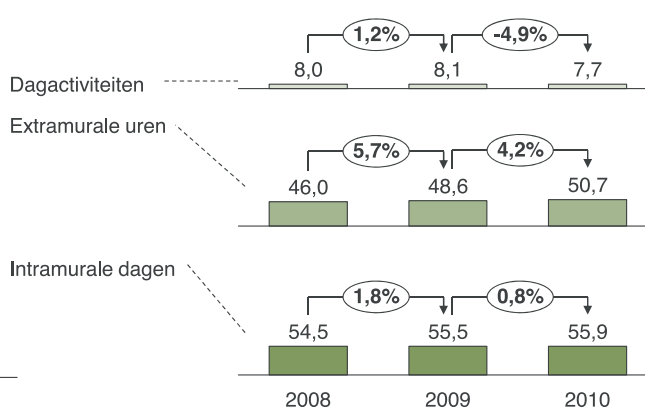
Financiële problemen lijken niet de reden om te fuseren. De meeste organisaties die in 2010 besloten tot een fusie waren winstgevend in 2009. Wel zaten er zes instellingen bij met een kwetsbare vermogenspositie. Fusiepartners hebben in veruit de meeste gevallen hetzelfde of een direct aangrenzend werkgebied. Daarmee lijkt de belangrijkste strategische rationale te liggen in versterken van de lokale marktpositie en benutten van het synergiepotentieel in de portfolio en overhead.

## 7. Lage productiegroei, wel flink meer thuiszorg

**Ontwikkeling productie VVT-sector**  
[Gewogen cliënteenheden<sup>1</sup>, miljoen]

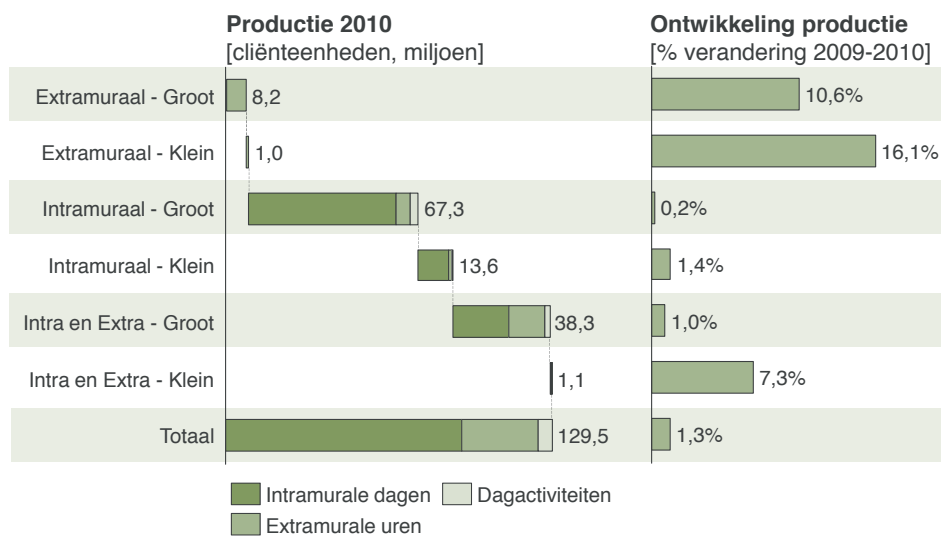


**Ontwikkeling productie VVT-sector**  
[dagdelen/uren/dagen, miljoen]



1) Een cliënteenschap is een 'productiemandje' van intramuraal dagen, extramuraal uren en dagbehandelingen, gewogen naar het gemiddelde tarief

## 8. Snelle groei productie bij instellingen met focus op thuiszorg, pas op de plaats voor intramurale instellingen



## 2. Operationele prestatie

In dit hoofdstuk kijken we naar de operationele prestaties van VVT-instellingen in termen van productie en (bedienings)kosten.

### Lage productiegroei

De productiegroei uitgedrukt in cliënteenheden is in 2010 uitgekomen op 1,3% (zie figuur 7). Deze groei is een factor twee lager dan in 2009. De afname in groei is zichtbaar bij alle onderdelen van de VVT: bij de intramurale zorg, thuiszorg en dagactiviteiten.

De productie in de **intramurale zorg** is in 2010 met een bescheiden 0,8% toegenomen. Dit is waarschijnlijk vooral veroorzaakt door de beperking van capaciteitsgroei en het strengere beleid rondom toekenning van 'lage' ZZP's.

In 2010 is de productie in de **extramurale zorg** met 4,2% gestegen. De stijging is kleiner dan in 2009, toen er 5,7% meer thuiszorg werd geleverd dan in 2008. Vrijwel zeker heeft de verscherping van de indicatiestelling voor individuele begeleiding een beperkend effect op de groei gehad.

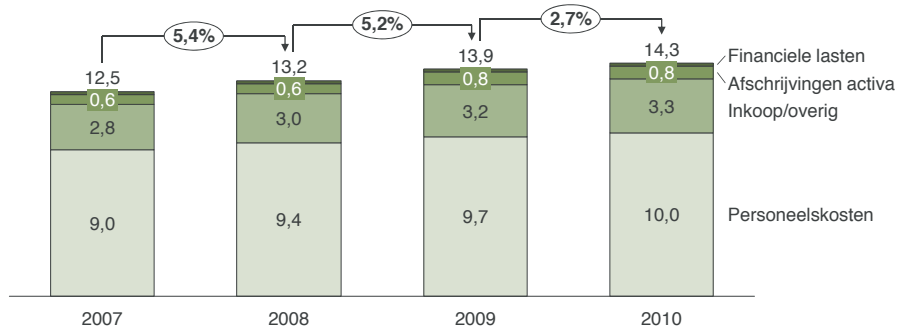
De groei in thuiszorg is vooral gerealiseerd door aanbieders met een extramurale focus (zie figuur 8). De productiegroei van aanbieders met een extramurale focus is bijna drie keer hoger dan de totale productiegroei in de thuiszorg. Uit de cijfers blijkt dat intramurale instellingen die de thuiszorg 'erbij doen', hun thuiszorgproductie met 1% zagen krimpen. Kennelijk leidt specialisatie in thuiszorg tot winst van marktaandeel op instellingen met een meer gevarieerd aanbod.

In 2010 is een daling van 4,9% te zien in de geleverde dagactiviteiten. Dit hangt samen met de invoering van de pakketmaatregelen van de functie begeleiding per 1 januari 2009. Deze pakketmaatregelen maken dat mensen met een 'lichte beperking' niet langer aanspraak maken op begeleiding uit de AWBZ. Door deze pakketmaatregelen zijn gemeentes via de WMO verantwoordelijk voor begeleiding van deze groep. Hiermee is het verhaal achter de daling nog niet helemaal verteld: zijn er andere zorginstellingen die de zorg nu bieden (MEE, vrijwilligersorganisaties), of maken ouderen minder gebruik van dagactiviteiten?

## 9. Matige kostenstijging in 2010 is trendbreuk

### Kosten VVT-sector

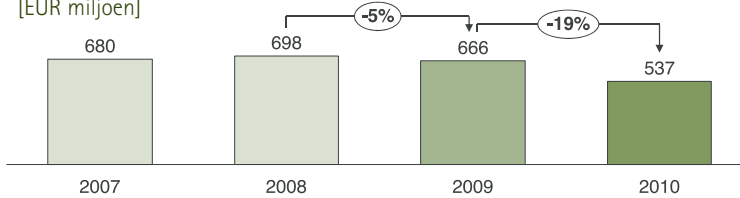
[EUR miljard]



## 10. Sterke daling van inzet uitzendkrachten

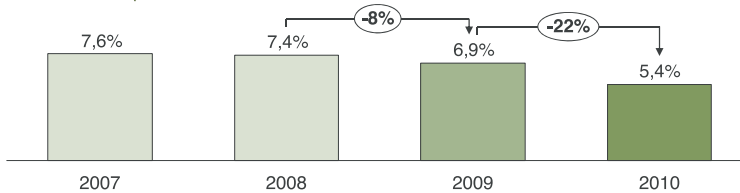
### Inzet uitzendkrachten VVT sector

[EUR miljoen]



### Inzet uitzendkrachten VVT sector

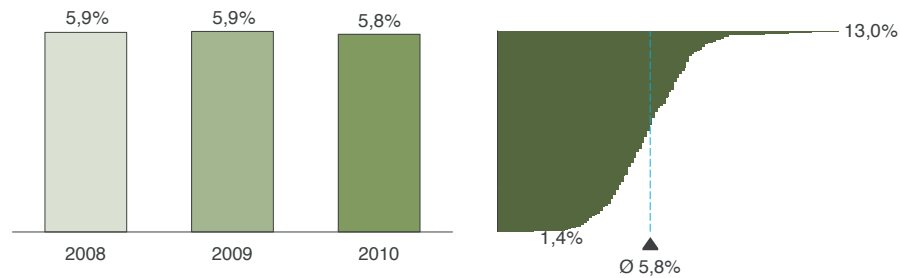
[% van totale personeelskosten]



## 11. Verzuim onveranderd, grote variatie tussen instellingen

### Ziekteverzuim VVT-sector

[%, 2010]



Het CIZ constateert dat het aantal cliënten met begeleiding in groepsverband (BGG) is gedaald van 104.000 naar 91.000<sup>2</sup>.

