

Trouw aan de belofte



Zicht op prestaties ouderenzorg: studie VWT 2009

Trouw aan de belofte

Zicht op prestaties ouderenzorg: studie VWT 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. Investeringen 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.



Inhoudsopgave

Samenvatting

1. Introductie	1
2. Marktkenmerken en prestatie	7
Omvang en focus: eenheid in verscheidenheid?.....	7
Omzetgroei iets boven groei BNP.....	11
3. Operationele prestatie	17
Kleine productiegroei.....	17
Sterke stijging kosten.....	17
Stijging bedieningskosten ondanks hogere arbeidsproductiviteit.....	19
Sector kan en moet productiviteit verhogen.....	23
4. Financiële prestatie	27
Winstgevendheid: sterk herstel na zwak 2007.....	27
Eigen vermogen: een stevige basis voor de toekomst.....	29
Schuldpositie ziet er gezond uit.....	31
5. Kwaliteitsprestatie	33
6. Ranking	35

Bijlage: methodologie



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 1985¹.

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:

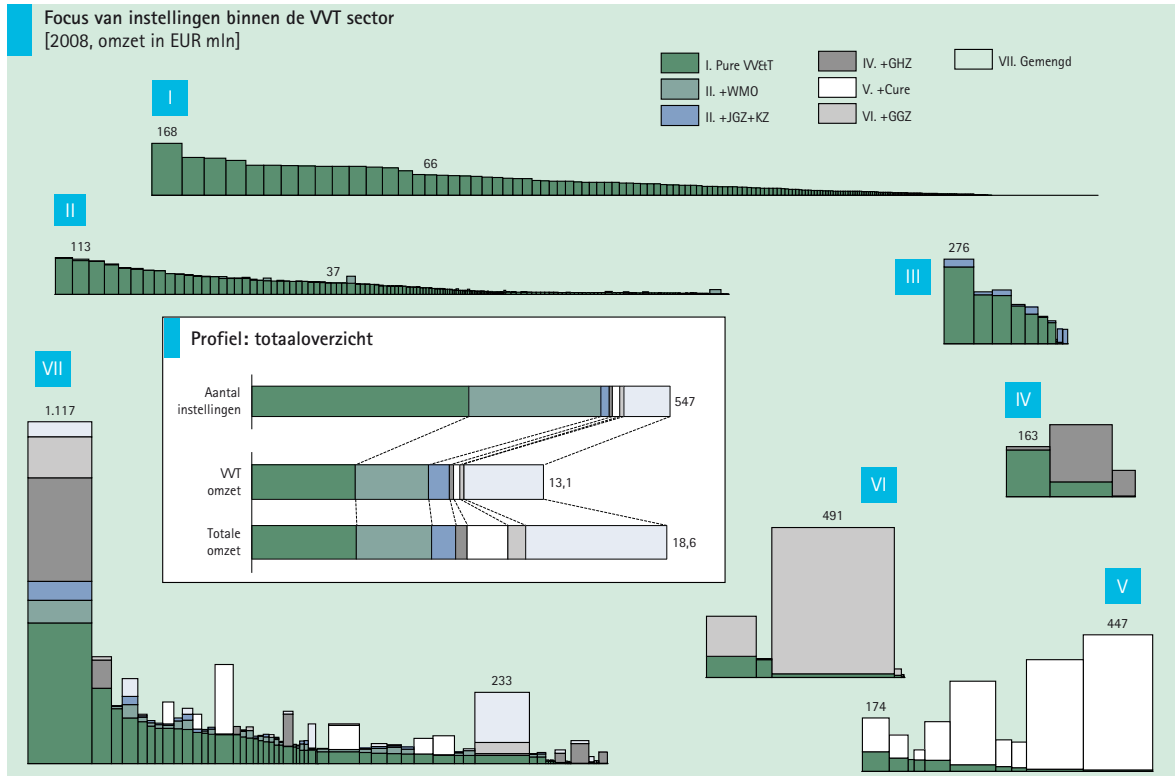
1. De gemiddelde WT-instelling bestaat niet: grote diversiteit in schaal en focus
2. De omzet WT is met 5 % gegroeid, tegenover een totale productiegroei² van slechts 0,7 %
3. Trendbreuk in productie thuiszorg: daling van 1 %
4. De bedieningskosten (kosten per productie-eenheid) zijn met 3 % gestegen
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.

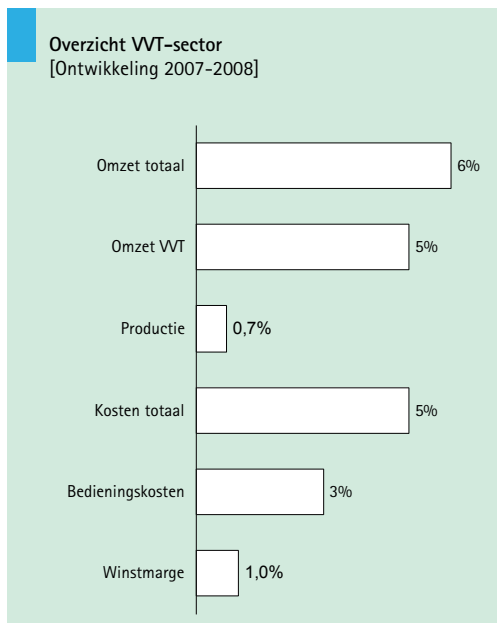
¹ Bron: SCP, de ontwikkeling van AWBZ-uitgaven, 2008

² 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*

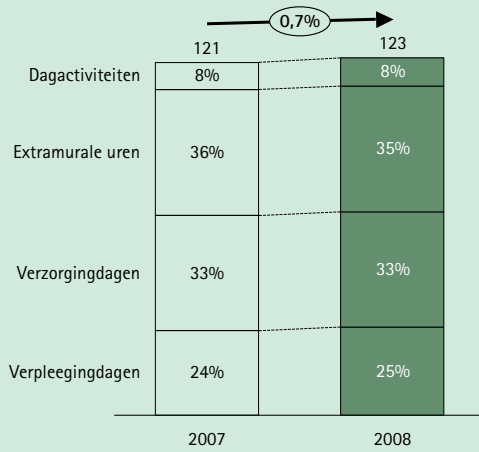
Wij rapporteren de omzetgroei op drie manieren:

- 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 %

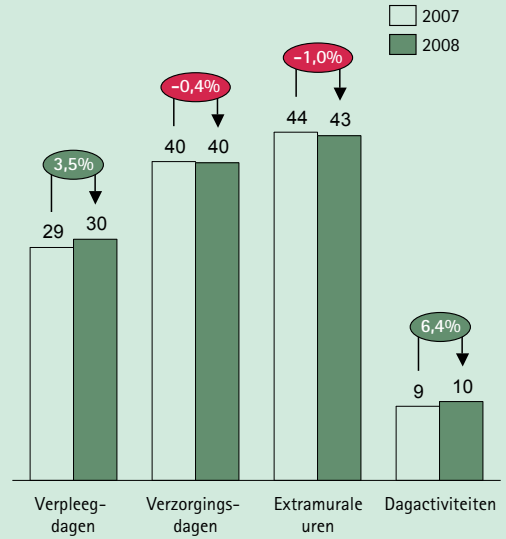
De totale omzet van de VWT-sector was in 2008 EUR 13,1 mrd. De bruto groei van 5 % ligt iets boven de bruto economische groei van 4,5 % (groei BNP plus inflatie). Door de grotendeels collectieve financiering vormt de VWT een groot risico voor de overheidsfinanciën, nu en in de toekomst. Door de demografische 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]

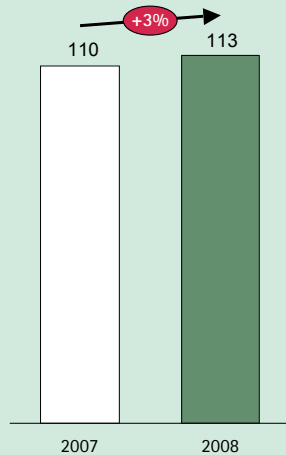


Thuiszorg krimpt terwijl dagactiviteiten en verpleegsdagen groeien
[Ongewogen productie, mln]

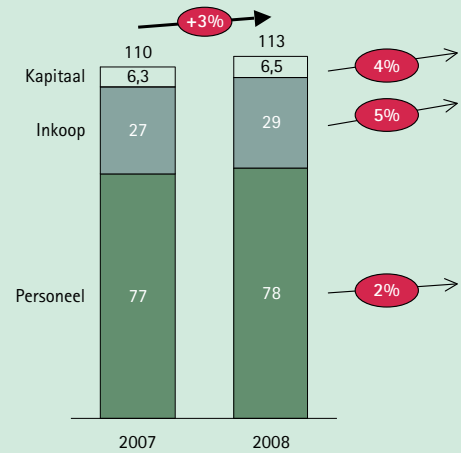


S4

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 thuiszorg³ 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 gegroeid⁴. 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-instelling⁵.

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

De bedieningskosten⁶ 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.

³ In dit rapport worden de termen extramurale zorg en thuiszorg door elkaar gebruikt.

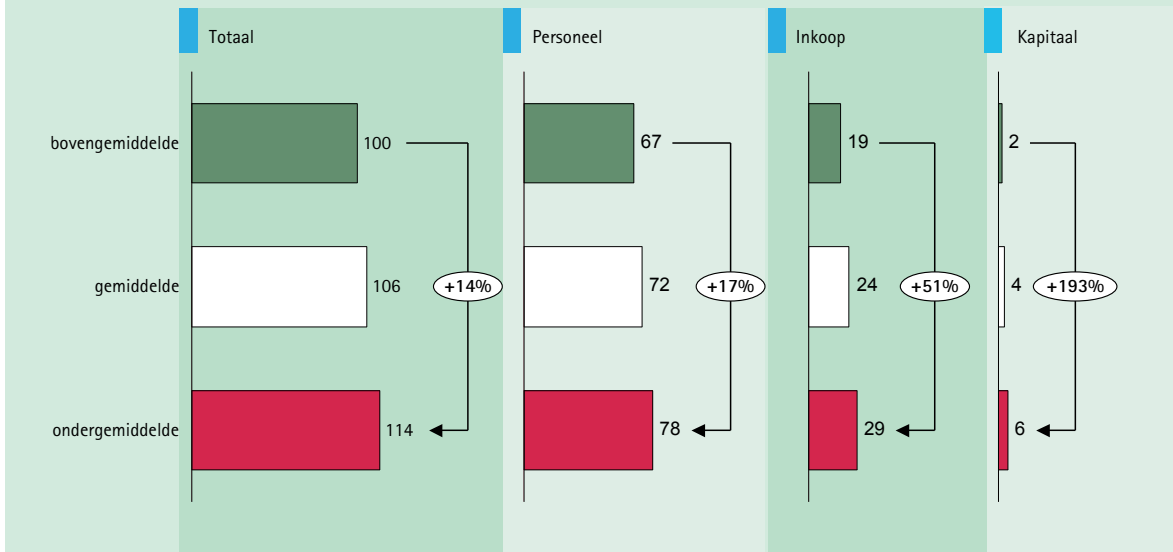
⁴ Bron: SCP, de ontwikkeling van AWBZ-uitgaven, 2008

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

⁶ 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.

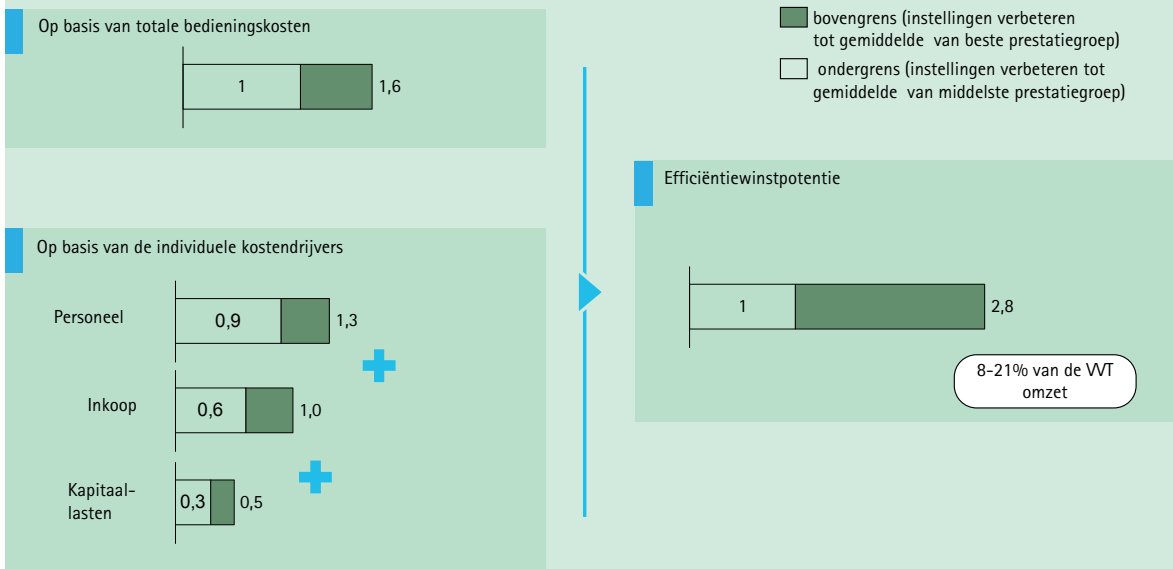
S5

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)

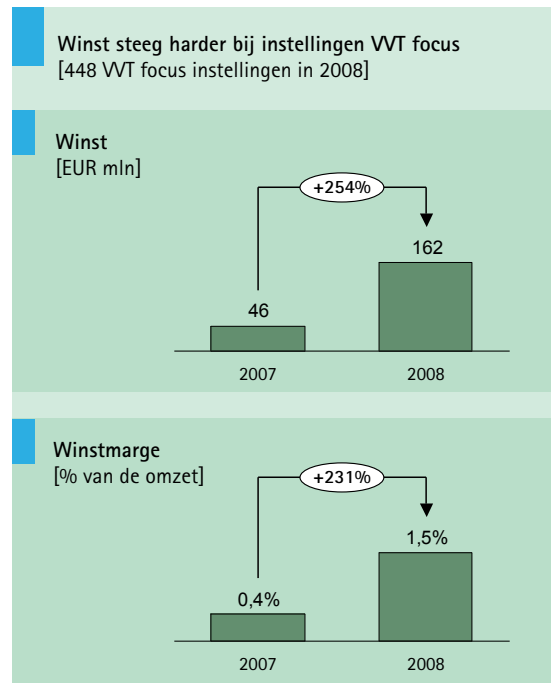
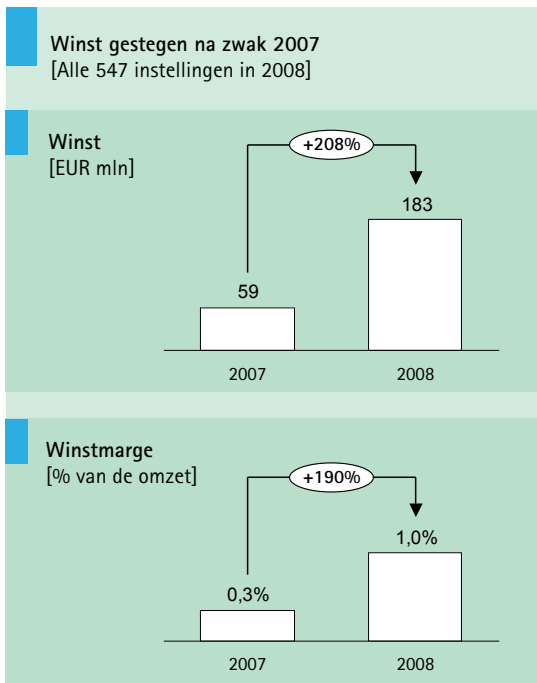
*Grote potentiële
efficiencywinst*

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.