## Kosten stijgen in gelijke tred met omzet

In 2010 zijn de kosten van ouderenzorg met slechts 2,7% gestegen (zie figuur 9). Net zoals bij de omzetontwikkeling is dit een trendbreuk, gezien de kostengroei van meer dan 5% in eerdere jaren. Instellingen zijn er grotendeels in geslaagd om hun bedrijfsvoering aan te passen aan lagere omzetgroei. De lage kostengroei wordt vooral gedreven door minder inzet van uitzendkrachten en lagere inkoopkosten.

## Sterke daling van inzet uitzendkrachten

De personeelskosten stegen in 2010 met 2,9%. Een vrij bescheiden ontwikkeling. De belangrijkste drijvers van de stijging van de personeelskosten waren de pensioenlasten en overige kosten. Die zijn beiden met 9% gestegen.

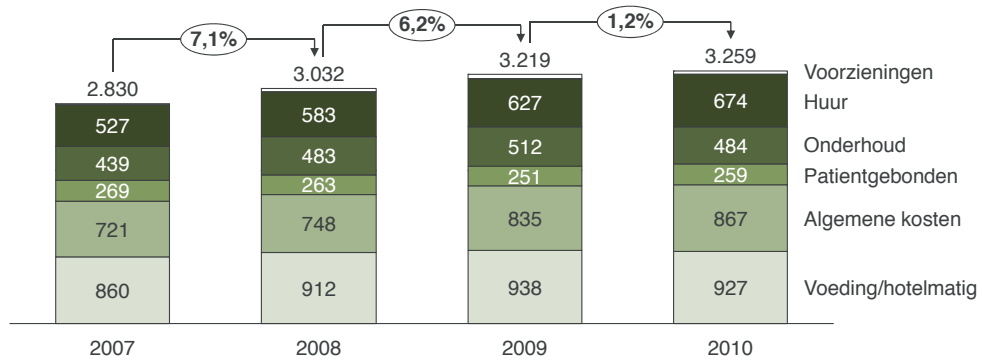
De beperkte stijging van de personeelskosten is gedreven door een opmerkelijke prestatie van de sector. De inzet van uitzendkrachten is met 19% gedaald, een absolute daling van EUR 129 miljoen (zie figuur 10). Wij vinden geen aanwijzingen in de gegevens dat 'insourcing' van uitzendkrachten naar interne f expools de directe oorzaak is. Hiermee heeft de sector een stap gezet om de cliënt meer vaste zorgmedewerkers te bieden en de personeelskosten in de hand te houden.

Sinds 2008 is het ziekteverzuim stabiel rond de 5,8% (zie figuur 11). Dit verzuim veroorzaakt een kostenpost van ongeveer 500 miljoen euro. Het verzuim varieert wel tussen instellingen en loopt uiteen van minder dan 3% tot 13%. In 2010 rapporteerden vijf instellingen een ziekteverzuim boven de 10%. Twee instellingen hiervan wisten toch zwarte cijfers te schrijven. Daartegenover staan vijf instellingen die een ziekteverzuim lager dan 3% rapporteerden. De sector zou veel kunnen leren van de 'best practices' waarmee deze vijf instellingen een laag ziekteverzuim hebben gerealiseerd.

<sup>2</sup> <http://www.rijksoverheid.nl/bestanden/documenten-en-publicaties/kamerstukken/2010/07/21/laatste-voortgangsrapportage-pakketmaatregel-awbz/dlz-3009236a.pdf>

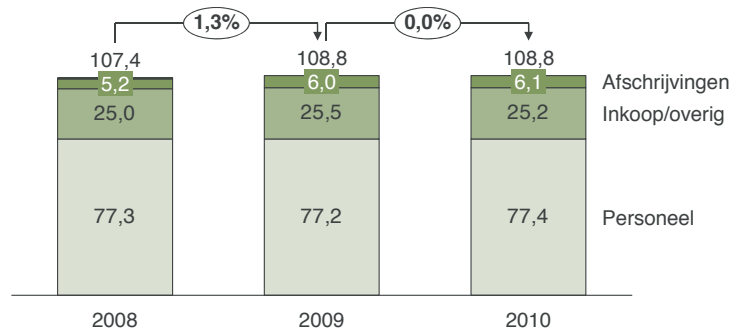
## 12. Inkoopkosten in 2010 nauwelijks gestegen

**Inkoopkosten en voorzieningen VVT-sector**  
[EUR miljard]



## 13. De bedieningskosten zijn in 2010 gelijk gebleven

**Bedieningskosten**  
[EUR per gewogen cliënteenschap<sup>1</sup>]



1) 2010 kostenniveau; bedieningskosten 2008 en 2009 zijn gecorrigeerd voor inflatie

Waar je dat wellicht wel zou verwachten, hebben wij geen samenhang gevonden tussen ziekteverzuim en winstgevendheid of omvang. Kennelijk is het niet zo dat instellingen met een lager verzuim meer winst maken. Of dat werknemers van kleine zorgaanbieders zich minder vaak ziek melden.

## Stijging inkoopkosten lager dan in voorgaande jaren

De inkoopkosten zijn met 1,2% beperkt gestegen (zie figuur 12). Dit kan te maken hebben met meer professionele inkoop. De grootste winst in de beperking van de groei van inkoopkosten werd behaald bij onderhoud (-27 miljoen), hotelmatige kosten (-11 miljoen) en voorzieningen (-9 miljoen). De kostendaling kan ook gedreven zijn door uitstel van investeringen. Het zou bijvoorbeeld kunnen dat de daling in onderhoudskosten is gerealiseerd door onderhoud uit te stellen, in plaats van het nodige onderhoud voor minder geld uit te voeren. De komende jaren zullen uitwijzen of de sector er in is geslaagd om de inkoopkosten structureel te beheersen.

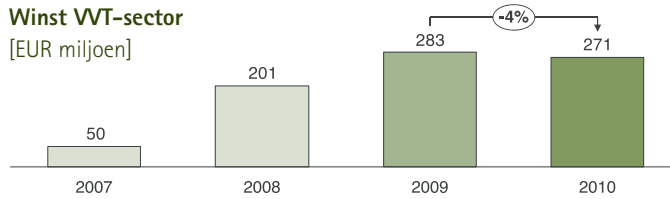
## Bedieningskosten gelijk gebleven

De kosten per gewogen cliënteenschap<sup>3</sup>, de bedieningskosten, zijn in 2010 gelijk gebleven (figuur 13). De productiviteit zou licht gestegen kunnen zijn als er sprake is van een toename in zorgzwaarte. Op basis van publiek beschikbare data kunnen wij hier echter niet voor corrigeren, aangezien slechts een klein gedeelte van de instellingen in hun jaarverslag transparantie geeft over de geleverde ZZP's.

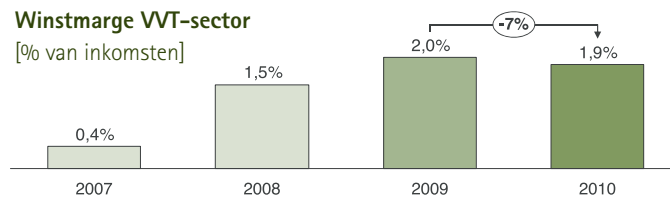
<sup>3</sup> Een cliënteenschap is een 'productiemandje' van intramurale dagen, extramurale uren en dagbehandelingen, gewogen naar het gemiddelde tarief

#### 14. Winstgevendheid stabiel na sterke stijging tot 2009

**Winst VVT-sector**  
[EUR miljoen]



**Winstmarge VVT-sector**  
[% van inkomsten]

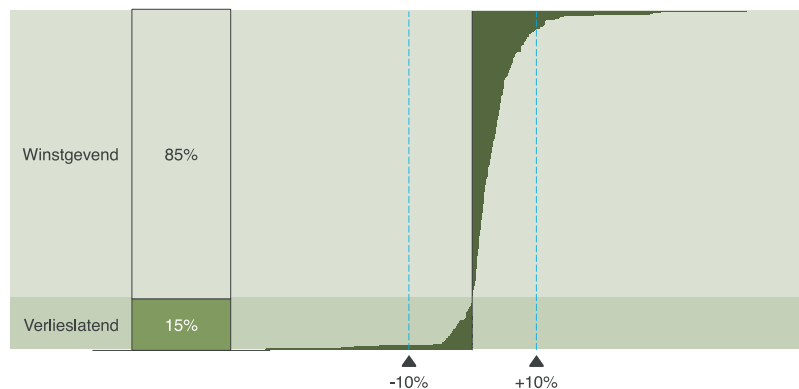


#### 15. Alle vergelijkgroepen maken meer winst, met sterke verbetering grote extramuraal instellingen

	Winstmarge [% , 2010]	Ontwikkeling winstmarge [% verandering 2009-2010]
Extramuraal - Groot	2,6%	93%
Extramuraal - Klein	4,0%	0%
Intramuraal - Groot	1,9%	-13%
Intramuraal - Klein	2,6%	-38%
Intra en Extra - Groot	1,4%	18%
Intra en extra - Klein	2,0%	-17%
Totaal	1,9%	-7%

#### 16. Overgrote deel instellingen blijft boven nullijn

**Winstmarge per instelling**  
[% van inkomsten, 2010]





### 3. Financiële prestatie

De indicatoren voor de financiële prestatie van de VVT-instellingen zijn winstgevendheid, vermogensontwikkeling en schulden.