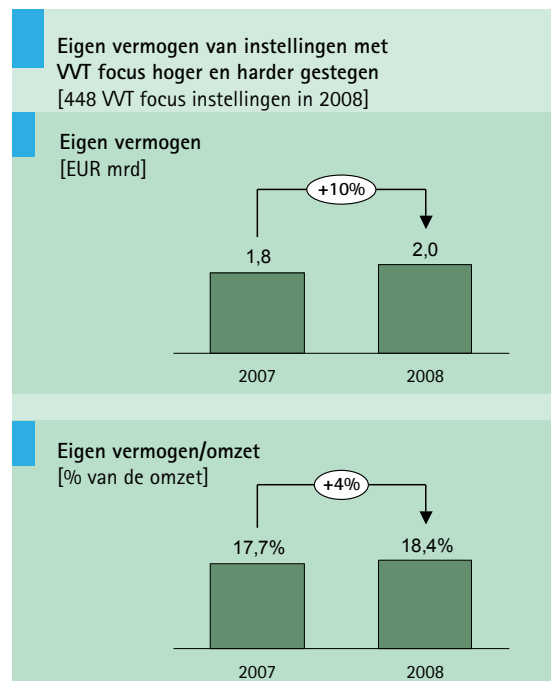
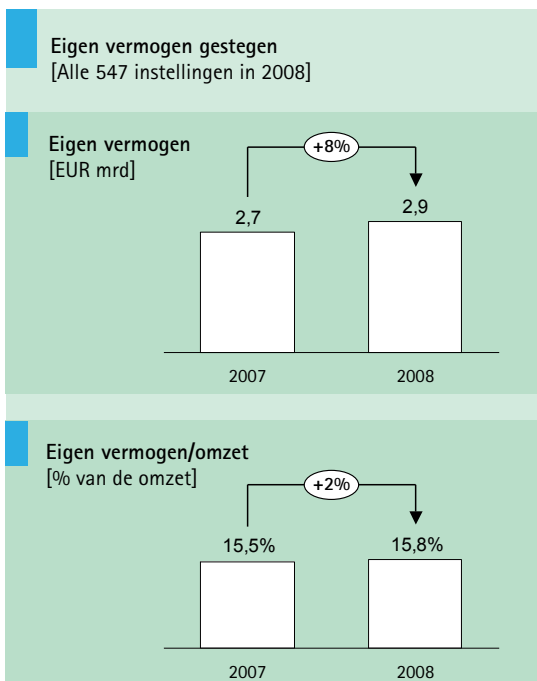
*Is stijging
productiviteit
mogelijk?*

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*

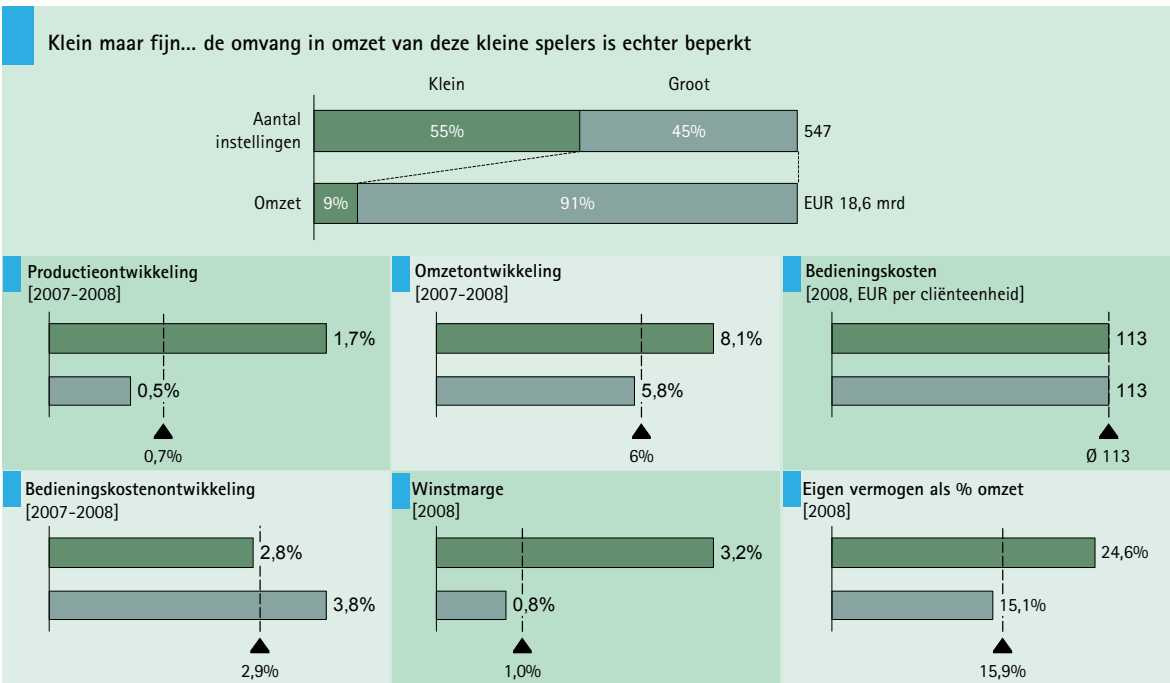
De winstmarges van instellingen met volledige WT focus zijn hoger (1,5%) en ook harder gestegen. Dit heeft geresulteerd in een 10 % versterking van het eigen vermogen tot EUR 2 mrd (18,4% van de omzet).

*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 instellingen⁷ 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.

⁷ 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 instellingen⁸. 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.

⁸ 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.



1. Introductie

Ouderenzorg draait niet alleen om medische handelingen, maar ook om dagelijkse levensbehoeften, zorg voor de mens en aandacht. Voor veel ouderen is het dagelijkse bezoek van de zorgverlener nodig om de dag door te komen. Vaak is het zelfs een sociaal evenement. Er komt niet meer zo vaak iemand langs. Dit is een realiteit waar alle zorgverleners in de VVT mee te maken hebben. Naast de medische en verpleegkundige aspecten geeft deze persoonlijke aandacht kleur aan het vak.

De aandachtsgerichte zorg in de VVT is moeilijker af te bakenen dan de curatieve zorg, maar wel van grote waarde. Is opname in een verzorgingshuis nodig? Dat hangt er vanaf. Is een heupoperatie nodig voor een heupfractuur? Ja of nee, daartussenin zit weinig. De vraag naar aandacht is wellicht oneindig, de vraag naar heupoperaties gelimiteerd. Ook de opbrengsten van Care zijn minder tastbaar dan van Cure. De woorden spreken misschien voor zich: 'zorgen' en 'helen'. Toch zijn beide nodig voor een goede kwaliteit van leven. Bovendien kan aandachtsgerichte zorg vaak veel meer betekenen voor de gesteldheid en kwaliteit van leven dan een pil of een medisch specialist. Daarom is de VVT-sector ontzettend belangrijk.

In veel landen ontfermt de familie zich over de verzorging van (groot)ouders. In Nederland is deze aandacht voor kwetsbare ouderen in familieverband deels verplaatst naar collectief gefinancierde zorginstellingen. Met deze verplaatsing ontstaat de neiging om naar de overheid te wijzen zodra de toegankelijkheid en kwaliteit onder druk staan. We moeten echter niet uit het oog verliezen dat de maatschappelijke verantwoordelijkheid alleen inhoud krijgt met individuele bijdragen van iedereen. En dan gaat het zeker niet alleen om geld, maar juist ook om aandacht.

De AWBZ is in 1967 tot stand gekomen om 'onverzekerbare' risico's in de chronische zorg te verzekeren. De basis van het stelsel is financiering via een solidaire volksverzekering op het inkomen en toegang tot zorg via indicatiestelling door het CIZ. De basis van het stelsel is tot op heden ongewijzigd. Wel heeft door de jaren heen een aantal veranderingen plaatsgevonden, waarbij delen van de zorg binnen of juist buiten de AWBZ zijn georganiseerd. De laatste jaren zijn er ook meer fundamentele veranderingen doorgevoerd. Zo is in 2004 de contracteerplicht voor extramurale zorg afgeschaft. Doel is de concurrentie en variatie in het aanbod te vergroten, waardoor de keuzevrijheid toeneemt. Ook de introductie van de ZZPs is gericht op meer vraaggerichte financiering.

De overheid bevindt zich echter nog in een spagaat. Aan de ene kant probeert zij de sector meer vraaggericht te maken, maar tegelijkertijd zet zij het botte instrument van de contracteerruimte in. Dit instrument is eind 2004 ingevoerd om het AWBZ- budget via de aanbodzijde te beheersen.

Vergrijzing zal de druk op de sector vergroten. Het aantal inwoners boven 65 jaar zal tussen nu en 2025 met 55 % stijgen. De regionale verschillen zijn groot: de groei loopt uiteen van 8 % in Rheden tot 166 % in Almere. Ouderen krijgen het liefste zorg aan huis of in ieder geval dicht bij huis en familie. Ontwikkelaars van nieuwe zorgvoorzieningen moeten dan ook goed rekening houden met de regionale verschillen in demografische groei.

Daarnaast veranderen ook de wensen van ouderen en het vermogen deze wensen te financieren. Zij zullen hoger opgeleid zijn: in 2005 had 13 % een HBO/WO-opleiding, in 2020 zal dat 22 % zijn. Ook het gemiddelde beschikbare inkomen zal naar verwachting stijgen. In 2005 had 35 % meer dan EUR 1.575 te besteden, in 2020 valt 50 % in deze categorie⁹. De ouderen van morgen zullen het aanbod kritischer bekijken en het bovendien meer naar hun hand kunnen zetten.

Door beperkingen in de financiering, sterk groeiende vraag en verandering in de wensen van ouderen staat de houdbaarheid van de AWBZ-sector onder druk. Ondanks alle discussies over stelsels, financiering en aanbod vindt verandering uiteindelijk plaats op de werkvloer, tussen zorgverlener en cliënt. Deze verandering op de werkvloer gaat geleidelijk. Veranderingen in regelgeving hebben tijd nodig voordat het effect in de praktijk zichtbaar is, maar de uitwerking loopt vaak nog door als de volgende beleidswijziging al weer in het vizier is.

De sector zal zich moeten transformeren om de ouderen van morgen goede zorg te leveren. Doel van dit rapport is om de sector objectieve inzichten te verschaffen zodat ze haar cliënten uitmuntende zorgdiensten kan blijven bieden.

⁹ Bron: SCP, ouderen van nu en in de toekomst, 2004

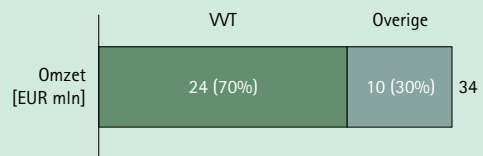
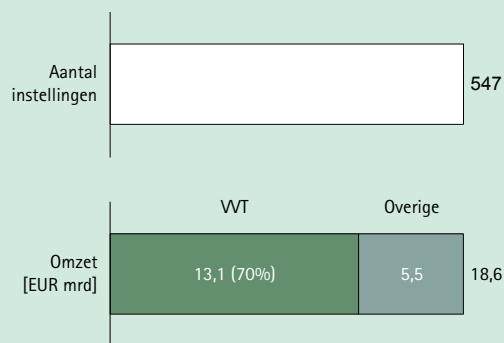
Om deze inzichten te verschaffen, kijkt deze studie naar de ontwikkelingen in de WT-sector in 2008. In de hierna volgende paragrafen wordt achtereenvolgens ingegaan op marktkenmerken en prestatie, operationele prestaties, financiële prestaties en kwaliteitsprestaties. Het rapport wordt afgesloten met een ranking van WT-instellingen op basis van hun prestaties in 2008.

M1

Profiel van de VVT sector [2008]

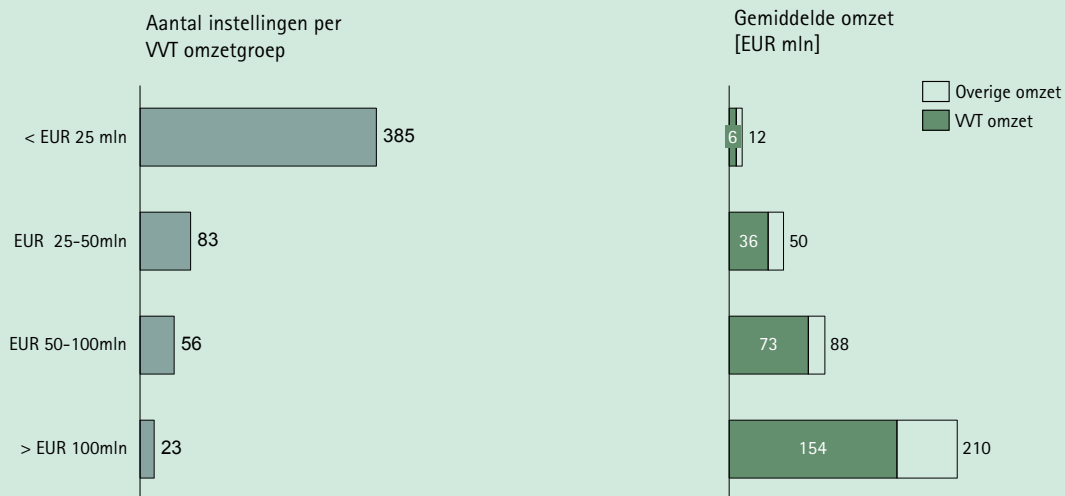
De meer dan 500 instellingen die ouderenzorg leveren hebben een omzet van bijna EUR 19 mrd.
70% daarvan is VVT omzet

De gemiddelde instellingen in de VVT-sector heeft een omzet van EUR 34 mln, waarvan 24 mln uit de VVT.



M2

Profiel van de VVT sector: veel instellingen met kleine omzet. In termen van VVT omzet zijn grote instellingen ruim 25 keer groter dan kleine instellingen [2008]



2. Marktkenmerken en prestatie

In dit hoofdstuk kijken we naar de kenmerken van de sector voor wat betreft de omvang en de focus van instellingen. Daarna staan we stil bij de omzetonwikkeling.

Omvang en focus: eenheid in verscheidenheid?

De VWT-sector bestaat uit ongeveer 550 instellingen met een totale omzet van EUR 18,6 mrd in totaal en EUR 13,1 mrd in de VWT. Dit komt neer op een gemiddelde omzet van EUR 34 mln per instelling, waarvan EUR 24 mln in de VWT (zie figuur M1). Achter deze cijfers ligt een grote diversiteit, zowel in schaal als in scope van activiteiten.

*Van EUR 1 mln tot
EUR 1 mrd omzet*

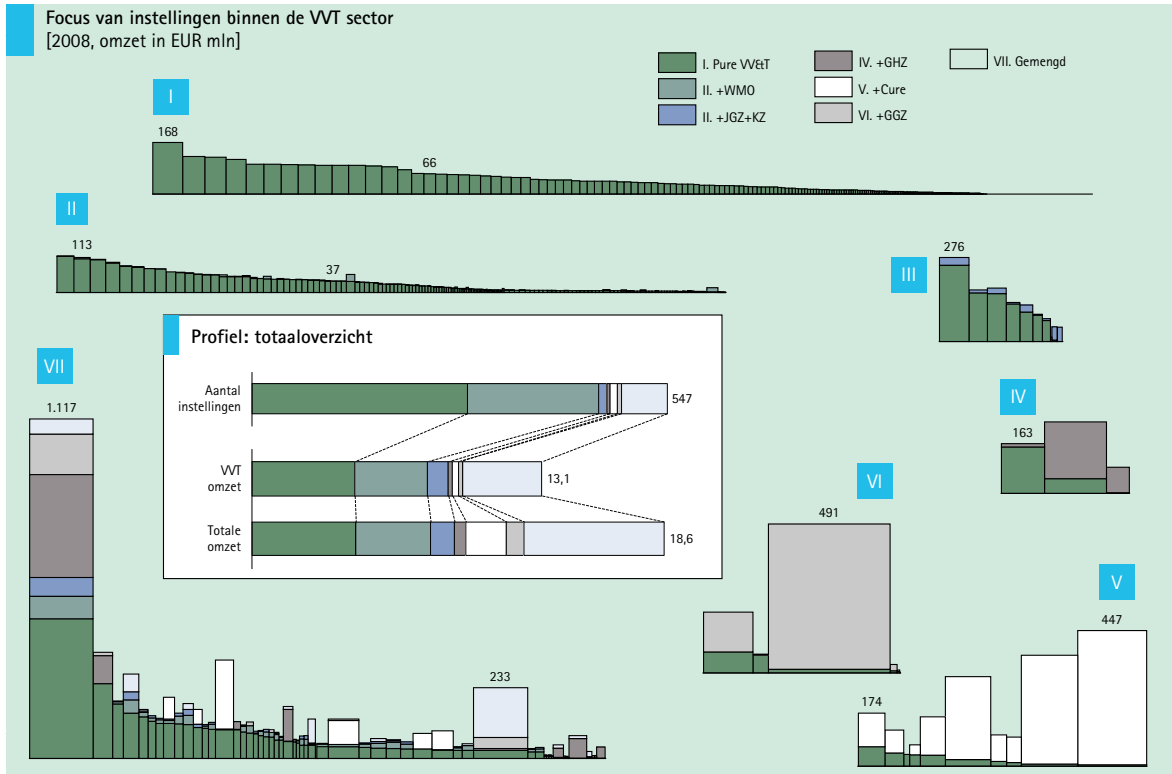
Wat direct opvalt, is de variatie in omvang van instellingen. 385 instellingen hebben een omzet onder de EUR 25 mln, terwijl er 23 concerns meer dan EUR 100 mln omzet maken in de VWT (zie figuur M2). Blijkbaar is de sector nog zoekende naar de ideale schaalgrootte. Deze grote variatie in omvang is vrij uniek. Er zijn waarschijnlijk geen andere sectoren in Nederland die een dergelijk patroon laten zien. De meeste sectoren zijn sterk geconsolideerd of bestaan juist uit veel kleine spelers met een vergelijkbare omvang. Vooral de grote groep kleine instellingen is verbazend gezien de hoge eisen die aan het bestuur gesteld worden vanwege haar complexe werkzaamheden, zoals onderhandeling met het zorgkantoor, invoering van ZZP's, enzovoort.

*Van alleen VWT
tot alle AWBZ-
segmenten onder
één dak*

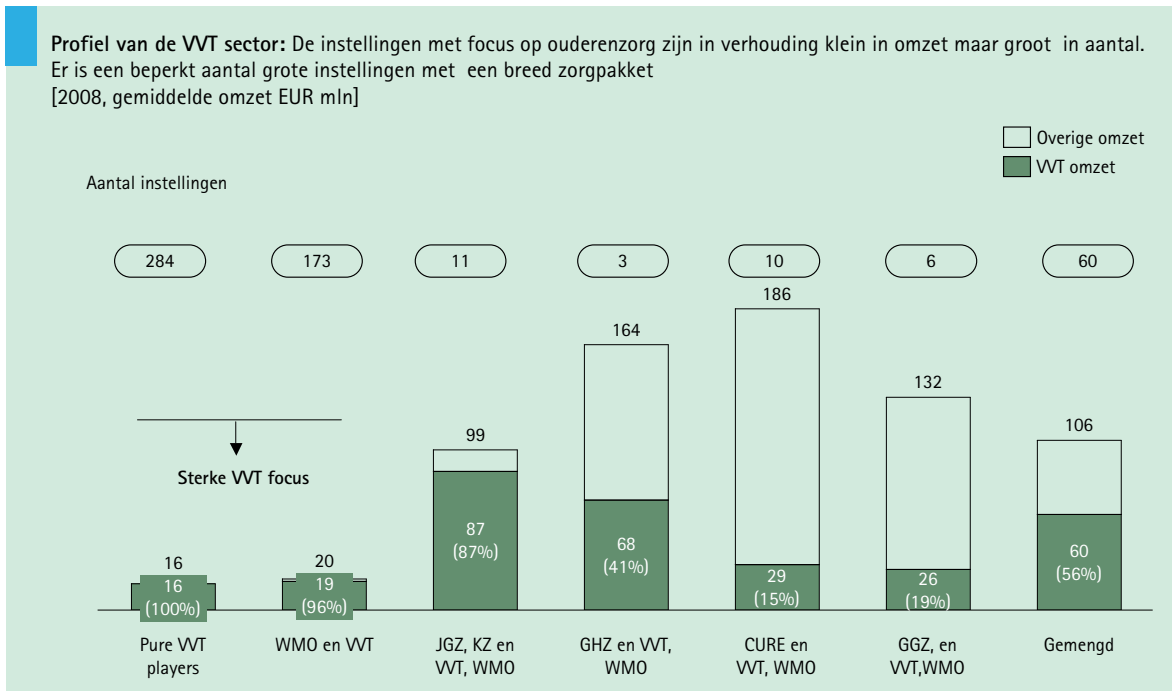
Naast de variatie in omvang is er ook veel diversiteit in de focus van activiteiten. Instellingen met een pure VWT-focus leveren slechts 36 % van alle VWT zorg. De overige 64 % wordt geleverd door instellingen met een gemengd profiel, die ook actief zijn in de WMO, GGZ, GHZ, JGZ, WMO of een combinatie daarvan (zie figuur M3). Alle 547 VWT-instellingen zijn gesegmenteerd in zeven groepen op basis van de verschillende activiteiten die ze ondernemen.