#### Winstgevendheid structureel omhoog

De VVT-sector realiseerde in 2010 een totale winst van EUR 271 miljoen (zie figuur 14). Dit is een kleine daling ten opzichte van 2009, maar een grote verbetering ten opzichte van de magere jaren 2007 en 2008. Vooral in 2007 waren de winstmarges f interdund en groeide het eigen vermogen beperkt mee met de toegenomen omzet en risico's. In 2008 is de sector al uit het dal geklommen. De sterke resultaten in 2009 en 2010 laten zien dat de sector nu in stabiel vaarwater is gekomen.

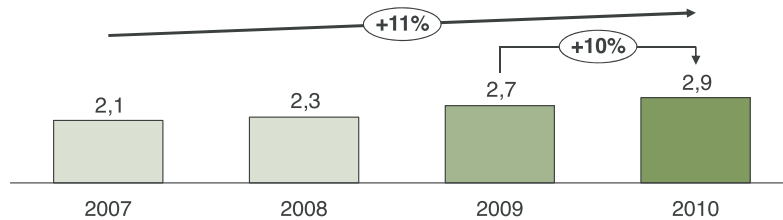
Er zijn twee patronen zichtbaar in de winstgevendheid van vergelijkingsgroepen. Ten eerste is de winstgevendheid van grote extramurale instellingen verbeterd (zie figuur 15). De verliezen rondom de WMO transitie in 2007 en 2008 zijn verleden tijd en de bedrijfsvoering lijkt over het algemeen goed op orde. Thuiszorginstellingen hebben hun cliëntfocus aangescherpt en goed gelet op overheadkosten. Ook is er veel geëxperimenteerd met zelfsturende teams.

Ten tweede maken kleine organisaties meer winst dan grote. In 2008 was dit overigens ook het geval. Dit verschil bestaat in alle vergelijkingsgroepen. Het verschil van 0,8 procentpunt is wel iets kleiner geworden dan in 2008. De winstgevendheid van kleine instellingen is een indicator voor beperkte schaalvoordelen in de ouderenzorg. Ze worden immers op dezelfde manier gefinancierd als grote instellingen, behalve een aantal activiteiten rondom 24-uurs beschikbaarheid of verlieslatende ketenzorg, die hoofdzakelijk door grote instellingen worden geleverd.

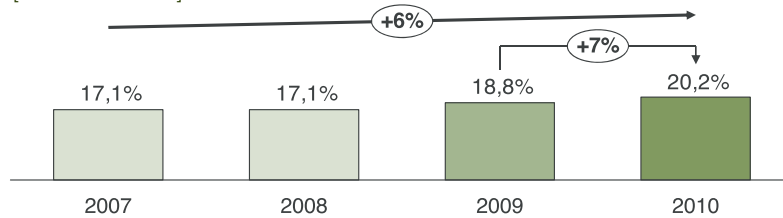
Kijkend op het niveau van individuele instellingen, dan is 85% winstgevend, met aanzienlijke variatie tussen instellingen (zie figuur 16). Het aantal verlieslatende instellingen is gehalveerd ten opzichte van 2007. In 2007 maakte 31% van de instellingen verlies. Dit percentage is gedaald van 25% in 2008 tot 15% in 2009 en 2010. De meest winstgevende instellingen zijn vrijwel allemaal klein, zowel intramuraal als extramuraal.

### 17. Absolute en relatieve vermogenspositie elk jaar verbeterd

**Eigen vermogen VVT-instellingen**  
[EUR miljard]



**Eigen vermogen VVT-instellingen**  
[% van inkomsten]



### 18. Vermogenspositie varieert tussen vergelijkgroepen, met grootste versterking voor instellingen met extramuraal focus

	<b>Eigen vermogen</b> [% van inkomsten, 2010]	<b>Ontwikkeling eigen vermogen</b> [% verandering 2009-2010]
Extramuraal - Groot	11%	30%
Extramuraal - Klein	13%	26%
Intramuraal - Groot	23%	8%
Intramuraal - Klein	31%	10%
Intra en Extra - Groot	15%	11%
Intra en extra - Klein	22%	10%
<b>Totaal</b>	<b>20%</b>	<b>10%</b>

In vergelijking met ziekenhuizen zijn er twee verschillen: het niveau en de spreiding van de winst. De winstgevendheid in de ouderenzorg is met 1,9% iets hoger dan de 1,6% winstmarge van ziekenhuizen. Verder is de spreiding van de winst tussen instellingen in de ouderenzorg hoger (tussen +40% en -30%) dan de spreiding bij ziekenhuizen (tussen +10% en -4%). De cijfers over omzetc ontwikkelingen bevestigen het beeld dat de dynamiek in de WT anders is in dan in de ziekenhuiszorg: in de ouderenzorg is 24% van de instellingen gekrompen, terwijl krimp bij ziekenhuizen niet voor komt. Risico's in omzetc fluctuaties en winst lijken dan ook hoger voor WT-instellingen dan voor ziekenhuizen.

## Flinke versterking vermogenspositie

Door de positieve winstmarges heeft de sector haar vermogenspositie versterkt. Het eigen vermogen is gegroeid van EUR 2,3 miljard in 2008 tot 2,9 miljard in 2010 (zie figuur 17), een verhoging van 30% over twee jaar tijd. Vanuit deze stevige basis heeft de sector een degelijke uitgangspunt om toekomstige ontwikkelingen zoals risicodragendheid op kapitaallasten en scheiding van wonen en zorg op een goede manier vorm te geven.

In 2010 hebben alle vergelijkingsgroepen hun vermogenspositie versterkt (zie figuur 18). Opvallend is de verbetering in de vermogenspositie van extramurale instellingen: een groei van 30% voor grote en 25% voor kleine extramurale instellingen. Deze verbetering was ook nodig. De positie in 2008 was precair en blijft met 11-13% vrij kwetsbaar. Grote intramurale instellingen hebben met 8,5% relatief de kleinste vergroting van hun vermogen gerealiseerd.

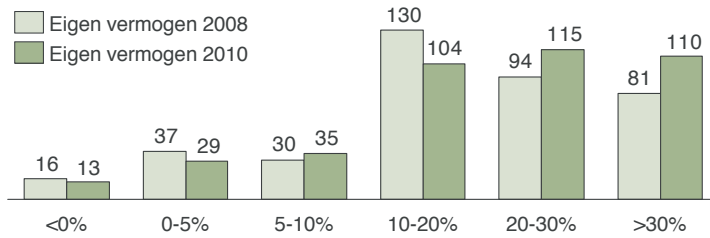
Kleine instellingen hebben gemiddeld een iets betere vermogenspositie dan hun grotere collega's. Afhankelijk van de vergelijkingsgroep ligt het verschil tussen de 3 en 7 procentpunt. Echter, dit verschil bestond al in 2008 en is sindsdien niet veel groter geworden. Het lijkt vooral een erfenis van eerdere ontwikkelingen.

Op het niveau van individuele organisaties zijn er nog wel risico's. Het eigen vermogen van dertien instellingen was negatief in 2010. 77 instellingen hebben een eigen vermogen van minder dan 10% (zie figuur 19). De kwetsbare organisaties zijn over het algemeen grotere instellingen met een breder profiel. Verder is de spreiding over Nederland vrij evenwichtig, met iets meer zwakke instellingen in de zorgregio's Utrecht en Arnhem. Dit zijn regio's met veel verschillende intramurale aanbieders. Het

## 19. Aantal kwetsbare zorgaanbieders kleiner geworden

### Verdeling VVT-instellingen op vermogen

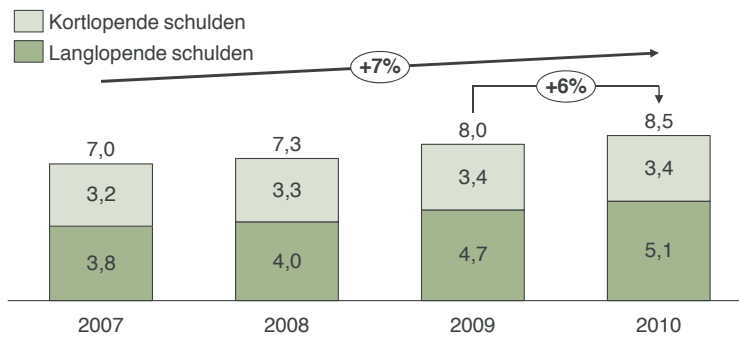
Aantal instellingen, eigen vermogen als % van inkomsten]



## 20. De schuldpositie is elk jaar toegenomen

### De schuldpositie is elk jaar toegenomen

[EUR miljard]



is denkbaar dat concurrentie hier heeft geleid tot meer druk op prijzen en volumes, waardoor instellingen een zwakkere vermogenspositie hebben.