1. Volledige focus op VWT
2. Naast VWT ook zorg onder Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO)
3. Naast VWT ook Jeugdgezondheidszorg en Kraamzorg (JGZ en KZ)
4. Naast VWT ook Gehandicaptenzorg (GHZ)
5. Naast VWT ook Ziekenhuiszorg (Cure)
6. Naast VWT ook Geestelijke gezondheidszorg (GGZ)
7. Gemengd (meer dan twee verschillende segmenten AWBZ)

M3 Focus van instellingen binnen de VVT sector [2008, omzet in EUR mln]



M4 Profiel van de VVT sector: De instellingen met focus op ouderenzorg zijn in verhouding klein in omzet maar groot in aantal. Er is een beperkt aantal grote instellingen met een breed zorgpakket [2008, gemiddelde omzet EUR mln]



Opvallend is het verschil in gemiddelde omvang tussen de segmenten. Instellingen die volledig gericht zijn op ouderenzorg zijn veel kleiner (gemiddelde omzet: EUR 16 mln) dan instellingen die in meerdere segmenten actief zijn (figuur M4).

Een manier om de diversiteit in de sector te visualiseren, is om alle instellingen van links naar rechts te sorteren van groot naar klein, waarbij de oppervlakte per blokje staat voor de omzet van een instelling. Figuur M3 laat de diversiteit binnen de zeven bovengenoemde segmenten op deze manier zien.

Opvallend is de lange staart kleine instellingen in de segmenten pure WT-focus en WT+WMO. Daar is zelfs een aantal instellingen met een omzet van minder dan EUR 1 mln. In de andere segmenten ziet het patroon er anders uit, omdat vooral grote zorgconglomeraten in meerdere segmenten actief zijn. Dit is duidelijk zichtbaar in de grafieken III tot en met VII, met een aantal grote blokken die grote zorginstellingen representeren met veel omzet in meerdere zorgsegmenten. Kortom, een grotere omvang gaat gepaard met minder focus.

Locaties binnen instellingen van 10 tot 200+ bedden

Naast de omvang en focus van concerns is ook de schaalgrootte van de individuele zorglocaties relevant. Ook op dit niveau bestaat er veel variatie. De omvang varieert van kleinschalige wooneenheden met totaal 10 bedden tot huizen met meer dan 200 bedden. Ook hier maken instellingen verschillende keuzes (zie figuur M5).

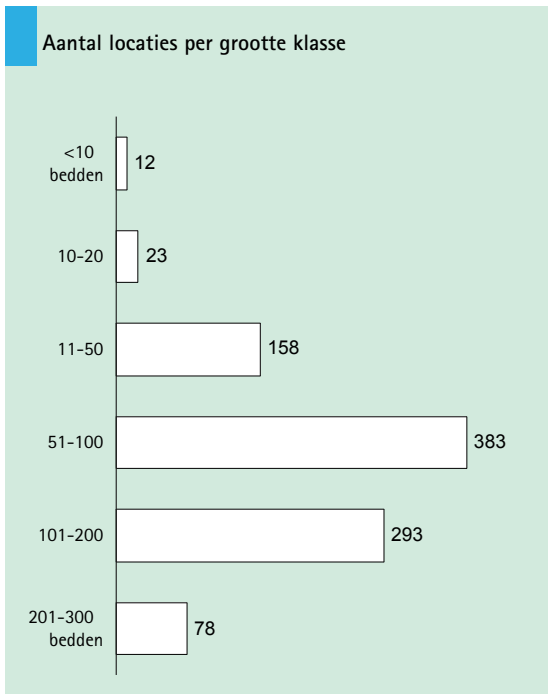
Landschap ziekenhuizen meer uniform

Een vergelijking met de ziekenhuizen in Nederland kan deze diversiteit in perspectief plaatsen. Ziekenhuizen zijn meer uniform in omvang en sterker geconsolideerd. De gemiddelde omzet (exclusief academische centra) is EUR 135 mln. Het kleinste en het grootste ziekenhuis verschillen een factor tien in omvang. In de WT is het verschil in omzet tussen de kleinste en grootste instelling een factor 4.000: EUR 0,3 tot 1.117 mln. Is er een verklaring voor de grotere variatie in de WT-sector?

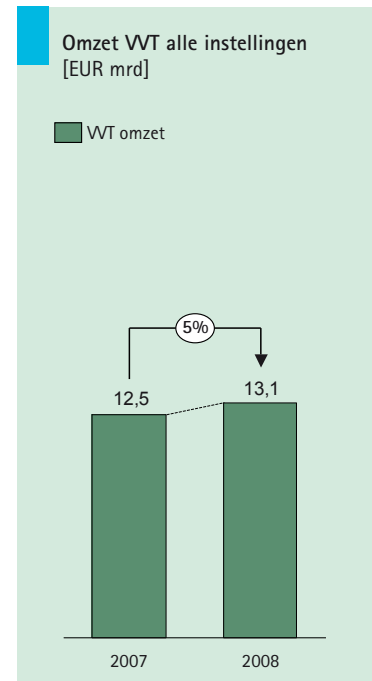
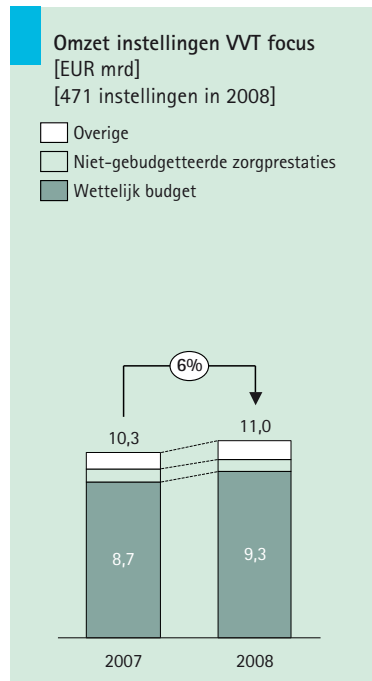
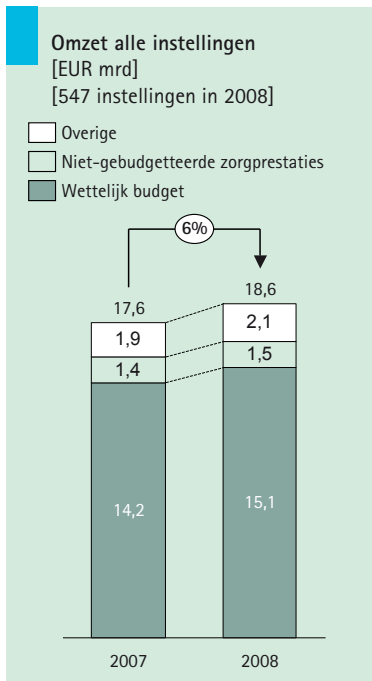
Diversiteit kan verschillende oorzaken hebben

De diversiteit in de WT-sector kan te maken hebben met decennialange centrale aanbodsturing waarin zorginstellingen slechts in beperkte mate worden afgerekend op resultaat en kwaliteit van zorg. Daardoor kunnen onsamenhangende portfolio's van activiteiten blijven bestaan. Of zelfs worden opgebouwd door organisaties met voldoende eigen vermogen en grote ambities. Dit is een mogelijke verklaring. Uiteraard

M5



M6



leiden er meerdere wegen naar Rome en bestaat *het* ideale model niet. Maar de portfoliovraag zou hoog op de agenda van zorgbestuurders moeten staan.

*Scopevoordelen
zijn er niet*

Welke meerwaarde heeft het bijvoorbeeld vanuit cliënt- en doelmatigheidsperspectief om ouderenzorg te combineren met gehandicaptenzorg? Wij denken dat de meerwaarde hiervan beperkt is. Cliënten zijn verschillend, processen zijn verschillend, benodigde kennis is verschillend, waar zit dan de waarde van organisatie onder één dak? Er lijkt enige willekeur te zitten in de portfoliokeuzes. In veel marktsectoren is het gebrek aan meerwaarde van conglomeraten ruimschoots aangetoond en zijn organisaties juist verregaand vereenvoudigd in structuur en portfolio van activiteiten. Wij zien geen reden waarom de VWT een uitzondering zou zijn.

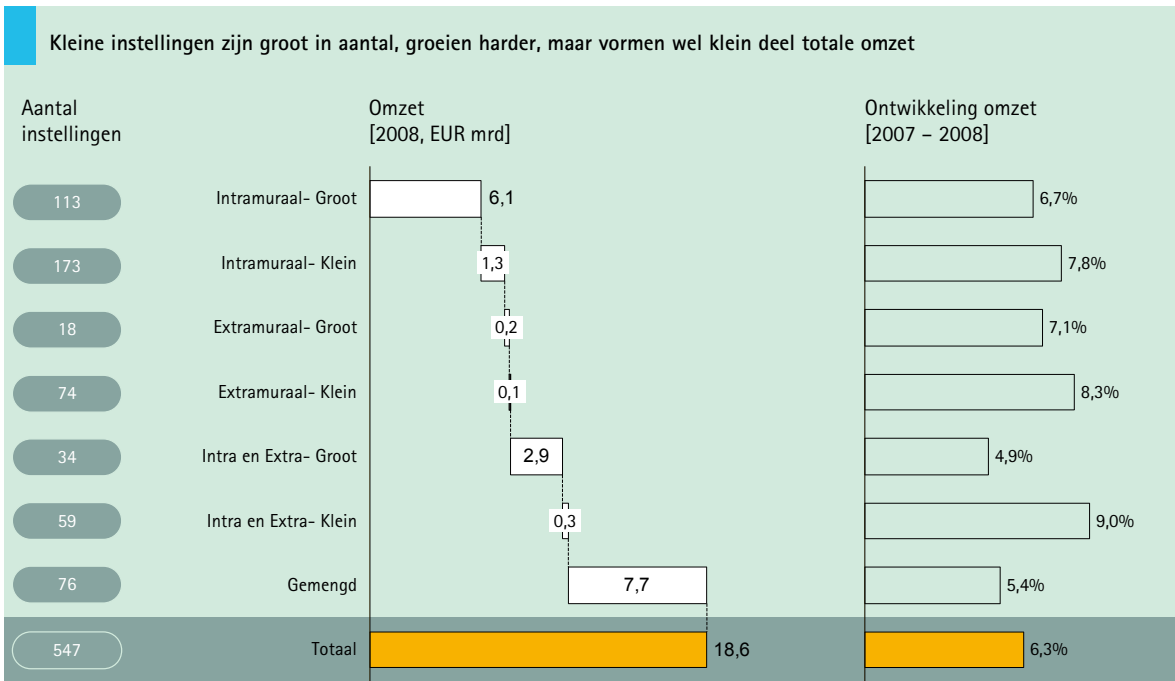
*Mogelijke
schaalvoordelen,
maar moeilijk
realiseerbaar*

Op basis van ons cliëntwerk zijn wij ervan overtuigd dat schaalvoordelen binnen de VWT-sector wel op onderdelen bestaan. Wij schatten in dat in grofweg 30 % van de kostenbasis een grote omvang voordelen kan bieden. Een kostenbasis van meer dan EUR 5,5 mrd voor de bijna 550 instellingen in de sector. Het gaat vooral om voordelen in inkoop, innovatie/kennisontwikkeling en administratieve systemen/ECDs. Om deze voordelen werkelijk te realiseren moet decentraal ruimte en vertrouwen geboden worden. Dit moet gebeuren in combinatie met selectieve centralisatie van taken waar dat van waarde is. De waarde van concerns valt of staat bij het juiste evenwicht tussen het centrum en de zorg op locatie.

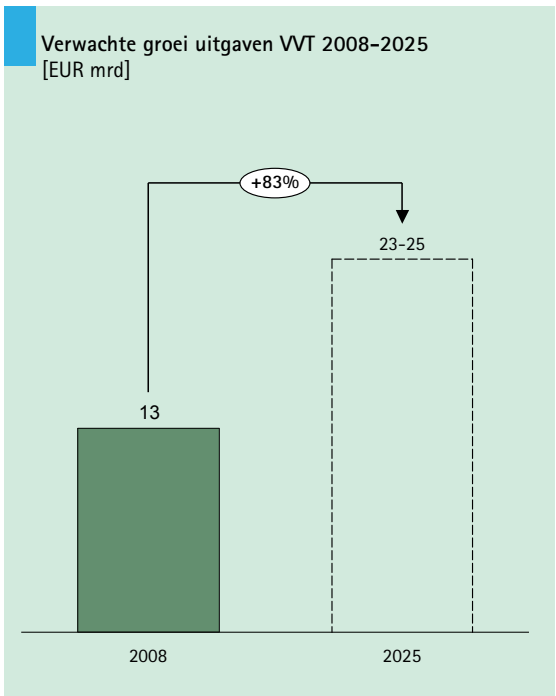
Omzetgroei iets boven groei BNP

De totale omzet van alle instellingen die actief zijn in de VWT is met 6 % gegroeid van 17,6 mrd in 2007 naar 18,6 mrd in 2008. De VWT-omzet is met 5 % gestegen, van 12,5 naar 13,1 mrd. Opvallend is het verschil van 1 %, waaruit blijkt dat de andere AWBZ-segmenten sneller zijn gegroeid (zie figuur M6). De economische groei in 2008 was 2 % en de inflatie 2,5 %, dus de groei in de sector is ongeveer 1 % hoger dan de groei van de economie. Wij gaan steeds meer uitgeven aan ouderenzorg. Door de zwakke economie in 2009 en 2010 zal het verschil in groei tussen de economie en de VWT waarschijnlijk veel groter zijn, waardoor uitgaven verder onder druk komen te staan.

M7



M8



<i>Kleine instellingen groeien sneller</i>	Wij hebben peer groups gemaakt van vergelijkbare instellingen, op basis van focus (intramuraal, extramuraal of gemengd) en omvang (klein of groot). Als we kijken naar de verschillen tussen deze peer groups dan valt op dat kleine instellingen sneller groeien dan grote. Het verschil in omzetgroei tussen klein en groot loopt uiteen van 1,1 % voor instellingen gericht op intramurale zorg tot 4,1 % voor instellingen die zowel veel intramurale als extramurale zorg leveren (zie figuur M7). Verder valt op dat instellingen met volledige focus op de VVT iets sneller groeien dan instellingen die ook in andere segmenten dan de VVT actief zijn.
<i>85% gegroeid, 15% gekrompen</i>	Van alle instellingen in 2008 steeg bij 85 % van de instellingen de omzet, terwijl 15 % omzet verloor. Op het niveau van individuele instellingen ligt de variatie in relatieve omzetstijging tussen de -60 % en +226 %, de absolute omzetstijging ligt tussen de -8 en +46 miljoen. Dit geeft aan dat er in één jaar grote verschuivingen kunnen optreden in de omzet. Vooral kleine instellingen staan bloot aan zowel grote kansen als risico's in de huidige VVT-markt.
<i>Omzetgroei past in trend</i>	De omzet van de VVT-sector groeide tussen 1985 en 2005 met 3,3% reëel per jaar ¹⁰ . De groei wordt grotendeels en in gelijke mate verklaard door de vergrijzing en de toegenomen reële loonkosten. De trends in verpleeghuizen, verzorgingshuizen en thuiszorg verschillen wel sterk. De deelname in thuiszorg is in de periode 1985 - 2005 sterk gestegen en dat is ten koste gegaan van het aantal bewoners van verzorgingshuizen. Dat aantal is afgenomen van ongeveer 130.000 in 1990 tot ongeveer 98.000 in 2005. De deelname in verpleeghuizen is min of meer constant, waardoor het aantal bewoners mee is gegroeid met de demografie, van ongeveer 50.000 in 1990 tot ongeveer 63.000 in 2005.
<i>Risico voor overheidsfinanciën neemt toe</i>	Door de grotendeels collectieve financiering vormt de VVT een steeds groter risico voor de overheidsfinanciën. Het negatieve exploitatiesaldo van het Algemene Fonds Bijzondere Ziektekosten (AFBZ) is inmiddels opgelopen tot EUR 2,1 mrd in 2008 ¹¹ . Dit ondanks de inzet van uitgavenplafonds (de zogenaamde 'contracteerruime') sinds 2004, met als doel de kostengroei te beheersen. Door demografische druk zullen de kosten verder toenemen: het aantal 65+'ers groeit van 2,4 mln in 2008 naar 3,7 mln in 2025. Als de kosten in het huidige tempo blijven groeien dan stijgen deze van EUR 13 mrd in 2008 naar EUR 23-25 mrd in 2025 (in euro's van nu, zie figuur M8).