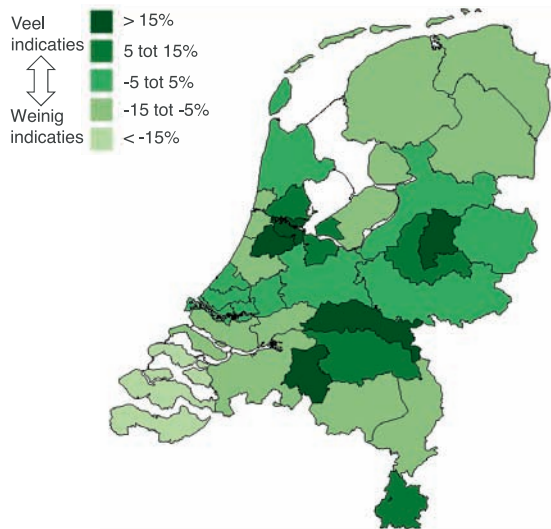
## Schulden groeien mee met vermogen

Ouderenzorginstellingen hebben een totale schuld in de boeken staan van EUR 8,5 miljard (zie figuur 20). De schuldtoename is 6% ten opzichte van 2009. De schuldenlast is de afgelopen vier jaar met gemiddeld 7% per jaar gestegen. Dit geld is vooral aangewend voor investeringen in bestaand en nieuw vastgoed. Bij een gemiddelde stijging van het eigen vermogen met 11% in dezelfde periode lijkt dit een houdbare ontwikkeling. Er is naar verwachting wel een grote investering nodig om het woonaanbod in lijn te brengen met de veranderende wensen en eisen van ouderen. Hier speelt het dossier over scheiding tussen wonen en zorg doorheen.

## 21. Variatie tussen zorgregio's in geïndiceerde intramurale zorg

### Geïndiceerde intramurale zorg per zorgregio

[% afwijking van het verwachte aantal indicaties<sup>1</sup>, 2010]

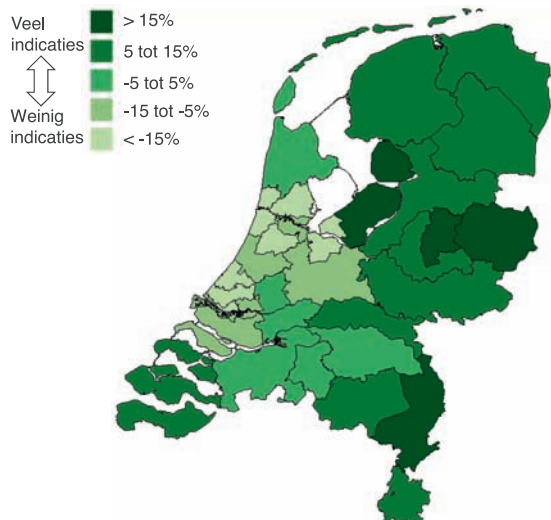


1) Verschil tussen werkelijk aantal indicaties per zorgregio en het verwachte aantal indicaties. Het verwachte aantal indicaties is berekend door het totale aantal indicaties in Nederland toe rekenen aan de regio en daarbij te corrigeren voor leeftijd (5-jarige leeftijdsklassen) en geslacht

## 22. Variatie tussen zorgregio's in geïndiceerde extramurale zorg

### Geïndiceerde extramurale zorg per zorgregio

[% afwijking van het verwachte aantal indicaties<sup>1</sup>, 2010]



1) Verschil tussen werkelijk aantal indicaties per zorgregio en het verwachte aantal indicaties. Het verwachte aantal indicaties is berekend door het totale aantal indicaties in Nederland toe rekenen aan de regio en daarbij te corrigeren voor leeftijd (5-jarige leeftijdsklassen) en geslacht

## 4. Indicaties vanuit nationaal perspectief

Zorgkantoren hebben een belangrijke rol in de AWBZ: ze verdelen de contracteerruimte die door de overheid is toegewezen. Per regio heeft een zorgaanbieder nu nog te maken met één 'inkoper'. Het is de bedoeling dat zorgverzekeraars per 1 januari 2013 voor eigen verzekerden gaan inkopen. De vorm waarin dit gaat gebeuren is nog niet volledig uitgekristalliseerd. Wel is het waarschijnlijk dat de huidige dynamiek, met één zorgkantoor dat in een afgebakende regio alle AWBZ-zorg inkoopt, op termijn zal verdwijnen.

In dit hoofdstuk staan we stil bij de indicatiestelling en het zorglandschap in de ouderenzorg. Er zijn patronen zichtbaar die duiden op praktijkvariatie in indicatiestelling en regionale verschillen in de concentratie van zorgaanbieders. De inzichten zijn bedoeld als 'food for thought' en nadrukkelijk geen oordeel. Het is een aanzet tot meer inzicht in de variatie en geeft op die basis richting aan de doelen van de stelselwijziging die ophanden is.

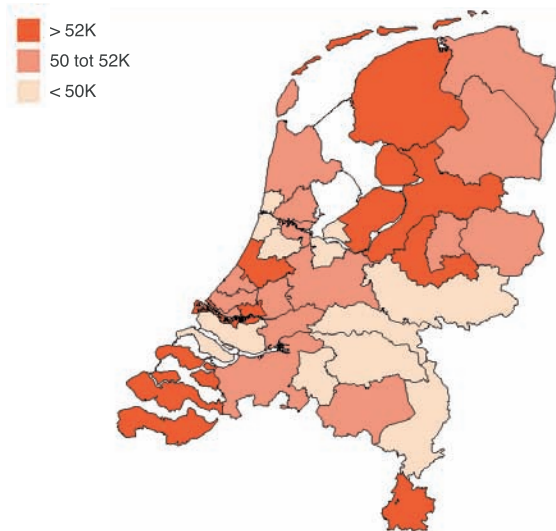
### Praktijkvariatie in indicatiestelling, zowel intramuraal als extramuraal

Er is variatie tussen regio's in het **aantal geldige indicaties** gecorrigeerd voor leeftijd en geslacht, zowel intramuraal als extramuraal (zie figuur 21 en 22). Het werkelijk aantal **intramurale** indicaties ten opzichte van het verwachte aantal indicaties varieert van +27% tot -29%. Het valt op dat plattelandsregio's zoals Zeeland en Drenthe over het algemeen minder intramurale zorg gebruiken dan stedelijke regio's. Voor **extramurale** zorg varieert het aantal indicaties ten opzichte van het verwachte aantal indicaties van +40% tot -35%. Hier is een minder eenduidig verschil tussen de steden en het platteland. De variatie kan een aantal oorzaken hebben:

1. Socio-economische verschillen
2. Historische kenmerken van de regio's
3. Manier waarop indicatieregels worden toegepast
4. Andere nog onverklaarbare verschillen

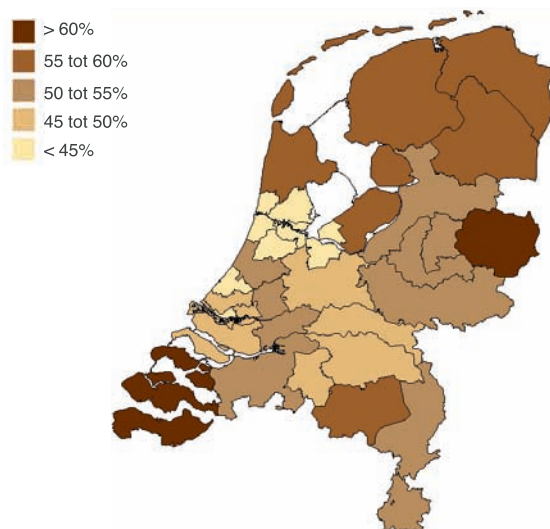
### 23. Kleine verschillen in zorgzwaarte tussen zorgregio's

**Gemiddelde intramurale zorgzwaarte per zorgregio**  
[gemiddeld NZa-tarief per indicatie per jaar, EUR K]



### 24. Variatie tussen zorgregio's in mate van extramuralisering

**Mate van extramuralisering per zorgregio**  
[aantal extramurale indicaties versus het totaal aantal indicaties, 2010]





Wij kunnen de omvang van de verschillende determinanten hier niet kwantificeren. Wel constateren wij dat de verschillen opvallend zijn. Voor betere planning van de infrastructuur en capaciteit bevelen wij aan om de omvang van de verschillen en de determinanten te analyseren.

Dit is een belangrijk vraagstuk, zeker als verzekeraars (deels) risicodragend worden. Stel dat er gekozen wordt voor een model waarin verzekeraars *geen* risico lopen op de indicaties, maar *wel* op het gebruik van de indicatie. De huidige scheefheid in indicatiestelling zou dan een risico vormen. Is het in Zeeland net zo 'makkelijk' om minder intramurale zorg te leveren dan geïndiceerd als in Midden Brabant? Wij denken dat het antwoord op deze vraag nee is. Zonder nader onderzoek en validatie zijn indicaties naar onze mening onvoldoende basis voor een inkoop- of vereveningsmechanisme voor zorgverzekeraars.

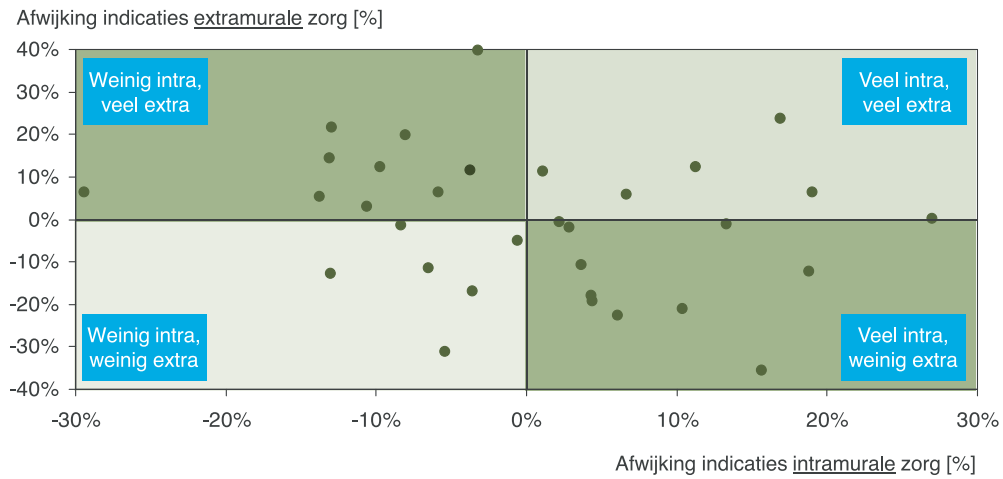
Ook de gemiddelde geïndiceerde intramurale **zorgzwaarte** per indicatie varieert tussen regio's (zie figuur 23). Deze variatie is wel kleiner. De gemiddelde zorgzwaarte hebben wij berekend door per zorgkantoor de geldige ZZPs (W01 t/m W10) te wegen naar de NZa tarieven zoals die golden in 2010. Volgens deze maat varieert de kostprijs tussen EUR 48K per cliënt per jaar in de regio Amstelland-Meerlanden tot EUR 54K in Flevoland. Met andere woorden: in Flevoland is de geïndiceerde zorgzwaarte gemiddeld 14% hoger dan in Amstelland-Meerlanden. De zorgzwaarte hangt, zoals te verwachten, negatief samen met de afwijking in het werkelijke aantal indicaties ten opzichte van het verwachte aantal indicaties (een correlatie van -40%). Met andere woorden: bij minder intramurale indicaties wordt de gemiddelde casemix zwaarder.

De sector zal zich rekenschap moeten geven van de intramurale zorgzwaarte. Het kan een indicator zijn voor succesvolle extramuralisering van minder zware zorg, waardoor de zorg die in de huizen overblijft zwaarder is. Verschillen in geïndiceerde zorgzwaarte kunnen ook een reden zijn om de indicatiestelling nog eens goed onder de loep te nemen. Het kan namelijk ook zijn dat het vooral een registratie-effect is, waarbij patiënten te hoog of juist te laag worden ingeschaald.

Ook in de mate van '**extramuralisering**' bestaat er variatie tussen regio's (zie figuur 24). De mate van extramuralisering hebben wij gedefinieerd als het percentage extramurale geldige indicaties van het totale aantal geldige indicaties. De gemiddelde verhouding

## 25. Zwakke samenhang tussen hoeveelheid extramurale en intramurale zorg

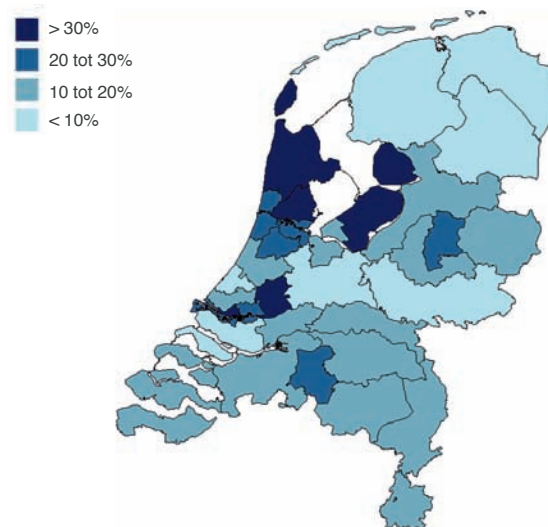
Afwijking<sup>1</sup> intramurale en extramurale indicaties per zorgregio  
[% , 2010]



- 1) Verschil tussen werkelijk aantal indicaties per zorgregio en het verwachte aantal indicaties. Het verwachte aantal indicaties is berekend door het totale aantal indicaties in Nederland toe rekenen aan de regio en daarbij te corrigeren voor leeftijd (5-jarige leeftijdsklassen) en geslacht

## 26. Concentratie van intramurale aanbieders verschilt tussen zorgregio's

Concentratie van intramurale zorgaanbieders per zorgregio  
[HHI<sup>1</sup>, op basis van aantal bedden, 2010]



1. 100% is maximale concentratie (één aanbieder met 100% marktaandeel)

is ongeveer 50%, met uitschieters van 38% (Amstelland-Meerlanden) naar beneden tot 62% (Twente) naar boven. De variatie in extramuralisering kan iets zeggen over verschillen in patiëntenpopulatie, of over de manier waarop instellingen de zorg in hun omgeving hebben ingericht. Er bestaat een sterke positieve samenhang tussen de mate van extramuralisering en de intramurale zorgzwaarte (correlatie van +60%). Dit is een aanwijzing dat in een regio met hoge extramuralisering vooral de lichtere patiënten thuis worden geholpen en daarmee uit het verpleeghuis blijven.

Wij vinden beperkte samenhang tussen de **hoeveelheid extramurale en intramurale zorg** (zie figuur 25). Kennelijk is er geen directe relatie tussen het aantal cliënten dat thuis wordt geholpen en het aantal mensen met een indicatie voor opname, wat erop zou kunnen wijzen dat extramuralisering niet direct leidt tot minder vraag naar intramurale zorg.

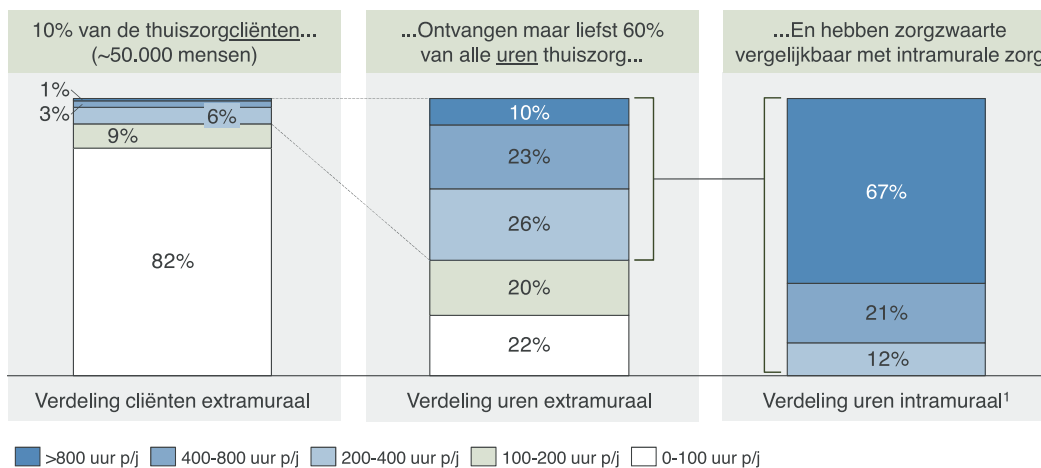
Wij denken niet dat er een 'ideaal' model bestaat met de perfecte verhouding tussen intramurale en extramurale zorg. Wel kunnen instellingen en inkopers nadenken over de verhouding in hun regio, wat deze verhouding drijft en of deze verhouding gezien de zorgvraag wenselijk is.

## Verschillen in structuur zorgaanbod tussen regio's

De **concentratie van het intramurale zorgaanbod** varieert tussen regio's (zie figuur 26). De verschillen in concentratie (Herfindahl-Hirschman Index<sup>4</sup>) zijn aanzienlijk en deze index loopt uiteen van 68 in de regio Midden Holland tot 6 in de regio Arnhem. Een index van 68 wil zeggen dat het marktaandeel van de grootste instelling ongeveer 80% is. Deze instelling heeft in de regio zo goed als een monopoliepositie. Dit heeft implicaties voor de keuzevrijheid van cliënten en het onderhandelingspel tussen de zorgaanbieder en de verzekeraar.

<sup>4</sup> De Herfindahl-Hirschman Index is een standaard maat voor concurrentieintensiteit: de som van de gekwadeerde marktaandelen van aanbieders in een afgebakend gebied, in dit geval een zorgregio. Wij hebben het marktaandeel per zorgkantoor vastgesteld op basis van het aantal bedden volgens Kiesbeter. Door per regio de bedden naar organisatie op te tellen (dat zijn vaak meerdere locaties), ontstaat een beeld van het aantal bedden per organisatie per zorgregio.