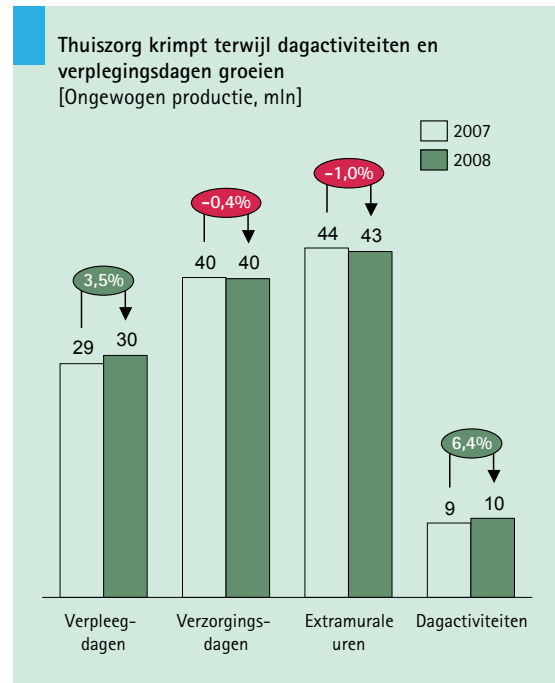
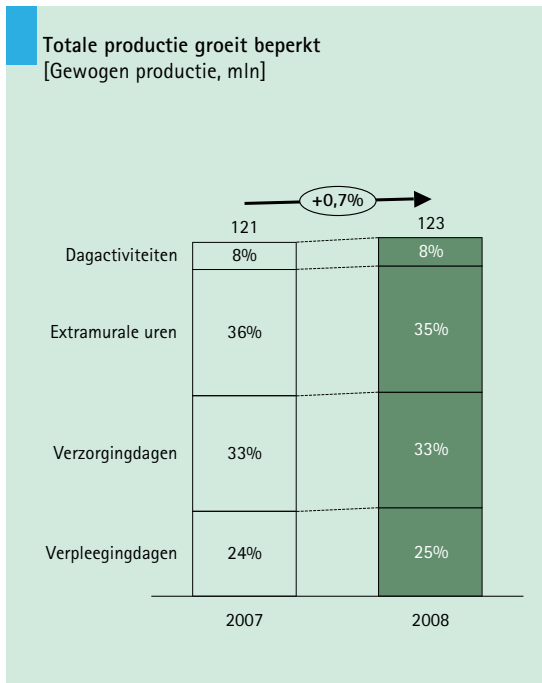
¹⁰ Bron: SCP, de ontwikkeling van AWBZ-uitgaven, 2008

¹¹ Bron: SER, Langdurige zorg verzekerd: over de toekomst van de AWBZ, 2008

Een extra probleem is het groeiende tekort in zorgverleners¹². Daardoor dreigt een fors gat te ontstaan tussen het aanbod en de vraag, wat grote gevolgen kan hebben voor de toegankelijkheid van ouderenzorg en de werkdruk in de sector.

¹² Bron: ZorgInnovatiePlatform, 'zorg voor mensen, mensen voor de zorg. Arbeidsmarktbeleid voor de zorgsector richting 2025', november 2009

01



02



3. Operationele prestatie

In dit hoofdstuk kijken we eerst naar de ontwikkeling in productie, kosten en bedieningskosten (productiviteit). Vervolgens staan we stil bij de mogelijkheden om de productiviteit te verhogen.

Kleine productiegroei

*Productiegroei net
boven nullijn*

De productie is met slechts 0,7 % gestegen ten opzichte van 2007. De productiegroei in de onderliggende zorgsegmenten varieert. De thuiszorg krimpt, terwijl dagactiviteiten en verpleegdagen groeien in lijn met de langere termijn trends. De krimp van 1 % in de thuiszorg is een trendbreuk (zie figuur O1). Deze daling in het aantal geleverde uren verdient om meerdere redenen aandacht. Ten eerste kunnen kwetsbare ouderen die hun zelfstandigheid willen behouden vaak niet zonder thuiszorg. Ten tweede vormt de thuiszorg in de keten met ziekenhuizen, GGZ-instellingen en huisartsen een onmisbare schakel. Tot slot is thuiszorg in het gros van de gevallen goedkoper dan verzorgingshuiszorg¹³.

*Kleine instellingen
winnen aandeel
in productie*

Kleine instellingen zijn sneller gegroeid in productie dan grote instellingen. In de thuiszorg hebben alle typen grote instellingen productie verloren (intramurale focus, extramurale focus en gemengd, zie figuur O2). Hierbij moet wel opgemerkt worden dat de kleine instellingen maar 10 % van alle zorg leveren.

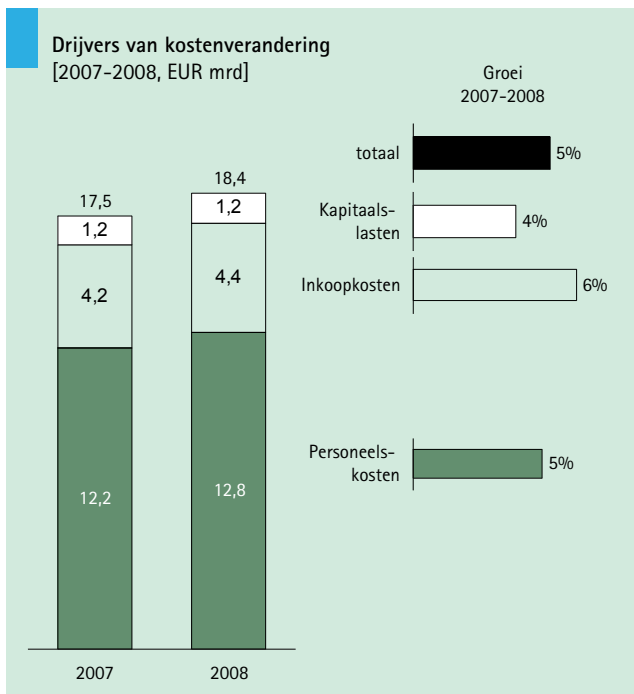
Sterke stijging kosten

*Kosten groeien
sneller dan
productie*

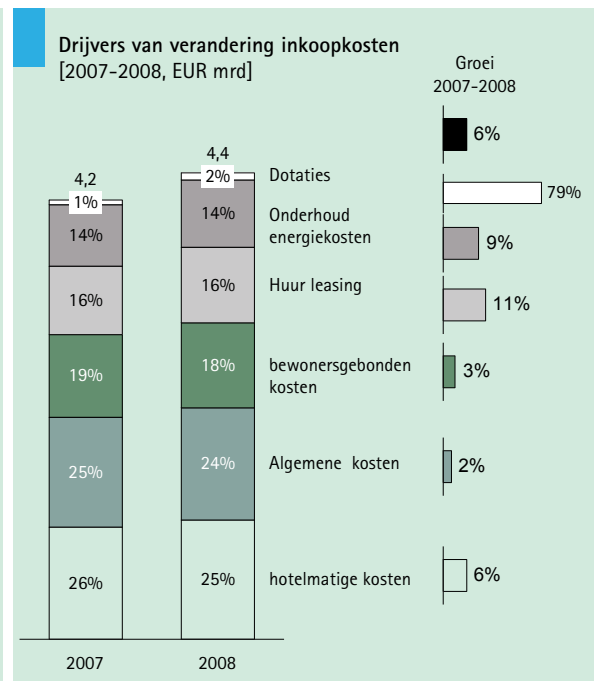
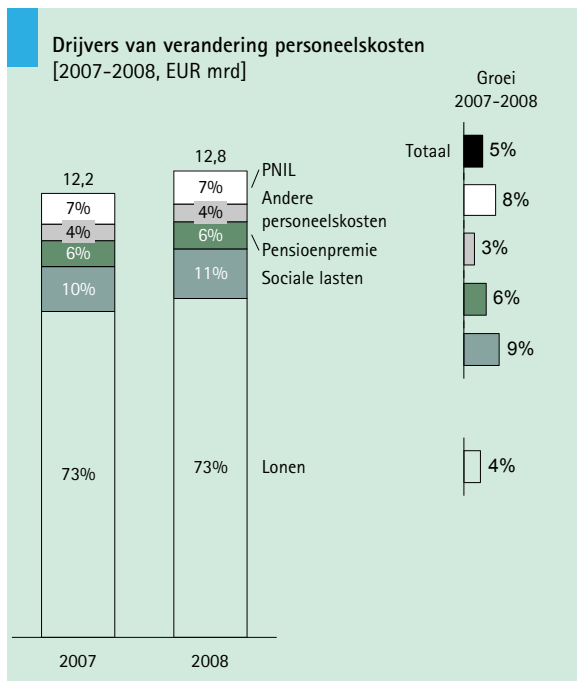
De groei in kosten ligt met 5 % ruim boven de productiegroei. De groei in arbeidskosten, inkoopkosten en kapitaallasten is redelijk vergelijkbaar, waarbij inkoopkosten met 6 % het hardste zijn gestegen (zie figuur O3). Als we de arbeidskosten verder uitsplitsen, dan blijken vooral de kosten van extern personeel (PNIL) met 8 % snel gegroeid te zijn (zie figuur O4A). Deze groei is zorgwekkend, omdat kwaliteit moeilijker te garanderen is met veel wisselende zorgverleners. Ook in de onderliggende drijvers van de inkoopkosten zijn groeiverschillen zichtbaar. Opvallend is de sterke groei in de posten huur/leasing en onderhoud/energie van rond de 10 % (zie figuur O4B).

¹³ zie bijvoorbeeld 'de kosten en baten van extramuralisering', SEO/SCP, 2004

03



04A



04B

Stijging bedieningskosten ondanks hogere arbeidsproductiviteit

De maatstaf voor productiviteit die wij in deze studie introduceren is bedieningskosten. Deze maatstaf relateert de kosten aan de daarvoor geleverde productie: verpleegdagen, verzorgingsdagen, extramurale uren en dagverpleging, gewogen naar het gemiddelde NZa tarief.

De bedieningskosten zijn in 2008 gestegen met 3 %, van EUR 110 naar EUR 113 per cliënt-eenheid (zie figuur O5A). Volgens deze maatstaf is de productiviteit van de sector dus gedaald. De oorzaak ligt vooral in de sterke stijging van de personeels- en inkoopkosten, zonder dat daar een hogere productie tegenover staat. Als kosten groeien zonder dat daar een stijging van geleverde zorg tegenover staat, dan is een stijging van de bedieningskosten het logische gevolg. De totale bedieningskosten bestaan uit drie onderliggende componenten: personeel, inkoop en kapitaal. Opvallend is de sterke stijging van inkoop (5 %) ten opzichte van personeel (2 %) (zie figuur O5B).

Arbeidsproductiviteit omhoog, maar kosten per FTE 3x sneller gestegen

De bedieningskosten personeel worden gedreven door een volumecomponent (aantal FTE per productie-eenheid) en een prijscomponent (kosten per FTE). Uit onze analyse blijkt dat een onderliggende verbetering van 2 % in de arbeidsproductiviteit (volumecomponent) teniet is gedaan door een 6 % stijging in werkgeverskosten per FTE (prijscomponent). Zorgverleners zijn dus wel degelijk meer gaan doen, alleen zijn de kosten per FTE een factor drie sterker gestegen.

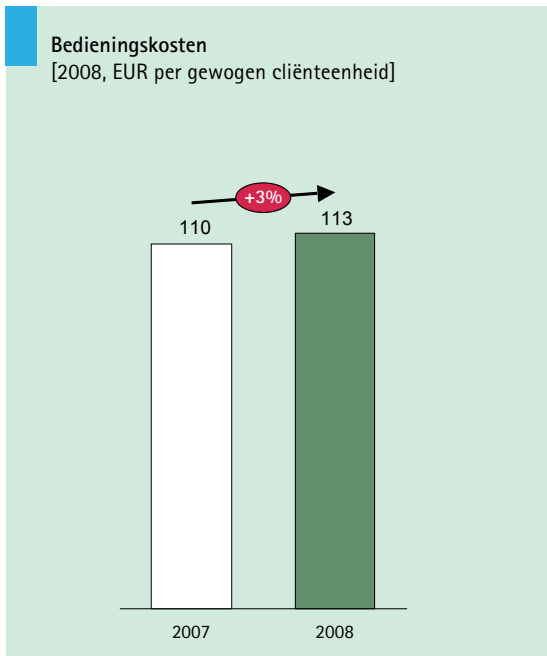
Verschillen tussen peer groups

De toename in bedieningskosten verschilt tussen groepen instellingen. In de groep instellingen met extramurale focus lijken de kleine instellingen zich beter ontwikkeld te hebben dan de grote. Gemengde instellingen hebben als enige segment de bedieningskosten weten te verlagen met 1 % (zie figuur O6). De oorzaak van deze sterke prestatie ligt in de grote verbetering van de arbeidsproductiviteit (zie figuur O7). Deze is met maar liefst 10 % gestegen. Het lijkt erop dat een aantal grote instellingen de productiviteit aanzienlijk heeft verbeterd door met minder mensen dezelfde zorg te leveren.

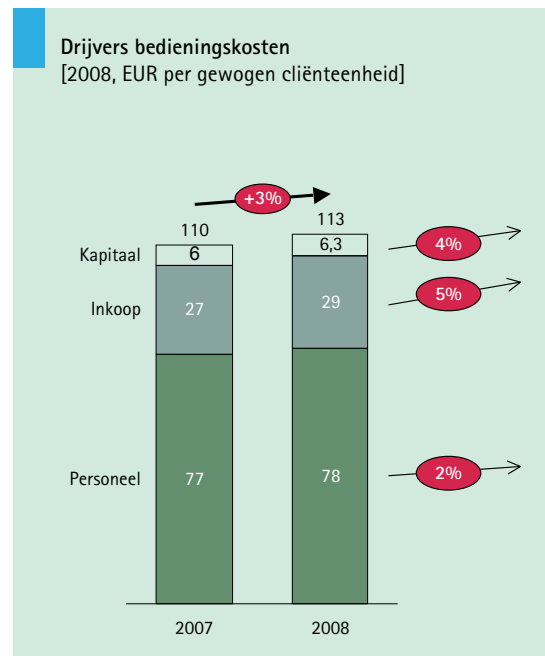
Groep consistente winnaars is klein

In 2008 zijn de bedieningskosten bij 55 % van alle VT-instellingen gestegen. Slechts 45 instellingen hoorden zowel in 2007 als 2008 bij de meest efficiënte instellingen. Tegenover deze koplopers staan 107 terugvallers die relatief efficiënt zijn, maar wel zijn

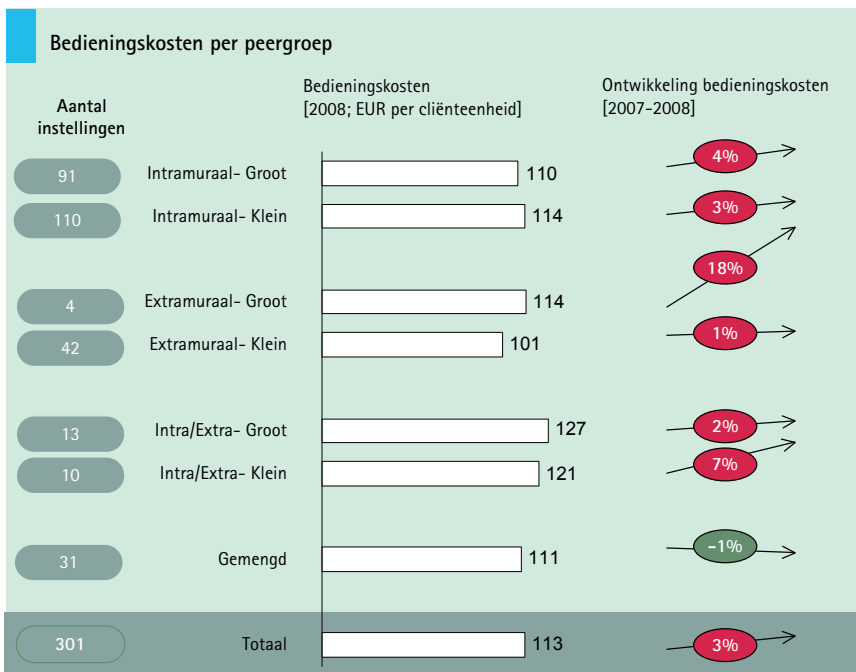
05A



05B



06



verslechterd. 29 instellingen hadden al een slechte uitgangspositie en zijn verslechterd (zie figuur O8). Op individueel niveau zijn de verschillen dus aanzienlijk.

*Stijging
bedieningskosten
past in trend*

De bevindingen over 2008 passen binnen een zorgwekkende trend van stijging in bedieningskosten. De reële kosten per productie-eenheid in de AWBZ sector als geheel zijn tussen 1985 en 2005 met ongeveer 2 % per jaar zijn gestegen¹⁴. Dit is een stijging van ongeveer 50 % over een periode van 20 jaar. Hiervan is 85 % is gedreven door reële loonstijgingen en 15 % door daling van de productie per FTE. De stijging in personeelskosten zonder dat daar een 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.

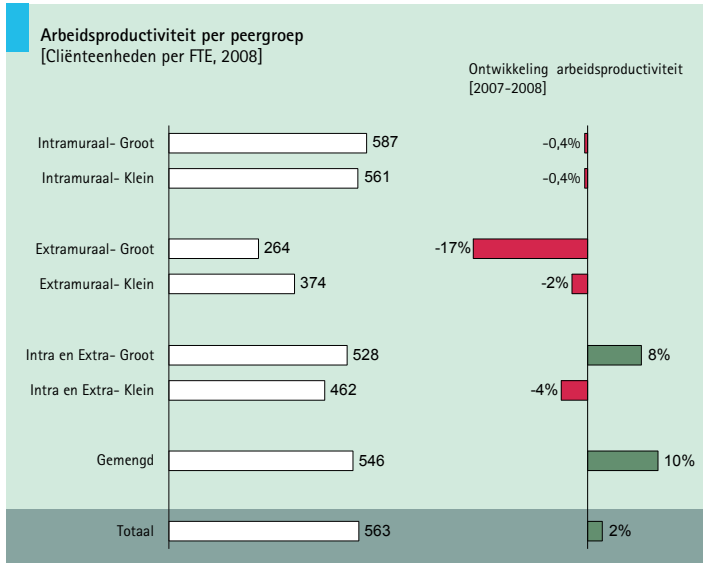
Onder de langjarige macro-ontwikkeling in de AWBZ gaan interessante verschillen schuil in de onderliggende segmenten verpleging, verzorging en thuiszorg. In verpleeghuizen en verzorgingshuizen is de groei in reële kosten per productie-eenheid sinds 1990 respectievelijk 63 % en 54 %. In de thuiszorg is de stijging met 32 % aanzienlijk lager, omdat de stijging in reële loonkosten voor ongeveer de helft is gecompenseerd door meer productie per FTE. Ofwel: medewerkers in de thuiszorg zijn meer zorg per gewerkt uur gaan leveren, terwijl medewerkers in verpleeghuizen en verzorgingshuizen juist relatief minder cliënten helpen dan in 1985.

*Een toename in
zorgzwaarte kan
een verklaring zijn*

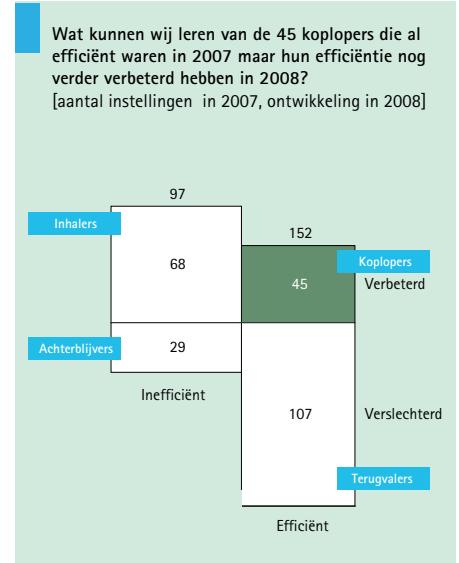
De lange termijn stijging van de bedieningskosten lijkt in tegenspraak met de hoge werkdruk die wordt ervaren in de sector. Een toename in gemiddelde zorgzwaarte zou een verklaring kunnen zijn. Zeer zware cliënten kunnen immers vijf tot tien keer zo veel tijd kosten als lichte cliënten. Een toename in zorgzwaarte is voor zover wij weten nooit kwantitatief aangetoond. Op macro-niveau is er wel een belangrijke aanwijzing. Het aantal bewoners van intramurale instellingen is met ongeveer 10 % gedaald sinds 1985, terwijl de demografische groei van ouderen in dezelfde periode 40-50 % bedroeg. Daardoor is de deelname van ouderen binnen de doelgroep sterk afgenomen, met 42 % in verzorgingshuizen en 10 % in verpleeghuizen. Wat gebeurt er met de gemiddelde zorgzwaarte in verpleeg- en verzorgingshuizen als de deelname sterk afneemt? Daar is nader onderzoek voor nodig. Op het eerste gezicht ligt het wel voor de hand dat de zorgzwaarte toeneemt, omdat waarschijnlijk juist de meest kwetsbare ouderen in een instelling terecht komen.

¹⁴ Bron: CPB, 'De ontwikkeling van AWBZ uitgaven', 2008)

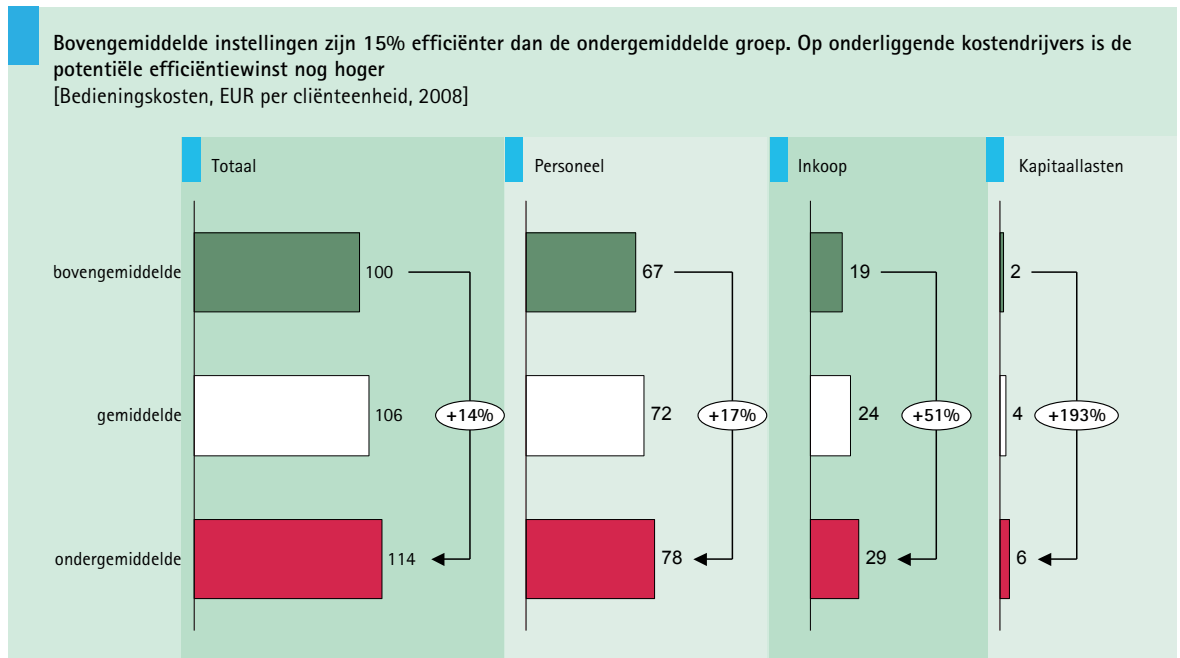
07



08



09



Sector kan en moet productiviteit verhogen

Stijging van de productiviteit is wenselijk

De productiviteit in de WT is een belangrijk onderwerp, omdat het de betaalbaarheid van ons solidaire stelsel bepaalt. Zolang de vraag naar ouderenzorg toeneemt zonder dat daar een productiviteitswinst tegenover staat, zal de druk op de betaalbaarheid en toegankelijkheid toenemen. Het is een onjuist idee dat verhoging van de productiviteit per definitie ten koste gaat van kwaliteit en toegankelijkheid. Het een kan niet zonder het ander. Als Nederland haar stelsel van toegankelijke ouderenzorg wil behouden en tegelijkertijd het aanbod meer wil toesnijden op de vraag, dan is stijging van de productiviteit noodzakelijk. Wij zien verhoging van de productiviteit dan ook als de belangrijkste uitdaging voor de WT-sector.

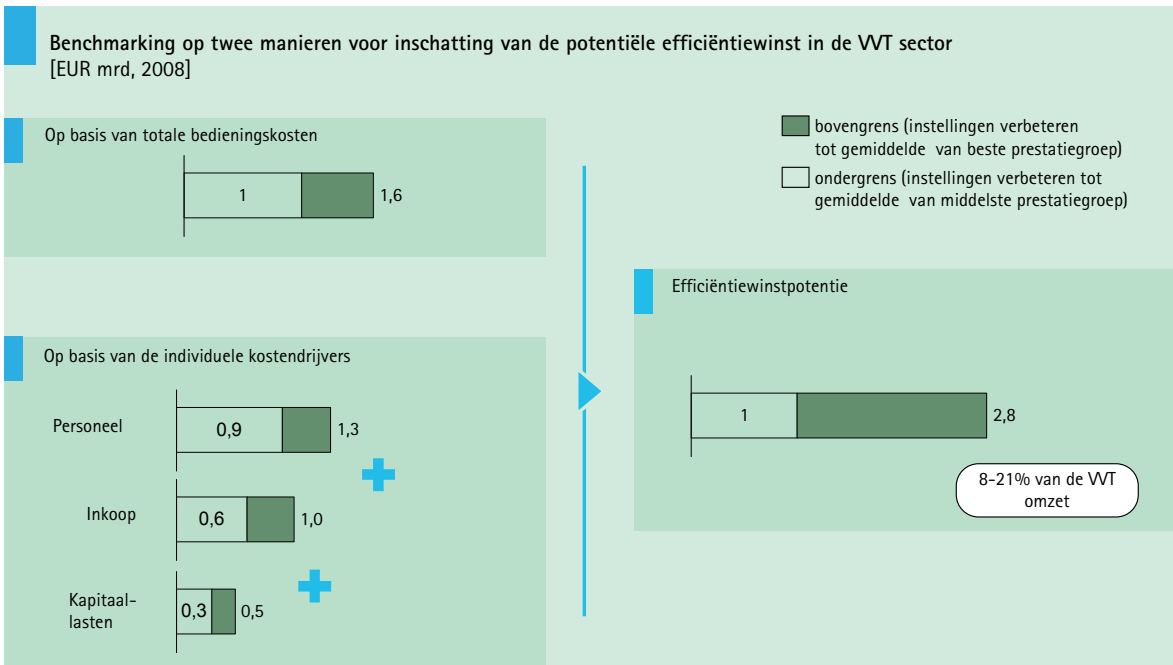
EUR 1 mrd tot EUR 2,8 mrd potentiële efficiencywinst in de sector

Tussen de koplopers en achterblijvers in de sector zit een groot verschil in doelmatigheid. Wat betreft totale bedieningskosten is het verschil 14 %, in onderliggende inkoopkosten is het verschil zelfs 51 % (zie figuur O9). Wij denken dat er zeker bij de achterblijvers aanzienlijke mogelijkheden zijn om de doelmatigheid te verbeteren. In een conservatief scenario is het potentieel in besparingen EUR 1 mrd. In een ambitieus scenario kan dat oplopen tot EUR 2,8 mrd. Het conservatieve scenario gaat ervan uit dat de achterblijvers zich verbeteren tot de gemiddelde bedieningskosten. In het ambitieuze scenario evenaren alle instellingen de prestatie van de koplopers wat betreft de onderliggende kostendrijvers in personeel, inkoop en kapitaallasten (zie figuur O10).

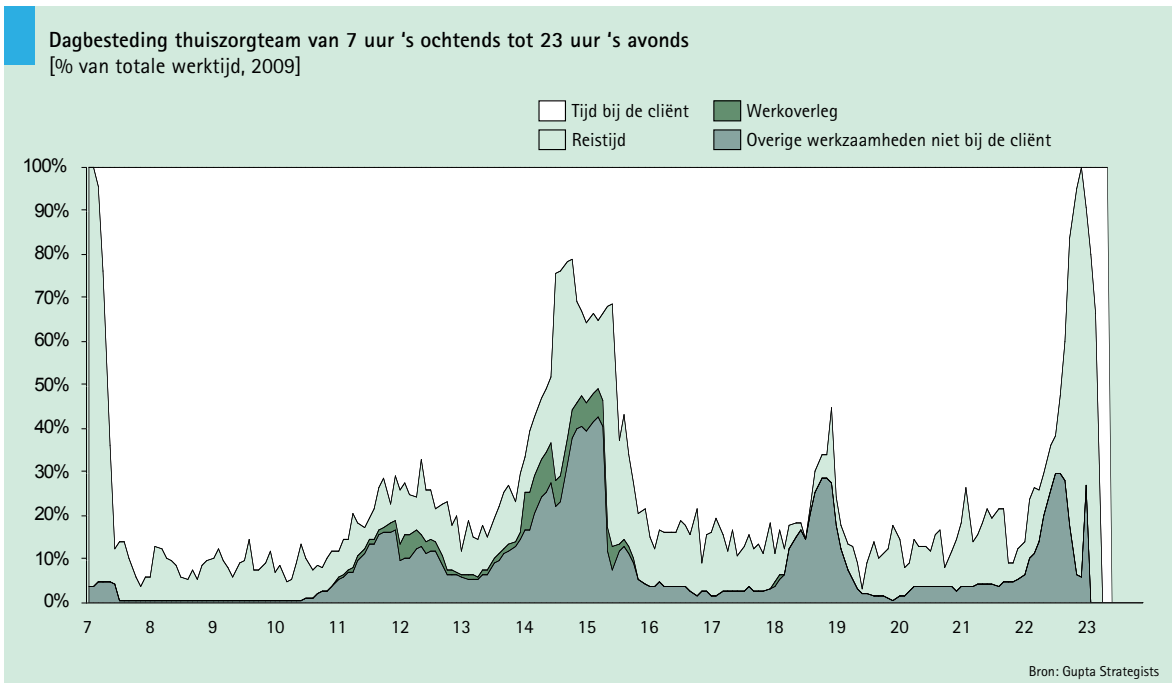
Productiviteitsverbetering vindt plaats op werkvloer

Gezien de verschillen in efficiency tussen instellingen lijkt verbetering mogelijk. Maar het gaat om de HOE-vraag. Het moet uiteindelijk op de werkvloer gebeuren, niet op papier in rapporten zoals deze, in werkgroepen van beleidsmakers of strategische plannen afkomstig uit bestuurskamers. De grote verschillen tussen instellingen laten zien dat structurele verbetering mogelijk is. De kern zit in aanpak van verspilling van tijd en onhandige processen op de werkvloer. Veel tijd zit niet in directe zorg aan cliënten, maar in randverschijnselen. Deze verspilling beslaat soms 20 tot 30 % van de totale kosten. Een organisatie moet van hoog tot laag leren om verspilling te herkennen en aan te pakken. Bij alle tijd die medewerkers besteden aan activiteiten die geen directe waarde hebben voor cliënten, moet een lampje gaan branden. Zo ontstaat een cultuur waarin geld wordt ingezet voor zorg, niet voor verspilling eromheen die voor de cliënt geen waarde heeft. Het beeld van ouderenzorg zonder onnodige tijdsverspilling lijkt misschien een utopie. Maar zonder doorzettingsvermogen zal het altijd een utopie blijven. Verbetering zal langzaam gaan omdat verandering van werkmethoden tijd vergt. Medewerkers moeten zelf ervaren en ontdekken hoe het eigen werk beter ingericht kan

010



011



worden. Bestuurders en toezichhouders moeten heel kritisch kijken naar hun eigen rol en toegevoegde waarde voor het primaire zorgproces. Zorginstellingen moeten een slim evenwicht zoeken tussen centrale aansturing en lokale vrijheid.

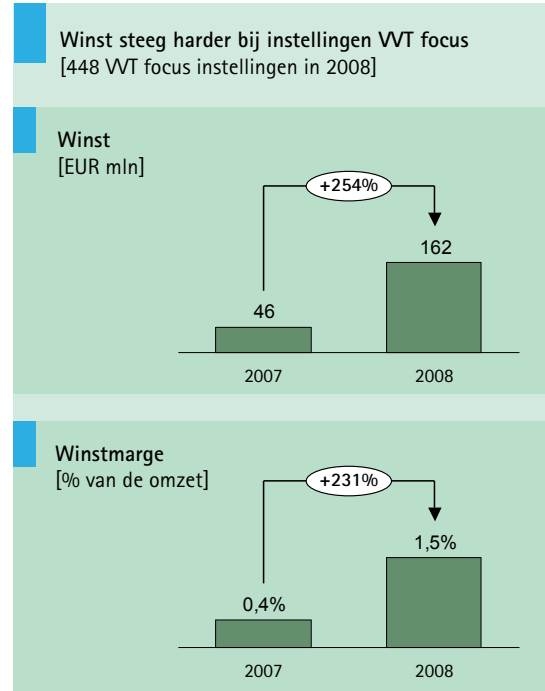
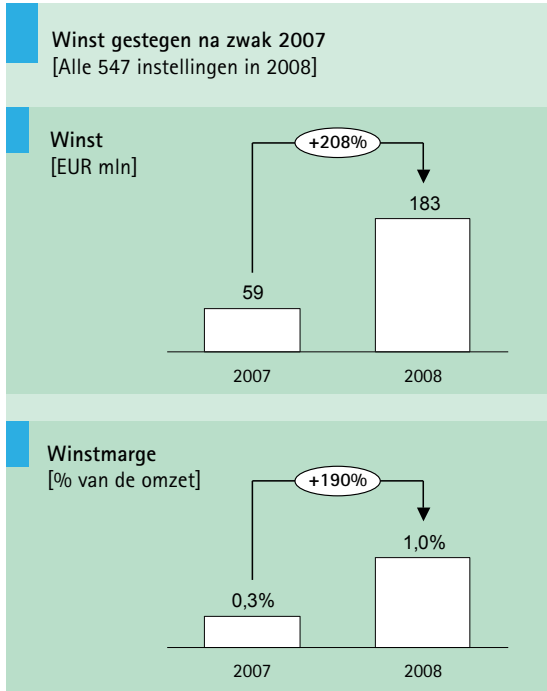
*Doelmatigheid in
de thuiszorg*

Thuiszorg-instellingen worden betaald voor elk uur zorg achter de deur van de cliënt. Uren achter de deur van de cliënt als percentage van de totaal ingezette uren zijn dan ook een bruikbare maat voor productiviteit. De productiviteit van een team fluctueert gedurende de dag en daalt sterk rond het middaguur en laat in de avond (zie figuur O11). Uit nadere analyse blijkt dat de oorzaken divers zijn. Fouten in de planning, onhandige administratie, frequent werkoverleg, 'oude contracten' voor medewerkers in de middag, terwijl er 's middags geen cliënten zijn. Door gedetailleerde analyse en stapsgewijze implementatie zijn productiviteitsverbeteringen van 10 tot 20 % mogelijk.