## 27. Meeste thuiszorguren geleverd aan cliënten met een grote zorgbehoefte die ook in aanmerking komen voor intramurale zorg



1) Voor de intramurale zorg is de verdeling als volgt: ZZP 1 en 2 is 200-400 uur per jaar, ZZP 3 en 4 is 400 tot 800 uur per jaar, ZZP 5 en hoger is meer dan 800 uur per jaar

## Thuiszorg geconcentreerd bij kleine, kwetsbare groep cliënten

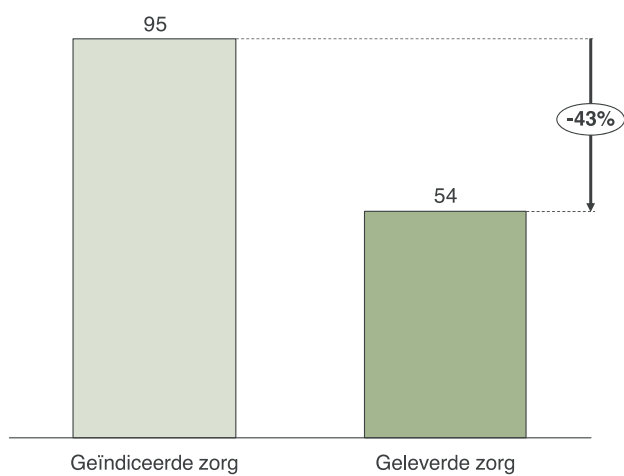
Ongeveer 60% van de thuiszorguren wordt gegeven aan cliënten die 200 of meer uren zorg per jaar ontvangen (zie figuur 27). Het gaat daarbij om veertig- tot vijftigduizend mensen. Deze groep krijgt ongeveer evenveel zorg als cliënten in een intramurale instelling. Tegenover de 155.000 ouderen met een verpleging- en verzorgingsindicatie die in een instelling wonen (en allemaal 200 uur of meer zorg krijgen) zijn er dus veertig- tot vijftigduizend mensen die met ongeveer evenveel zorg thuis wonen. Dit is de groep waarvoor directe extramuralisering heeft plaatsgevonden. Het is een kwetsbare groep die zeer intensieve zorg krijgt. Deze groep heeft veel meer overeenkomsten met intramurale cliënten dan de half miljoen mensen die lichte of kortdurende hulp extramuraal krijgt.

Door de overlappende cliëntpopulaties met een vergelijkbare zorgvraag lijkt het onverstandig om een schot te plaatsen tussen de financiering van intramurale en extramurale zorg. De groep van kwetsbare extramurale cliënten die veel zorg krijgt zou voor een groot deel ook in aanmerking komen voor intramurale zorg. Dat onderscheid is zorginhoudelijk niet zo relevant, waardoor financiering vanuit verschillende bronnen tot perverse prikkels kan leiden: instellingen gaan een patiënt opnemen in plaats van thuiszorg bieden, omdat dit geld scheelt vanuit de 'extramuraal' pot. Of juist andersom.

Als zorgverzekeraars gaan inkopen voor eigen verzekerden, dan krijgen ze te maken met de hierboven beschreven verschillen in zorginfrastructuur. De inzichten die wij tonen geven aanleiding voor een grondige analyse van de verschillen in concurrentie-intensiteit, casemix, capaciteit en vragen rondom de scheiding tussen intramurale en extramurale zorg. Op basis van gedegen kwantitatieve inzichten kunnen zorgverzekeraars en zorgaanbieders hun strategische agenda vaststellen om de zorginfrastructuur te verbeteren. Ook zijn deze inzichten belangrijk voor de overheid bij de ontwikkeling van een toekomstvast reguleringsregime, waaronder de rol van indicatiestelling in de AWBZ, keuzes in de mate van risicodragendheid voor verzekeraars en eventuele inrichting van een vereveningssysteem.

## 28. Thuiszorginstellingen gaan zuinig om met indicatieruimte

Aantal werkelijk geleverde uren ten opzichte van de indicatie  
[in miljoenen uren, 2010]



## Thuiszorginstellingen gaan doelmatig om met indicatieruimte

In 2010 is 54 miljoen uur thuiszorg geleverd<sup>5</sup>, ten opzichte van de totaal geïndiceerde zorg van 95 miljoen uur (zie figuur 28). Wij concluderen hieruit dat instellingen en zorgverleners over het algemeen zuinig omspringen met de indicatieruimte. Deze conclusie is in lijn met onze praktijkervaring, waar zorgmedewerkers in de meeste gevallen doelmatig zorg inzetten op basis van hun eigen inschatting van wat nodig is. Wat wellicht ook meespeelt is de beperkte capaciteit door krapte op de arbeidsmarkt. In deze omgeving kiezen zorgmedewerkers er voor om meer mensen te helpen in minder tijd, terwijl dit financieel niet aantrekkelijk is. Er is immers meer (onbetaalde) reistijd, administratie en overleg nodig. Het soms geschetste beeld van een puur productiegedreven thuiszorg lijkt niet reëel<sup>6</sup>.

Ondanks bovenstaande feiten is er veel aandacht voor financiering van de thuiszorg op basis van zorguitkomsten. De vraag rijst: wordt hiermee een oplossing bedacht voor een probleem dat eigenlijk niet zo groot is? Wij geloven zeker dat er nog een wereld te winnen is in het verkrijgen van inzicht in drijvers van doelmatigheid van zorgverlening. Deze inzichten zijn nodig om de zorgverlening te verbeteren door instellingen die effectief zorg geven te belonen. Belangrijk is wel analyse op basis van feiten, begrip van wat je weggooit en oog houden voor de kracht van eenvoud.

<sup>5</sup> Uren extramurale zorg zijn inclusief uren geleverd door niet-WT instellingen, op basis van data DigiMV

<sup>6</sup> Zorgvisie <http://www.zorgvisie.nl/Financien/11555/Prijsvechters-leveren-duurste-thuiszorg.htm>

## 5. Ouderenzorg in Europees perspectief

Een Europees perspectief op ouderenzorg geeft verfrissende inzichten. De vaak diep gewortelde maatschappelijke visie op wie verantwoordelijk is voor verzorging van ouderen is van invloed op de publieke uitgaven aan gezondheidszorg. Dit gegeven is al eens helder uiteengezet in onderzoeken van de Europese Commissie (2007), het CPB (2007) en in een recente studie van het CDA (2010). In het publieke debat over de ouderenzorg overheerst een beeld van schaarste, schrale financiering en onvoldoende cliëntgerichtheid. Er bestaat in Nederland een vrij breed draagvlak voor collectieve uitgaven aan ouderenzorg. Het feit dat Nederland een uitzonderlijk stelsel heeft in Europa, waarin formele zorg veel mantelzorgtaken heeft overgenomen, blijft meestal buiten beschouwing. Wij denken dat het publieke debat beter en opener gevoerd kan worden door de Nederlandse situatie te bezien in Europees perspectief.

Dit bredere perspectief is ook urgent, omdat de publieke financierbaarheid van ouderenzorg nog verder onder druk zal komen te staan de komende jaren. Het probleem van een omvangrijke collectief gefinancierde ouderenzorg met een krimpende beroepsbevolking kan worden dat de voordelen naar de private sfeer vloeien, terwijl de lasten grotendeels collectief gedragen worden. Economen noemen dat 'private rijkdom en publieke armoede'. Het is niet in de eerste plaats een vraagstuk over hoe veel de ouderenzorg mag kosten, het gaat meer over de vraag waar deze lasten terecht komen. We zullen ergens een tussenweg moeten vinden om te voorkomen dat ons ouderenzorgstelsel vastloopt in een doodlopende weg naar volledige overheidsverantwoordelijkheid.

### **Nederland in Europees perspectief: ruime indicatie, weinig mantelzorg**

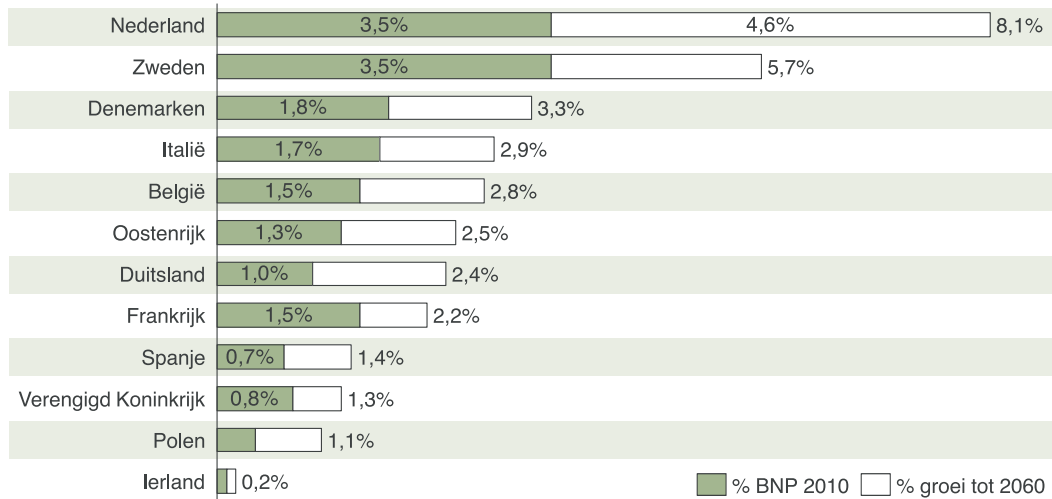
Langdurige zorg wordt informeel geleverd door familie en vrienden (mantelzorg) en formeel, door zorgverleners die er voor betaald worden. Overheden in Europa hebben in alle landen een rol bij de organisatie van formele zorg. Bijvoorbeeld door directe financiering van zorginstellingen. Of door subsidies aan mensen die zorg nodig hebben, waardoor deze zelf zorg kunnen inkopen. Het PGB is hiervan een voorbeeld. Al hebben alle overheden een rol in de organisatie van ouderenzorg, deze rol verschilt sterk.