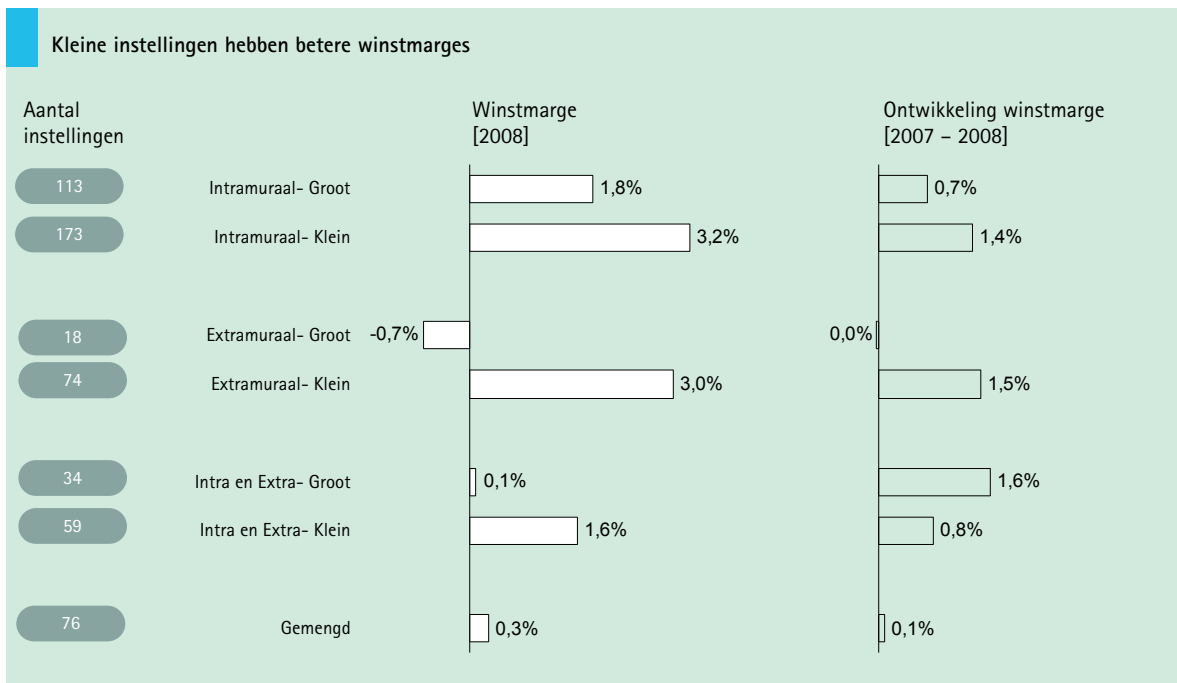
*Tijdrovende
medicijndistributie*

Medicijndistributie is bij veel instellingen een omslachtig proces. De arts schrijft een medicijn voor, via de verzorging gaat het recept op papieren strookjes naar de apotheek. Deze levert de benodigde medicijnen, al dan niet via Baxter. Bij veel verpleeghuizen worden de medicijnen vervolgens op drie momenten gecontroleerd: bij binnenkomst, bij het uitdelen en incidenteel door de arts. Deze controles zijn een vorm van verspilling. De tijd die besteed wordt aan medicijndistributie zit voor 50 % of meer in deze controles. Sectorbrede verbetering van dit soort processen is nodig om grote stappen te maken in doelmatigheid. Hiervoor is samenwerking binnen de keten van medicijndistributie een noodzakelijke voorwaarde.

F1



F2



4. Financiële prestatie

In dit hoofdstuk staan we stil bij de financiële prestaties van de sector. We analyseren achtereenvolgens de winstgevendheid, het eigen vermogen en de schuldpositie.

Winstgevendheid: sterk herstel na zwak 2007

*Winst VVT-sector
EUR 183 mln*

De winst van alle instellingen actief in de VVT is gestegen naar EUR 183 mln na een zwak 2007. De winstmarge is gestegen van 0,3 % naar 1,0 %. Opvallend is het feit dat de winst bij instellingen met focus op de VVT sneller is gestegen. Ook zijn de marges met 1,5 % hoger (zie figuur F1). De winst is over een breed front verbeterd: 73 % van de instellingen heeft een beter financieel resultaat dan in 2007.

*Kleine instellingen
hebben betere
winstmarges...*

Kleine instellingen maken in alle segmenten meer winst dan grote instellingen (zie figuur F2). Het verschil tussen klein en groot loopt uiteen van 1,4 % meer winst voor kleine instellingen gericht op intramurale zorg tot wel 3,7 % meer winst voor kleine instellingen gericht op extramurale zorg.

*...maar wel meer
variatie*

De winst van kleine instellingen is gemiddeld hoger maar varieert wel sterk (zie figuur F3). We zien veel uitschieters naar boven, maar ook naar beneden, juist bij kleine instellingen.

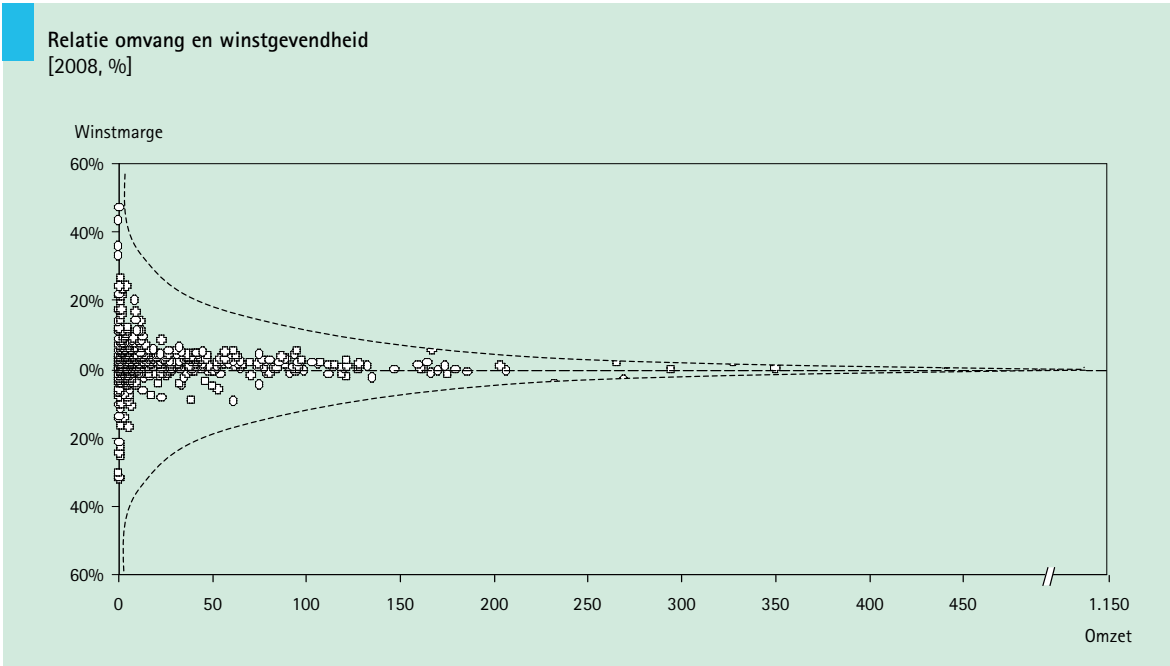
*40 instellingen
met meer dan
10 % winstmarge*

Er is een kleine groep van ongeveer 40 instellingen met winstmarges boven de 10 % (zie figuur F4). Dit zijn zonder uitzondering kleine zorginstellingen met een totale omzet van slechts EUR 125 mln en een gemiddelde omzet van EUR 3,4 mln. Hoge winstmarges zijn zeldzaam in de sector. De grote uitschieters naar boven en naar beneden vormen een bijzonder patroon. Hoe kunnen instellingen met een verlies van 10 % bestaan? Er wordt misschien nog niet voldoende afgerekend op prestatie.

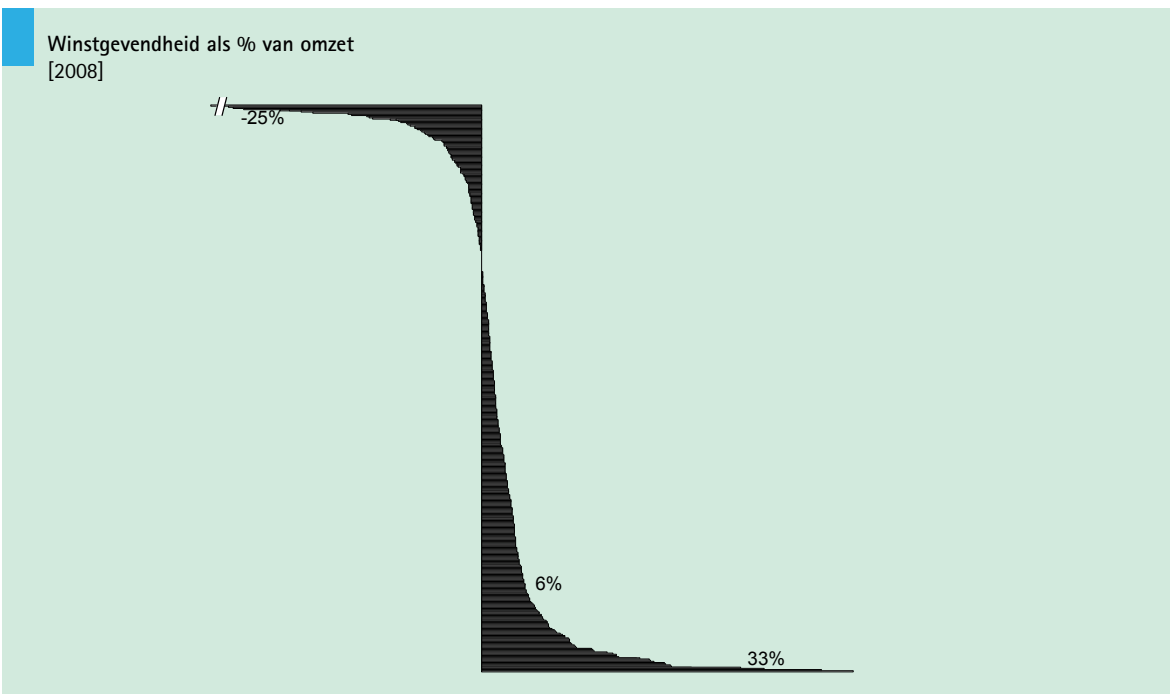
*Een kwart maakte
verlies in 2008*

Maar liefst een kwart van de instellingen maakte verlies in 2008. 20 instellingen maakten zelfs meer dan 10 % verlies (zie figuur F4). Een kwart is veel in absolute zin, maar ook in vergelijking met ziekenhuizen, waarvan 10 % verlies maakte in 2008.

F3



F4



Was dit een eenmalige tegenvaller of waren deze zorginstellingen ook in 2007 al financieel kwetsbaar? 53 % maakte ook in 2007 verlies. Met een eigen vermogen van 9,4 % van de omzet en twee opeenvolgende verliesjaren zijn de risico's aanzienlijk. Er is een kwetsbare groep van kleine instellingen die zich nog niet aan de problemen heeft kunnen ontworstelen.

Eigen vermogen: een stevige basis voor de toekomst

*Eigen vermogen
sector versterkt*

Door de winststijging is het eigen vermogen van alle instellingen die in ouderenzorg actief zijn, versterkt van EUR 2,7 mrd (15,5 % van de omzet) naar EUR 2,9 mrd (15,8 % van de omzet). Het eigen vermogen van instellingen met een focus op de VWT is hoger en bovendien harder gestegen: 18,4 % versus 15,8 % van de omzet en een stijging van 10 % versus 8 % (zie figuur F5).

*Kleine instellingen
hebben sterker
eigen vermogen*

Onder de spelers met een VWT-focus hebben kleine instellingen een sterker eigen vermogen dan grote spelers: 24,6 % versus 15,1 % gemiddeld. Dit geldt zowel voor instellingen met intramurale als met extramurale focus. Dit verschil kan het gevolg zijn van een lange periode met meer groei, lagere kosten en hogere winst dan grote instellingen.

*Extramurale
instellingen
zwakker eigen
vermogen*

Het eigen vermogen van instellingen gericht op thuiszorg is iets lager dan dat van instellingen gericht op intramurale zorg. Vooral intramurale instellingen hebben hun vermogenspositie versterkt. Bij extramurale instellingen is de buffer gemiddeld genomen iets verzwakt (zie figuur F6).

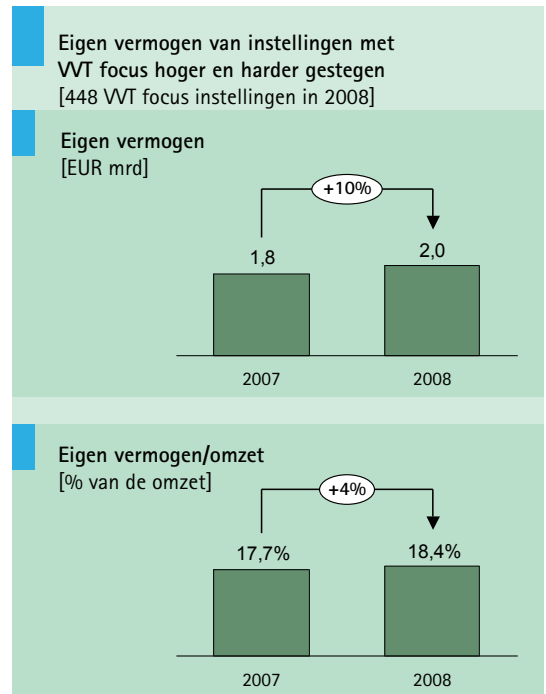
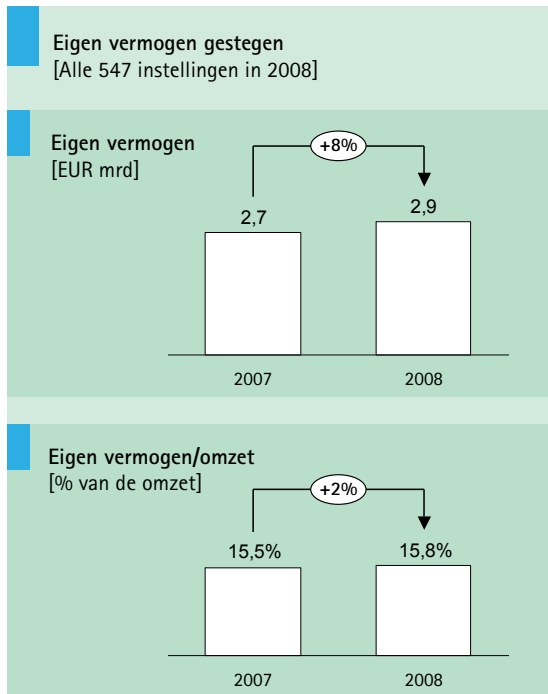
*Kleine kwetsbare
groep*

Niet alle instellingen hebben een stevige vermogenspositie. Ongeveer 20 % heeft een eigen vermogen onder 5 % van de omzet (zie figuur F7). Dit zijn veelal kleine zorginstellingen die minder goed in staat zijn om fluctuaties of onevenwichtigheden in de financiering op te vangen. Kleine instellingen hebben dus gemiddeld een sterk eigen vermogen, maar er zijn wel een aantal uitschieters naar beneden. Invoering van ZZP-financiering en daarna mogelijke overheveling naar de Zorgverzekeringswet maakt het risico op fluctuaties in de productie een stuk groter, vooral in competitieve regio's. Kwetsbare instellingen in competitieve regio's moeten er dan ook alles aan doen om zich een goede positie te verwerven.

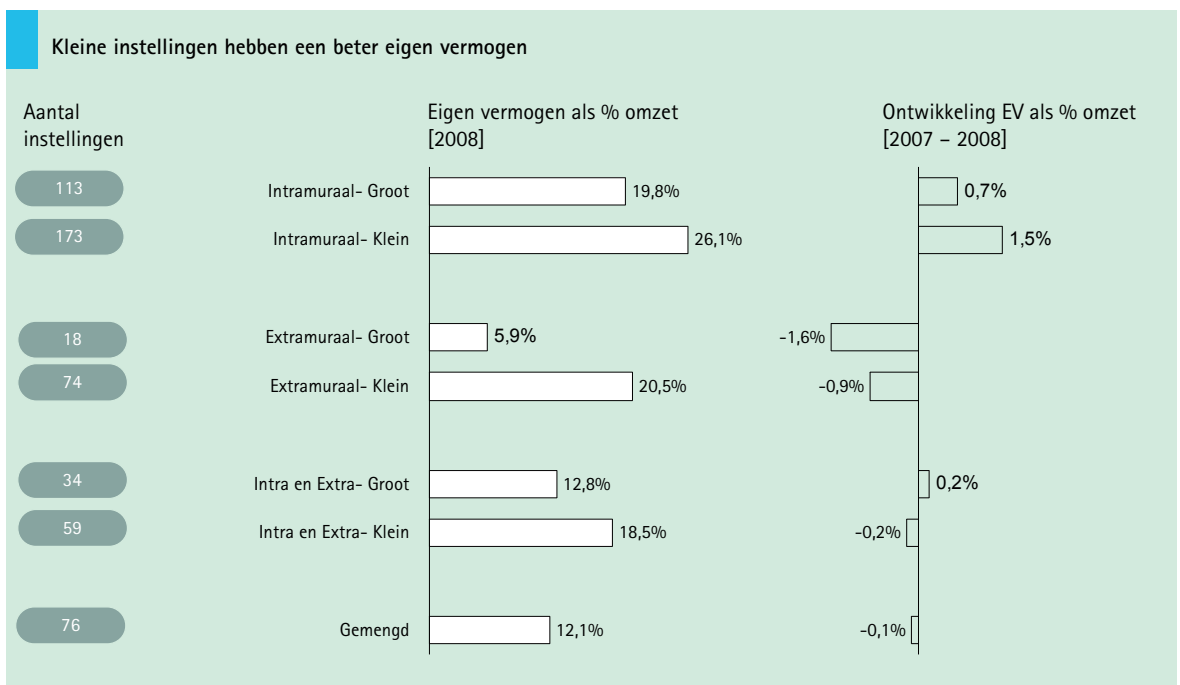
*De VWT staat er
financieel beter
voor dan de Cure*

De VWT sector heeft een sterker eigen vermogen en loopt bovendien minder risico op prijs en volume dan de Cure sector. Het eigen vermogen van de VWT sector is gemiddeld 18,4% van de omzet, tegen gemiddeld 14,1% in de Cure sector. Door marktwerking via

F5



F6



de Zorgverzekeringswet lopen ziekenhuizen bovendien steeds meer risico op prijzen en volumes.

Schuldpositie ziet er gezond uit

*Totale schuld
EUR 11 mrd*

De sector heeft een totale schuld van €11 mrd. Dit lijkt vrij beperkt gezien de grote vastgoedportefeuille. Ziekenhuizen in Nederland hebben bijvoorbeeld een gezamenlijke schuld van €13,8 mrd en tegen een lagere totale omzet, hoger marktrisico en lager eigen vermogen.