## 29. Nederland is koploper van Europa in publieke uitgaven aan langdurige zorg en zal dit blijven bij ongewijzigd beleid

### Vergelijking uitgaven langdurige zorg

[% BNP, 2010 en 2060E]

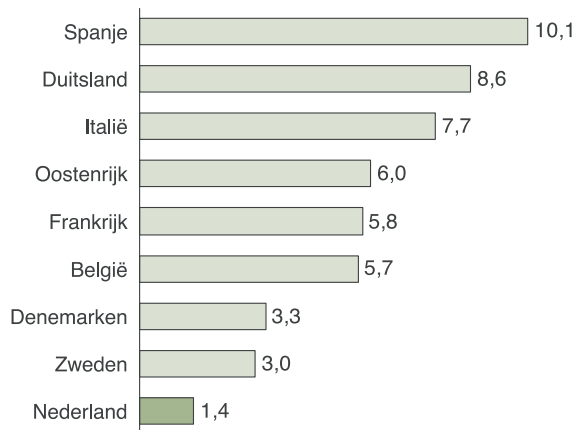


Bron: 2009 Ageing Report: Economic and budgetary projections for the EU-27 Member States (2008-2060)

## 30. In Nederland geven kinderen relatief weinig mantelzorg aan hun ouders

### Mantelzorg kinderen aan hun ouders in Europa

[uren mantelzorg per maand van kinderen aan hun ouders, 2006]



Bron: Does informal care from children to their elderly parents substitute for formal care in Europe? Eric Bonsang, Journal of Health Economics, 2009, volume 28, issue 1

Nederland is samen met Zweden koploper in Europa als het gaat om uitgaven aan langdurige zorg. De uitgaven bedroegen volgens de definitie van de OECD 3,4% van het BNP in 2010 (zie figuur 29). Opvallend zijn de verschillen tussen landen en het ontbreken van een duidelijke geografische logica in deze spreiding. Het is niet zo dat zuidelijke landen weinig collectieve uitgaven doen aan ouderenzorg en noordelijke landen veel. Neem bijvoorbeeld Duitsland en Italië. Duitsland geeft 0,9% van het BNP uit aan ouderenzorg, Italië geeft met 1,7% bijna twee keer zo veel uit.

Nederland geeft met Zweden en Denemarken de minste mantelzorg aan kwetsbare ouderen van Europa (zie figuur 30). Deze conclusie trekken wij op basis van een breed uitgezet onderzoek van de Europese Unie uitgevoerd tussen 2003 en 2007<sup>7</sup>. Nederland scoort zowel laag op het aantal mensen dat mantelzorg geeft als de tijdsinvestering van die mensen die wel mantelzorg bieden. Knoef en Kooreman hebben econometrisch onderzoek gedaan naar mantelzorg van kinderen aan hun (kwetsbare) ouders<sup>8</sup>. Uit dit onderzoek blijkt dat vermindering van reisafstand tussen zorgbehoevende ouderen en hun kinderen een effectieve methode zou zijn om mantelzorg te stimuleren.

Meer formele zorg leidt tot minder mantelzorg. Dit geldt vooral voor eenvoudige vormen van ouderenzorg. De samenhang is vrij direct zichtbaar in de cijfers (zie figuur 31). De vraag is waar de verantwoordelijkheid van de familie ophoudt en de verantwoordelijkheid van het collectief begint. Laten we eens dieper ingaan op de organisatie van de ouderenzorg in Duitsland.

## Nederland kan leren van elementen in het Duitse ouderenzorgstelsel

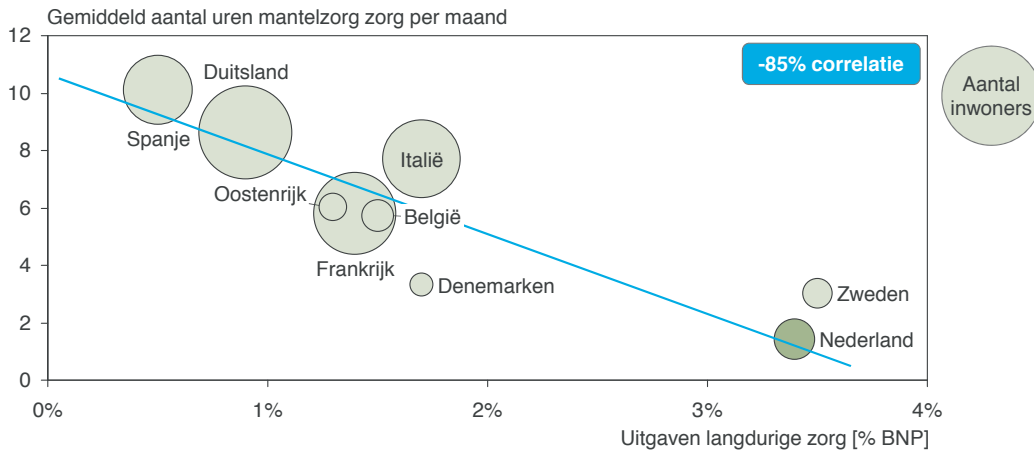
In 1995 is een sociaal verzekeringssysteem ingevoerd voor vrijwel de gehele Duitse bevolking. Deze verzekering voorziet in gedeeltelijke ondersteuning voor geïndiceerde zorgontvangers en mantelzorgers. De publieke uitgaven in Duitsland aan langdurige ouderenzorg zijn veel lager dan in Nederland. Er zijn drie factoren aan te wijzen die dit kunnen verklaren.

<sup>7</sup> Survey on Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE)

<sup>8</sup> Informele zorg en interacties tussen broers en zussen, Marike Knoef en Peter Kooreman, ESB, 14 oktober 2011

### 31. Meer overheidsuitgaven aan langdurige zorg gaan samen met minder mantelzorg door kinderen aan hun ouders

Samenhang uitgaven langdurige zorg met mantelzorg door kinderen aan hun ouders

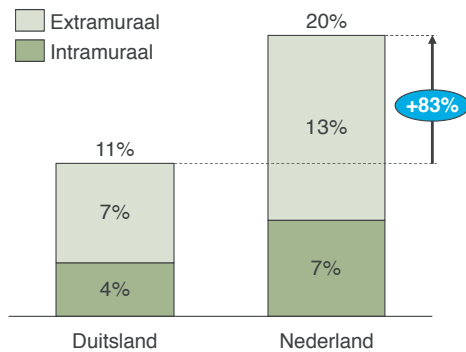


Bron: 2009 Ageing Report: Economic and budgetary projections for the EU-27 Member States (2008-2060); Does informal care from children to their elderly parents substitute for formal care in Europe? Eric Bonsang, Journal of Health Economics, 2009, volume 28, issue 1

### 32. Minder formele langdurige zorg in Duitsland, maar juist meer mantelzorg

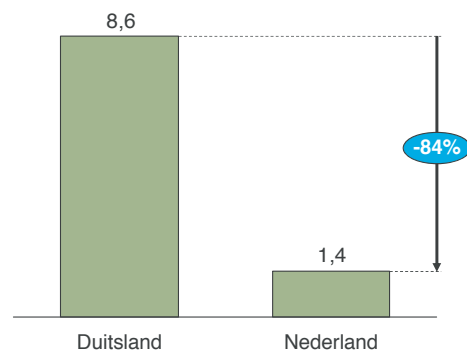
Gebruik formele langdurige zorg

[% inwoners 65+, 2006]



Mantelzorg kinderen aan hun ouders<sup>2</sup>

[Gemiddeld aantal uren per maand, 2006]



Bron: OECD, Fact sheet long-term care in Germany, 18 mei 2011; Does informal care from children to their elderly parents substitute for formal care in Europe? Eric Bonsang, Journal of Health Economics, 2009, volume 28, issue 1

Allereerst ligt de lat voor toegang tot langdurige zorg in Duitsland hoger dan in Nederland: een persoon komt in aanmerking voor vergoeding wanneer naar verwachting tenminste een half jaar, minstens anderhalf uur per dag, zorg nodig is. Als je deze ondergrens op de Nederlandse thuiszorgcijfers legt, dan schatten wij in dat meer dan tweederde van de thuiszorgcliënten niet in aanmerking komt voor vergoeding uit de pot van langdurige zorg. Deze mensen kunnen wel zorg krijgen, maar dat wordt (deels) vergoed uit het Duitse equivalent van de zorgverzekering. Maar de grootste kosten zitten in de intramurale zorg. Ook daar zijn de criteria voor toegang strenger: er moet tenminste anderhalf uur zorg per dag nodig zijn. Dit is tien uur per week, ongeveer gelijk aan ZZP 4. Voor ZZP 1 tot 3 bestaat er dan ook geen indicatie in Duitsland. Dat komt overeen met ongeveer 60.000 cliënten in Nederland. Deze verschillen resulteren in 11% van de 65+ers die ouderenzorg gebruiken in Duitsland, versus 20% in Nederland (zie figuur 32).

Ten tweede zijn de eigen bijdragen hoger. Zo wordt de woon- en verblijfscomponent niet vergoed aan intramurale cliënten. Dit zou in Nederland betekenen dat inwoners van verpleeghuizen zowel de kapitaallasten als de verblijfscomponent zelf moeten betalen. Daar bovenop betalen Duitse cliënten ook een deel van de zorgkosten zelf. Er is wel een mogelijkheid voor financiële ondersteuning vanuit de bijstandsverzekering.