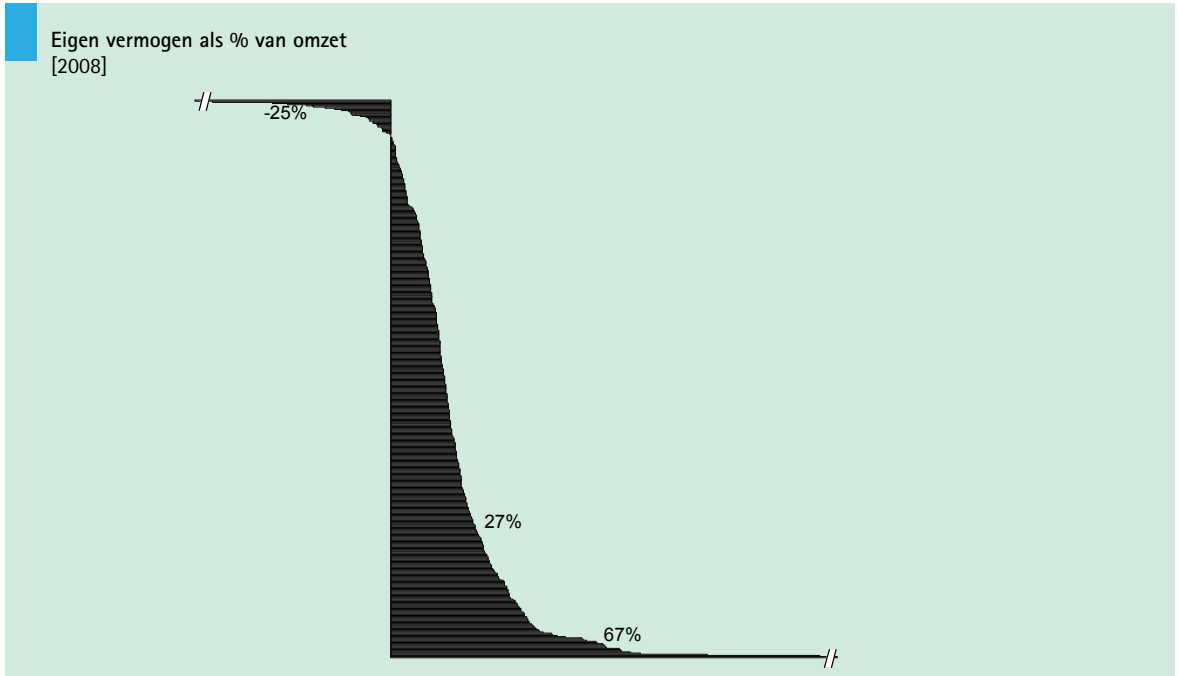
*Kleine instellingen
hebben betere
schuldpositie*

Kleine instellingen hebben een betere schuldpositie dan grote instellingen. Dit geldt voor alle segmenten en voor zowel korte als lange schulden. Echter, dit is wel een kleine groep instellingen die slechts 9 % van alle VWT-zorg levert.

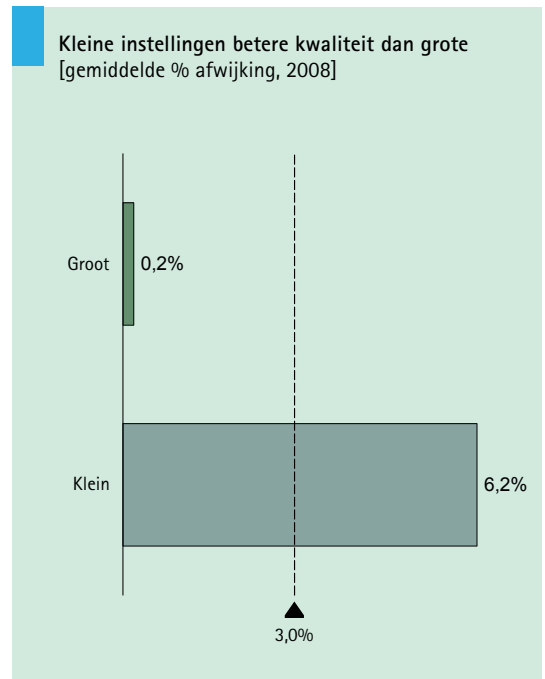
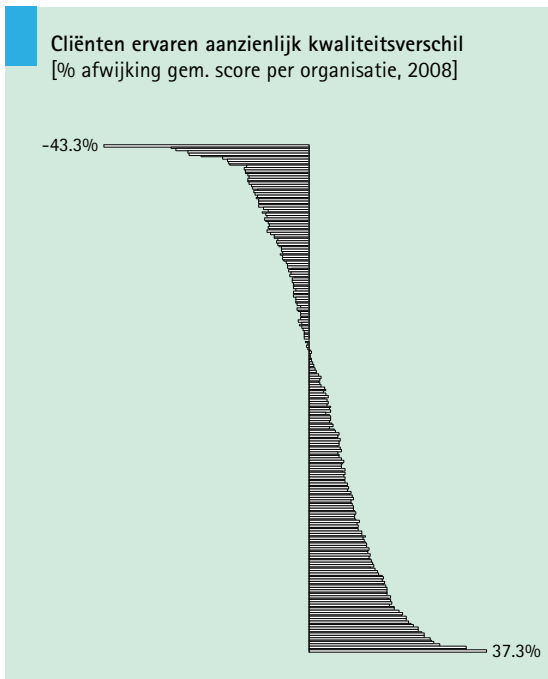
*Hoe maak je winst
in de VWT?*

De winst in ouderenzorg komt vaak van een kleine groep cliënten die zeer intensieve zorg krijgt. Het gaat vaak om meer dan 1.000 uur complexe zorg per cliënt per jaar, verdeeld over zorgmomenten van minstens een uur. Dat is zeer winstgevend uit te voeren. Aan de andere kant is er een grote groep cliënten die elke dag tien minuten hulp krijgt, bijvoorbeeld met steunkousen. Door de reistijd en het lage tarief is dit soort hulp al snel verliesgevend. Welke zorgverlener gaat de zorg leveren die niet volledig wordt vergoed door de overheid? Het risico dat vooral private spelers in de thuiszorg de 'krenten uit de pap' halen is reëel. Aan de andere kant kan focus op specifieke groepen juist een manier zijn om de kwaliteit van zorg te verbeteren. Het staat of valt bij juiste tarifiering door de NZa. Zolang tarieven de zorg voor specifieke groepen zeer onaantrekkelijk of juist aantrekkelijk maken, kunnen zorgverleners hun gedrag daarop aanpassen. Meer controle van dit gedrag is slechts een lapmiddel en neemt de onderliggende oorzaak van onjuiste tarifiering niet weg.

F7



K1A



K1B

5. Kwaliteitsprestatie

Aanzienlijke verschillen in kwaliteit...

Meting van kwaliteit in deze sector staat nog in de kinderschoenen. In een ervaringsgerichte sector zal het altijd moeilijk blijven om kwaliteit van zorg transparant te maken. De CQ-index is op dit moment de best beschikbare maat voor kwaliteit. Aggregatie van scores van individuele locaties geeft een kwaliteitsscore op concernniveau. De variatie in scores per vraag is minimaal 43 % lager en maximaal 37 % hoger dan de gemiddelde score (scores tussen 1 en 5). Veel instellingen schommelen rondom de gemiddelde score, maar een aantal heeft zeer hoge scores op de CQ-index of juist zeer laag (zie figuur K1A).

Klein iets beter dan groot

Kleine instellingen scoren beter op de CQ-index dan grote instellingen: ongeveer 6 % boven de gemiddelde score per locatie, ten opzichte van op het gemiddelde voor grote instellingen (zie figuur K1B).

Kwaliteitsindicator: aantal verschillende zorgverleners per cliënt

Om goede zorg te geven moet je de cliënt goed kennen en regelmatig zorg geven. Dan zijn veranderingen beter op te merken. Ook cliënten vinden vaste gezichten belangrijk. Een goede maat voor kwaliteit is het aantal verschillende zorgverleners dat bij een cliënt komt gedurende een bepaalde periode. Het aantal zorgverleners per cliënt kan omlaag door een vaste koppeling met de eerstverantwoordelijke zorgverlener en een slimme planning. Hierdoor is ook minder overdracht nodig en neemt de kans op fouten af. Het illustreert hoe winst in kwaliteit en doelmatigheid goed samen kunnen gaan.

R1A

	Koplopers 2008	Gemiddeld 2008	Achterblijvers 2008
Intramuraal groot (> 20 mln)	<p>Hervormde "Sonneburgh" Argos Zorggroep Avoord Zorg en Wonen Azora Catharina Coloriet De Waalboog, zorg, welzijn en wonen Elisabeth Het Spectrum Interzorg Noord-Nederland Land van Horne Laurens Mariënstaete Plantein Respect Zorggroep Scheveningen Sevagram SHDH Sutfene Verpleeghuis Het Parkhuis Verpleging en Verzorging Eindhoven e.o. De Archipel Voor Regionale Zorgverlening Warande Woonzorg West Zeeuws-Vlaanderen Woonzorgconcern IJsselheem Kampen e.o. Woonzorggroep Samen Zorgcentra Zorgcombinatie Marga Klompé Zorgcombinatie Nieuwe Maas Zorggroep De Leiboorn Zorggroep Fivelland Zorggroep Noordwest-Veluwe Zorggroep Sint Maarten Zorginstellingen Loosdrecht ZuidOostZorg Trivium Meulenbelt Groep</p>	<p>Opella, Protestants Christelijke voor wonen, zorg en welzijn Oranjehaev-De IJpelaar-Aeneas Protestants Christelijke voor Zorgverlening "Het Bakken" Sint Liduinastichting Atlant Zorggroep Christelijke Zorgcombinatie Zwolle en omgeving Curamus de Riethorst Stromenland De Wever De Zorgboog De Zorgcirkel Gereformeerde Zorg- en Woonvoorzieningen/Accolade Zorggroep Groenhuysen IntraZorg-Plus Omnizorg Noord-Kennemerland Oranje Nassau's Oord Pleyade Protestantse Zorggroep Crabbehoff Saffier Vitalis Zorg Groep WoonZorgcentra Haaglanden Zeisterwoude Woon- en Zorgcentra Zonnehuisgroep Amstelland Zorg en Verpleging Goeree Overflakke Zorgcentra De Betuwe Zorgcentra Rivierenland Zorggroep Groningen Zorggroep Solis Zorggroep Tangenborgh Zorggroep ter Weel Zorginstellingen 't Gooregt Zorginstellingen Pieter van Foreest Zorgpartners Midden-Holland Zorgspectrum Zorgspectrum Het Zand</p>	<p>Amant wonen, zorg en dienstverlening De Borg, Christelijke Zorgvoorzieningen Driezorg - voor Wonen, Zorg en Welzijn Interkerkelijke Protestantse Woon-, Behand- en Zorgcentra "Sabina van Egmont" Interkerkelijke Zorgvoorzieningen De Brug Regionale Zorgcentra De Kempen Amsta AriënsZorgpalet Attent wonen welzijn zorg AxionContinu groep De Hoven HilverZorg Innoforte Kalorama Nieuwebrug OsiraGroep Protestants Christelijke Zorggroep Rijnmond Quarijn Schakelring Sint Jacob tanteLouise-Vivensis Topaz Vaikenhof Vilente ViVa! Zorggroep Vivre Volckaert SBO Groep Woonzorgcentra Westerkwartier WWZ Zorgbeheer De Zellingen Zorggroep Apeldoorn en omstreken Zorggroep Elde Zorggroep Maas en Waal Swinhove Groep Van Neynselstichting</p>

6. Ranking

In dit hoofdstuk gaan wij in op de ranking die wij gemaakt hebben van VWT- instellingen. Voor deze ranking hebben we zeven vergelijkingsgroepen gemaakt van instellingen met ongeveer dezelfde focus en omvang (zie methodologie voor een nadere toelichting). Per vergelijkingsgroep hebben we vervolgens een ranking samengesteld op basis van vier criteria met gelijke weging:

1. Marktprestatie: productiegroei 2008 en omzetgroei 2008
2. Operationele prestatie: bedieningskosten 2008
3. Financiële prestatie: winstmarge 2008 en eigen vermogen als % van de omzet 2008
4. Kwaliteit: gemiddelde kwaliteitsscore CQ-index

De instellingen zijn per vergelijkingsgroep gerangschikt op de vier bovenstaande prestatiecriteria en vervolgens verdeeld in drie groepen: koplopers, gemiddelde prestatie en achterblijvers (zie figuur R1).

R1B

Intramuraal klein (< 20 min)

Koplopers 2008

De Pieter Raat Stichting
 Hervormde Bejaardenzorg
 Nederlandse Provincie van de Orde der Minderbroeders-
 Kapucijnen
 Protestant-Christelijke Waardeburgh
 Protestants Interkerkelijke Zorgverlening Hendrik Ido
 Ambacht
 Protestants-Christelijke Woonzorgcentra DSV
 R.K. Zorgcentra Meerlanden
 Rosa Spier Stichting
 St. KVH Dienaresen van de H.Geest
 Stg. v. Verpleging en Verzorging Beukenstein
 Stg. Verpl.huis Salem, Gereformeerde Gezindte
 Bejaardenzorg Lazaristen en Dochters der Liefde
 Bejaardenzorg Zusters Dominicanessen van Voorschoten
 Berkumstede
 Bruggerbosch
 Christelijk Verpleeghuis Norschoten
 De Kooimeer, Rooms Katholiek Zorgcentrum voor
 Ouderen
 De Posten
 De Stouwe
 De Warrenhove
 De Zevenster
 Hervormde Wooncentra Ede
 Het Laar
 Hillegomse Organisaties voor Zorgverlening aan Ouderen
 Humanitas Woonzorgplus Den Haag
 Jan Berchmans
 MaasDuinen
 Nusantara
 Ouderenzorg Kapelle
 Ouderenzorg Noord-Beveland
 Protestantse Bejaardenzorg Eiland Tholen en Sint-
 Philipsland
 Ruitersbos
 Sint Anna
 St. Jozefoord
 Stichting tot Exploitatie van Verzorgingscentra t.b.v. de
 Algemene Bejaardenzorg (ASB)
 Verenigde Zorgcentra Schijndel
 Verpleeghuis Bergweide
 Verzorgingshuis De Koperhorst
 Vreedenhoff
 Woongemeenschap voor Ouderen Heemzicht
 Woonzorgcentra Flevoland
 Woonzorgcentra Zuiderhout
 Woonzorgcentrum De Beyart
 Zorg- en Wooncentrum De Haven
 Zorg-Wooncentrum den Bouw Warnsveld
 Zorgcentrum Maria-Oord
 Zorgcentrum Talma Urk
 Zorgcentrum voor Ouderen Wormerland
 Zorggroep Hof en Hiem
 Zorggroep Raalte
 Zorgnet Groenwoude
 Verzorgingshuis St. Barbara

Gemiddeld 2008

Catharina voor Wonen, Zorg en Welzijn Westelijk
 Voorne
 LuciVer, voor welzijn, wonen en zorg.
 Algemeen Christelijke voor Wonen en Zorg "Avondlicht"
 Noord Nederlandse Coöperatie van Zorginstellingen
 U.A.
 Protestants Christelijke Ouderenzorg te Loenen aan de
 Vecht
 Rooms- katholieke Insula Dei, organisatie voor wonen,
 zorg- en dienstverlening
 St. Verzorgingshuizen Regio Oost Uitgaande van de
 Particuliere Synode Oost en de Classis Utrecht van de
 Gereformeerde Gemeenten
 Stg. 'Woon-, Dienstencentrum 't Dijkhuis'
 Alerimus
 Amaliazorg
 Antroz
 Beheer Zorggroep Alblasserwaard
 de Goede Zorg
 De Singels
 et Bientwark
 Gasthuis St. Jan De Deo
 Huisvesting Ouderen Westerbork
 Malderburch, Centrum voor Welzijn, Wonen en Zorg
 Nieuw Vredeveld
 Novel
 Ouderenzorg Oudewater
 Poelwijk-De Kraayert
 Protestants-Christelijk Zorgcentrum 't Anker
 Protestants-Christelijk Zorgcentrum 't Slot
 Rudolf Steiner Verpleeghuis
 Rumah Kita
 Samen Zorgen
 Sint Joris
 St. Elisabeth
 Stichting tot Exploitatie van Verzorgingsflats "Huiuze het
 Oosten"
 Stichting tot Huisvesting Verzorging en Verpleging van
 Ouderen Eykenburg
 Verpleeg- en Verzorgingshuis De Leystroom
 Verzorging St. Franciscus
 Vredewold
 Wassenaarse Zorgverlening
 Woon- en Zorgcentra De Bilt-Bilthoven "De Bilthuysen"
 Woon- en Zorgcentrum "Humanitas"
 Woon- en Zorgcentrum Avondlicht
 Woon- en Zorgcentrum Friso
 Zorgcentra De Ronde Venen
 Zorgcentra Pro Seniore
 Zorgcentra Zuidwest-Drenthe
 Zorgcentrum "De Wieken"
 Zorgcentrum 't Rekerheem
 Zorgcentrum De Annenborch
 Zorgcentrum het Bildt
 Zorgcentrum voor Ouderen "De Marke"
 ZorgContact
 Zorggroep Ena
 Zorggroep Oldael
 Zorggroep Tellus
 Van Zeelandstichting
 Zorgcentrum Sint Jozef