Het derde verschil is vermoedelijk een uitkomst van de eerste twee verschillen. Door strengere criteria voor toegang en hogere eigen bijdragen ligt het voor de hand dat Duitsers meer mantelzorg verlenen. Het verschil met Nederland is aanzienlijk (zie figuur 32). De vraag is of Nederlandse kinderen van kwetsbare ouders 'te weinig' taken zelf uitvoeren of Duitse kinderen 'te veel'. Een open maatschappelijk debat over deze vraag is tot op heden niet of nauwelijks van de grond gekomen.

Biedt het Duitse stelsel een oplossing voor alle problemen in de ouderenzorg? Dat zeker niet. Zo is er in Duitsland kritiek op de ouderenzorg voor dementerenden. Ook zijn er vraagtekens bij de mate waarin kinderen financieel moeten bijspringen om de hoge zorgkosten van hun ouders op te brengen. Het Duitse model geeft wel een perspectief op drie fundamentele vragen waar we in Nederland nieuwe antwoorden op moeten vinden, willen we de ouderenzorg toekomstbestendig maken:

1. Wie heeft toegang tot langdurige ouderenzorg?
2. Welke eigen bijdragen gelden er, afhankelijk van inkomen en vermogen?
3. Welke eigen verantwoordelijkheid ligt er bij de familie (mantelzorg)?

Duitsland heeft op deze drie vragen andere antwoorden geformuleerd dan Nederland. De criteria voor toelating zijn strenger, eigen bijdragen zijn hoger en kinderen geven meer mantelzorg aan hun ouders dan in Nederland. Het is onverstandig om deze drie fundamentele vragen over de AWBZ uit de weg te gaan. Niet in de laatste plaats voor de zorgverleners zelf: bij hen zal de werkdruk verder oplopen als we deze vragen voor ons uitschuiven als 'zorg voor later'.

## Methodologie en indicatoren

### Benchmark op basis van jaarverslagen

In deze studie rapporteren wij over de prestaties van instellingen die actief zijn in de VVT-sector. Dit doen wij op basis van jaarverslagen zoals gedeponeerd op [www.jaarverslagenzorg.nl](http://www.jaarverslagenzorg.nl). Omdat veel instellingen hun productie niet of onvolledig rapporteren in hun jaarverslag, zijn deze data waar nodig aangevuld met data uit DigiMV.

In totaal voldoen 411 instellingen aan de criteria die wij hebben gehanteerd voor inclusie in de data:

1. Leveren VVT-zorg in 2009 en 2010
2. Focus op VVT (criterium: >75% van de omzet in de VVT in het jaar 2010)

Deze instellingen leveren minimaal 90% van alle ouderenzorg en zijn daarmee representatief voor ontwikkelingen in de sector. Het eerste criterium heeft tot gevolg dat instellingen die in 2010 volledig nieuw zijn in de VVT-sector niet in deze studie zijn meegenomen. Aangezien dit alleen kleine instellingen zijn, is het effect op onze resultaten verwaarloosbaar. Uitzondering op de tweede voorwaarde is Espria; deze instelling haalt circa 65% van haar omzet uit de ouderenzorg. Omdat haar ouderenzorgtak wel de grootste van Nederland is, hebben wij Espria toch meegenomen in deze studie.

Wij rapporteren resultaten op twee niveaus:

1. **De VVT-sector als geheel**
2. **Vergelijkingsgroepen:** wij hebben de 411 instellingen verdeeld in zes vergelijkingsgroepen. Instellingen met een vergelijkbaar profiel vormen samen een vergelijkingsgroep. De prestatie van een vergelijkingsgroep geeft meer begrip van onderliggende trends en geeft de mogelijkheid om instellingen met eenzelfde profiel te analyseren. Wij hebben zes vergelijkingsgroepen samengesteld langs de dimensies focus en omvang:
  - a. Extramuraal - groot: >75 % omzet is extramuraal, omzet > EUR 5 miljoen
  - b. Extramuraal - klein: >75 % omzet is extramuraal, omzet < EUR 5 miljoen
  - c. Intramuraal - groot: >75 % omzet is intramuraal, omzet > EUR 20 miljoen
  - d. Intramuraal - klein: >75 % omzet is intramuraal, omzet < EUR 20 miljoen

- e. Intra- en extramuraal – groot: omzet intramuraal en extramuraal afzonderlijk minimaal 25% en maximaal 75% van totale omzet, omzet > EUR 20 miljoen
- f. Intra- en extramuraal – klein: omzet intramuraal en extramuraal afzonderlijk minimaal 25% en maximaal 75% van totale omzet, omzet < EUR 20 miljoen

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

1. **Marktprestatie:** hier analyseren wij de prestaties van WT-instellingen in hun markt ten aanzien van
  - i. **Omzet**
    - a. Wettelijk budget aanvaardbare kosten
    - b. Overige opbrengsten
  - ii. **Marktverschuivingen**
  - iii. **Fusies**
  
2. **Operationele prestatie:** hier analyseren wij de operationele prestaties van WT-instellingen op de volgende indicatoren
  - i. **Productie**
    - a. Cliënteenheden<sup>9</sup>
    - b. Intramuraal
    - c. Extramuraal
    - d. Dagactiviteiten
  - ii. **Kosten**
    - a. Personeel (waaronder uitzendkrachten)
    - b. Inkoopkosten
    - c. Afschrijvingen activa
    - d. Financiële lasten
  - iii. **Bedieningskosten**
    - a. Personeel
    - b. Inkoopkosten
    - c. Afschrijvingen activa

<sup>9</sup> Een cliënteenschap is een 'productiemandje' van drie WT activiteiten: V&V dagen, thuiszorguren en dagdelen dagactiviteiten. Door deze productie te wegen naar het gemiddelde tarief is de productie van instellingen genormaliseerd. Hierdoor zijn de instellingen op hoofdlijnen vergelijkbaar, ook wanneer de ene instelling vooral verpleeghuizen heeft en de andere vooral thuiszorg.

### 3. Financiële prestatie

- a. Winstgevendheid
- b. Eigen vermogen
- c. Schuld

## Regionale vergelijkingen

We hebben ook regionale verschillen in indicatiestelling en concentratie van zorgaanbieders geanalyseerd. Dit doen wij op basis van drie bronnen:

1. **Data van het CIZ:** het CIZ rapporteert per halfjaar de stand van de indicaties per zorgkantoorregio via de openbaar toegankelijke '**CIZ basisrapportage AWBZ**'. Deze gestandaardiseerde rapportage geeft per zorgregio het geldige aantal indicaties per type weer, onder andere uitgesplitst naar omvang indicatie, grondslag en leeftijd van cliënt. Hier hebben wij de volgende indicatoren uit berekend (met tussen haken de volgnummers van de originele tabellen in het CIZ rapport):
  - a. Stand van geldige intramurale indicaties (Tabel A.1) per zorgkantoorregio op 1 juli 2010
  - b. Totaal aantal geldige intramurale en extramurale indicaties voor ouderen met somatische of PG indicatie per zorgkantoorregio (Tabel 6.2 en tabel 6.3) op 1 juli 2010
2. **Data van Kiesbeter:** op Kiesbeter is informatie over verpleeg- en verzorgingshuizen te vinden. Wij hebben de organisatie waartoe de locatie behoort, het aantal bedden en de locatie (PC4) gebruikt om het aantal bedden per instelling per zorgregio vast te stellen.
3. **CBS:** de bevolkingsopbouw per zorgregio hebben wij gebaseerd op het aantal inwoners per leeftijdsklasse op 1 januari 2010 volgens het CBS. Ook de verwachte intra- en extramurale zorgvraag per zorgregio zijn berekend met cijfers van het CBS over de zorgvraag in Nederland per vijfjarige leeftijdsgroep en geslacht.



## Thuiszorgproductie versus indicaties

Wij rapporteren in deze studie het aantal uren geïndiceerde thuiszorg versus de werkelijke productie. De geïndiceerde uren thuiszorg voor ouderen zijn gebaseerd op de totale indicaties in Nederland op 1 juli 2010 vermenigvuldigd met het gemiddeld aantal uren zorg per type indicatie, zoals gerapporteerd door het CIZ in de basisrapportage AWBZ. Daarbij hebben wij de indicaties en de uren per indicatie opgeteld voor:

- Begeleiding Individueel (tabel 8.1 in de standaardrapportage van het CIZ)
- Persoonlijke Verzorging (tabel 8.4)
- Verpleging (tabel 8.5)

Bij deze analyse zijn de psychosociale (PSY) en visueel gehandicapte (VG) grondslagen uitgesloten.

De werkelijke productie in de thuiszorg is gebaseerd op de totaal gerapporteerde uren in DigiMV. Deze zijn overigens ongeveer gelijk aan het aantal geleverde uren volgens het CBS.

## Internationale vergelijking

Voor de internationale vergelijking maken wij gebruik van gegevens van de OECD en het Ageing Rapport van de Europese Commissie uit 2009.

## 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, analyses van verbeterpotentieel, tot verbeterprogramma's op basis van de principes van LEAN en Kaizen. U kunt contact met hen opnemen via [jurre.debruin@gupta.nl](mailto:jurre.debruin@gupta.nl) (+31 6 3492 4904) en [rick.goud@gupta.nl](mailto: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-strategists.nl](http://www.gupta-strategists.nl).

Voor nadere informatie over deze studie:

Jurre de Bruin

+31 6 34924904

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