Achterblijvers 2008

Christelijke BCM Zorg en Dienstverlening
 Hervormd/Gemeentelijke Zorgcentrum Aelsmeer
 Hervormde Bejaardenzorg Capelle aan den IJssel
 Humanistische Zorggroep Reinalda
 Julia Agnietenhove
 Julia Mariënborg
 Katholieke Zorgcentrum "Saenden"
 Landelijke Vredenoord
 Protestants Christelijke Ouderenzorg Haarlemmermeer
 Zorgverlening
 R.K. Kloosterbejaardenoord Alverna
 "De Duynsberg"
 "R.K. Zorgcentrum Roomburgh"
 Bartholomeus Gasthuis
 Bejaardenoorden Zusters onder de Bogen
 Bejaardenzorg Clara Fey
 Bejaardenzorg Congregatie van de Heilige Geest
 Bejaardenzorg De Keerderberg
 BerneZorg
 Brentano Amstelveen
 Cardia
 Careaz
 Centrum voor Reuma en Revalidatie Rotterdam
 Christelijke zorg- en wooncentra Noord-Veluwe
 de Kreite
 de Woonmensen/KWZA
 Eckmunde
 Gereformeerde Zorgcentra Zuid-Holland
 Huize Mater Misericordiae
 Johannahuis
 Joods Amsterdams Bejaarden-Centrum
 Joods Bejaardencentrum Den Haag
 La Providence
 Ouderencentrum Beek en Bos
 Protestants Christelijke Woonzorg Unie Veluwe
 PuurZuid
 Rijnheuvel
 SHBU-zorgcentra
 St. Pieters en Bloklands Gasthuis
 Tradinova Zorg
 Trimenzo
 Veluweborgh
 VITA Zorg en Welzijn
 Vugterstede
 Woon- en Zorgcentrum De Nieuwpoort
 Woon-/Zorgcentrum de Breedonk
 Woon-Zorgcentra Wijje en Woudwetering
 Woon/Zorgcentrum Het Hooge Heem
 Woonzorgcentra Breukelen
 Woonzorgcentrum Raffy
 ZorgBreed
 Zorgcentrum "De Blanckenbörg"
 Zorggroep De Residentie
 Zorgverlening van de Gereformeerde Gemeenten in
 Zeeland

R1C

	Koplopers 2008	Gemiddeld 2008	Achterblijvers 2008
Extramuraal groot (> 5 mln)	Allerzorg B.V. De Gouden Leeuw Groep BV PrivaZorg AWBZ B.V.	Beeuwkes Thuiszorg De Wielborgh Thuiszorg Diensten Centrale	Agathos Thuiszorg Humanitas Thuiszorg en Maatschappelijke Dienstverlening Rotterdam Thuiszorg VDA
Extramuraal Klein (< 5 mln)	B.T.O. Thuiszorg B.V. MOB Breederzorg Thuiszorg CCC Zorg Midden-Brabant de Twern voor lokaal welzijnswerk Hulpvaardig InterCare Roebia Zorg Sara Thuiszorg Het Centrum Zorg Thuis	Centraalzorg B.V. Kijk op Zorg B.V. Betere Thuis- Et Kraamzorg de Algemene Thuiszorg Persoonlijke Verpleging en Verzorging (P.V.V.) R.K. Ouderezorg St. Franciscus Thuiszorg Diakonie Thuiszorgbureau Jacobs Thuiszorg Gooizorg B.V. TOPmaat Thuiszorg B.V. Zorgburo Stip B.V.	Actie Thuiszorg B.V. Ambulante Thuiszorg B.V. Dianne Luykx Care Company B.V. Parkstad Thuiszorg B.V. Derdengelden Interzorg CCC Zorg Centrale Organisatie Thuisverpleging Limburg Kiddion Thuiszorgnet Zorg Ondersteuning Nederland Zorggroep Millennium Zorg Groep Beek B.V.
Intra- extramuraal groot (> 20 mln)	De Stromen Opmaat Groep Livio MeanderGroep Zuid-Limburg Mosae Zorggroep Palet Vivantes Zorggroep Woonzorggroep Wilgaerden Zorg Compas Zorggroep Noord- en Midden-Limburg Zorggroep Oude en Nieuwe Land	Humanitas Libertas Leiden Omring Oosterlengte Residentiële en Ambulante Zorg Surplus Thuiszorg Nederland Valent Zorgbalans Zorgstroom Zuwe Zorg	Aveant Allévo Amstelring Diafaan Savant Zorg Vierstroomzorging Vivent ZorgAccent Et Thuiszorg Noord West Twente Zorggroep Florence Zorggroep STR Zorggroep Zuid-Gelderland
Intra- extramuraal klein (< 20 mln)	Burgemeester De Boer-Stichting CaroCare Holding B.V. Het Schild, Centrum voor Visueel Gehandicapte Ouderen Rosengaerde Verzorgingscentra Utingeradeel Verzorgingshuis Talma Apeldoorn Wonen en Zorg Purmerend Zorgorganisatie Het Hoge Veer Zorgrésidence Regina Zorgboerderij Erve Knippert B.V.	Maria Dommer Stichting Protestants Interkerkelijke Zorgcentrum "Groot Hoogwaak" De Gelderhorst Landelijk Centrum voor Oudere Doven Maria-Oord Markenheem, centra voor zorg en dienstverlening Ouderezorg Kanaalzone Protestants Christelijk Zorgcentrum "De Riederborgh" te Ridderkerk Voorzieningen Ouderen in de gemeente Eemmond Zorgcentra Betuweland Zorgfederatie Oldenzaal	Attent Thuiszorg B.V. Protestants Christelijke voor Integrale Zorg- en Dienstverlening Hoeksche Waard Oost Protestantse Interkerkelijke "Huis Ter Leede" "De Wijngaerd" Amstelveerzorg Huize St. Joseph Take Good Care Woon-Zorg Service Veendam Zorggroep Manna Zorgcentrum Oldenhaghen (Christelijke voor Bejaardenzorg)
Gemengd	Academisch Ziekenhuis Maastricht Interzorg Oss Thuiszorg B.V. Konink. Visio, Landelijke Slechtzienden en Blinden Alysis Zorggroep Bartiméus Sonneheerdt Cordaan Groep De Opbouw Gereformeerd Minne-of Arme Oude Mannen- en Vrouwenhuis Parnassia Bavo Groep Rijnland Zorggroep RST Zorgverleners Sensis St. Anna Zorggroep Vivium-TGV Zorggroep Middenveld Drenthe	Elisabeth Otter-Knoll Stichting Bronovo-NEBO Holding Isala Klinieken Leger des Heils Welzijns- en Gezondheidszorg Leveste Proteion Thuis Rivas Zorggroep Saxenburgh Groep Thuiszorg Midden-Gelderland Vérian Woon- en Zorgcentrum De Merwelanden Zorggarant Noord-Nederland Zorggroep Almere Zorggroep Noorderbreedte	St. Zorgkwadrant Fryslân Oost/St. Thuiszorg De Friese Wouden Careyn Carinova De Nieuwe Zorg Thuis GroenekruisDomicura Pantein-STBNO Groep Parnassus Thuiszorg en Maatschappelijk Werk Rivierenland Thuiszorg Zuidwest Friesland Thuiszorgcentrale IVT Zorggroep Pasana ZorgSaam Zeeuws-Vlaanderen Zuidzorg Thuiszorg West-Brabant

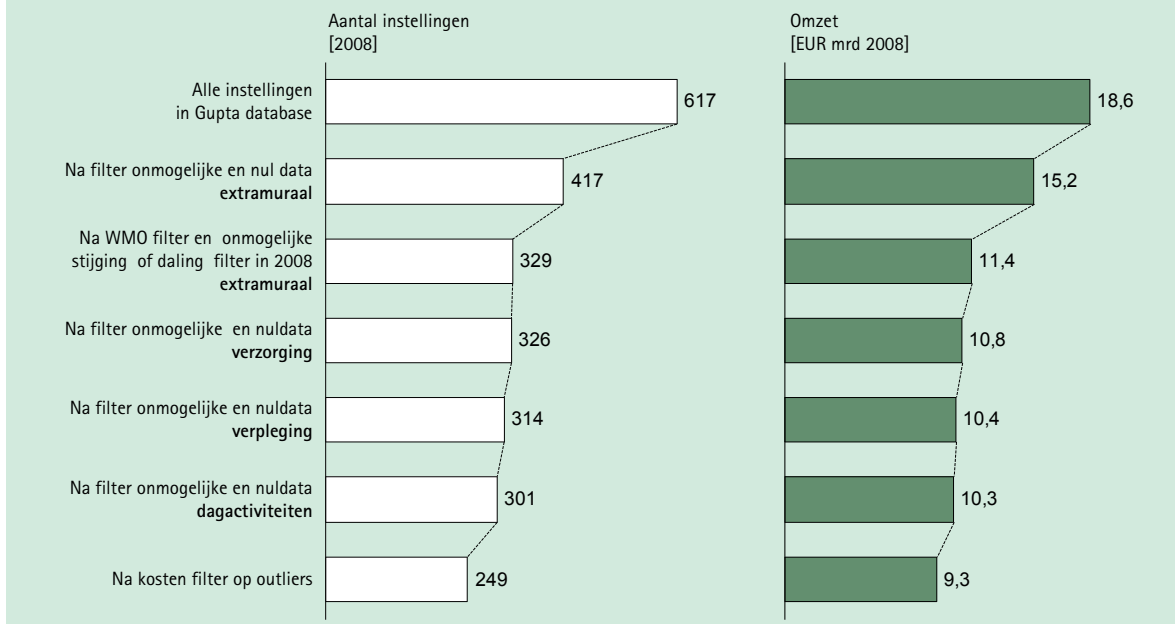
R1D

Instellingen met onvoldoende data om ranking te bepalen

Perspectief, voor Welzijn, Zorg, Sociaal en Cultureel Werk Beuningen	De Wiltzangk	Thuiszorg het Friese Land
Zorggroep Tellens	De Wittenberg	Thuiszorg Novocare
Zorgpalet Gelre Noord	Doopsgezind Zorgcentrum "Het Mennistenerf"	Thuiszorgservice Nederland
1 Op 1	Doras	Timon
Actief Zorg B.V.	Dr. Schroeder van der Kolk Bedrijven	Toevluchtsoord
BestuursLentis	Espria	Valkenhorst
Beter Thuis Wonen Thuiszorg B.V.	Exploitatie Hospice Alkmaar	Versatility Thuiszorg Drenthe
Breedzorg V.O.F.	FlexusJeugdplein	Verzorgingshuis Munnekewij
Bureau SPV B.V.	Hera	Vita welzijn en advies
Curadomi, voor Thuiszorg de Zorgmantele	Hervormd Centrum Pennemes	Vitras/CMD
De ZorgZaak B.V.	Hervormd Gasthuis voor Wonen en Verzorging Ewoud het Maanderzand-Gereformeerd Bejaarden Centrum	voor Huisvesting, Zorg en Dienstverlening voor Ouderen
Diabetes Zorgsysteem West-Friesland	Home Care Rotterdam	Vrijwaard
Dunya Zorg en Welzijn B.V.	Huis in de Bocht	Vrouwenopvang Rosa Manus
ExploitatieWesterholm/Ridders-Lubbers	Huis voor Thuis- en Daklozen	Welstaete
Flexicare Holding B.V.	Humanitas Zorg Zuid-Hollandse Eilanden	Welzijn De Bries
Gunst Zorg B.V.	Intermedicare	Welzijn Ouderen Arnhem
Hervormde tot Verzorging van Ouderen "NEBO"	Ittmanshof, Algemeen Regionaal Centrum voor Verzorging en Verpleging op de Noord-West Veluwe	Welzijn Ouderen Druten
Internos Katholieke Thuiszorg	Johanniter Opvang	Welzijn Ouderen Montferland
J.W. Beers Holding B.V.	Joods Maatschappelijk Werk (J.M.W.)	Welzijn Ouderen Neerijnen
Joost Zorgt Nederland B.V.	Kloosterverzorgingshuis Glorieux	Welzijnswerk Ouderen Nijmegen
Me-di-Rect	Kompaan	Wonen Plus Welzijn
Mgr.Blom Stichting-Huisvesting en Verzorging van de Congregatie der Zusters van den Heiligen Joseph te Amersfoort	Kraamzorg de Waarden Groep	Woon & Zorgcentrum "Herfstzon"
MoniCare thuis in zorg	Maatschappelijke en Juridische Dienstverlening Groningen (afgekort: MJD)	Woon-Zorgcentra De Rijnhoven
Multi-Care B.V.	Mediomare	Xonar
Protestants Christelijke voor Ouderenzorg Woon- en Zorgcentrum de Vriezenhof	Oud Burgeren Gasthuis	Zorg voor Mensen
Protestants Christelijke voor Wonen en Zorg, Zorgcentrum "Horizon"	Ouderenwerk Lochem	Zorg- en Dienstverlening '94
Quintes Thuiszorg B.V.	Pension Maaszicht	ZorgBedrijf Noord-Oost Nederland
Rinette Zorg B.V.	Pension Singelzicht	Zorgcentrum St. Jozef
Royal Care B.V.	Pro Senectute (voor de Ouderdom)	Zorgcombinatie "Noorderboog"
SMO Helmond	Protestants Christelijk Woon- en Zorgcentrum De Lichtkring	Zorgcombinatie Interzorg
"Burgemeester van Julsingha Tehuis"	Radar	Zorggroep Amsterdam-Oost
"Windroos Foundation"	Regionale Instelling Beschermende Woonvormen Oost Veluwe	Zorggroep West- en Midden-Brabant
ActiVite	Residentie Buitenzorg	ZorgInjection Thuiszorg
Afasietherapie Amsterdam	RIMO	Zorgpunt Maastricht
Amaris Zorggroep	Samenzorgdiensten	Thuishulp Zorgzaam
Bejaardenzorg Nederlandse Karmelieten	SBT	Thuiszorg Groot Gelre B.V.
Bejaardenzorg Zusters van het Heilig Hart	Sensire	Thuiszorg INIS
Bezig	Skewiel Trynwälden	Thuiszorg Rondom B.V.
Blijf Groep (tot 31 dec. 2007 Aanpak Huiselijk Geweld Amsterdam Flevoland Zaanstreek Haarlem)	Spaarnezicht	Thuiszorg Zorg Met Liefde B.V.
Buurtzorg Nederland	St. Annaklooster	Thuiszorgburo Markanto
Centrum voor Vrijwillige en Professionele Maatschappelijke Dienstverlening	Syndion	V.O.F. Zorg aan Huis Thuiszorg
Christelijke Zorginstelling Ruchama	Talant	Van den Dool Zorg & Begeleiding v.o.f.
Cicero Zorggroep	Tender	Verpleging Verzorging Thuis B.V.
Combiwel Amsterdam Oud Zuid	Thuiszorg Haaglanden	Zorg op Maat B.V.
de Compagnon	Thuiszorg Helpende Hand	

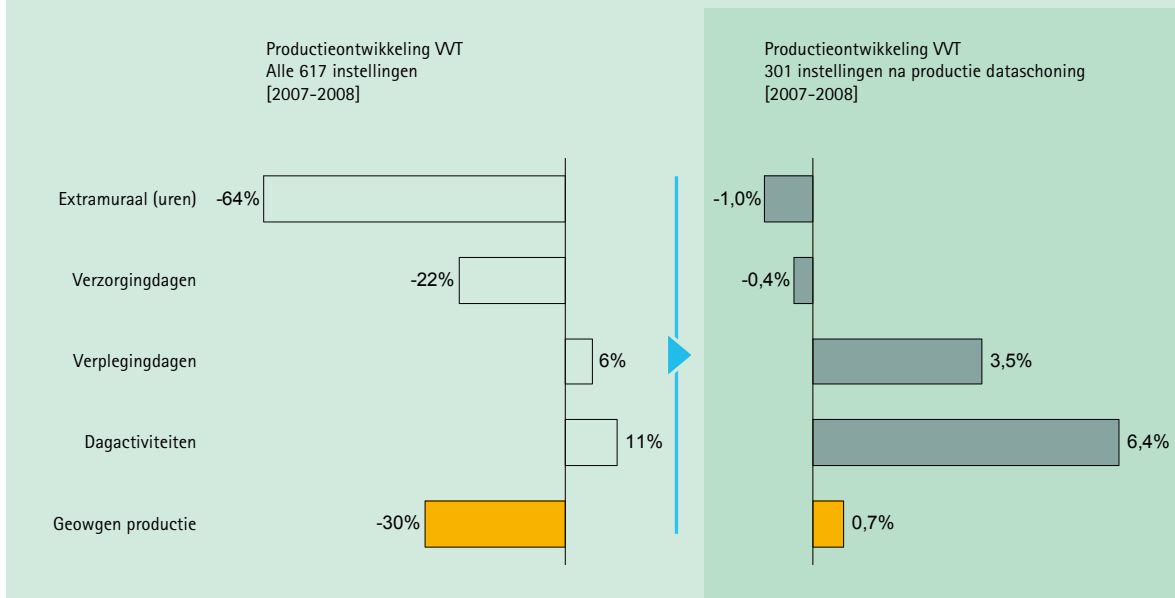
B1

Methodologie: Filter stappen in database alle instellingen voor operationele analyse



B2

Effect schoning op productiecijfers 2008



Bijlage: methodologie

*Schoning
uitgevoerd op data
van DigiMV en
jaarsverslagen*

De data voor deze studie zijn afkomstig van DigiMV en jaarsverslagen. Een uitgebreide schoning is uitgevoerd om foutieve data zo veel mogelijk te corrigeren. De fouten zijn dermate ernstig dat het erop lijkt dat er nauwelijks controle heeft plaatsgevonden bij de invoer. Getallen zijn bijvoorbeeld een factor duizend te hoog, of juist te laag. Soms ontbreken getallen volledig. Ook komt het voor dat de opbrengsten WMO voor de ene instelling onder het VT-segment vallen, terwijl de andere instelling deze apart rapporteert. Ook zijn er tientallen instellingen die meer dan 400 verpleegdagen per cliënt rapporteren, terwijl er toch echt maar 365 dagen in een jaar zitten. De fouten zitten vooral in DigiMV, maar ook in jaarsverslagen. Uit de ingevoerde data blijkt dat definities niet consistent zijn begrepen door de instellingen, waardoor de data op verschillende manieren zijn ingevoerd. Het zou goed zijn om meer discipline te brengen in de dataverzameling. Dat leidt tot hogere betrouwbaarheid van vergelijkingen tussen instellingen.

Uitgangspunt voor onze analyses van productie zijn de 617 VT-instellingen in de DigiMV database 2007 en 2008. Wij hebben de data in stappen geschoond zoals beschreven in figuur B1. Na de eerste vijf filters blijven 301 instellingen over met betrouwbare productiedata. Deze groep met een gecombineerde omzet van EUR 10,3 mrd is de basis voor de analyses op het gebied van productie. Na deze zes filters blijven er 249 instellingen over met betrouwbare kostengegevens. Deze instellingen vormen de basis voor onze analyses van de kosten en bedieningskosten. De totale omzet van deze groep is EUR 9,3 mrd in 2008 (zie figuur B1).

Vergelijking van de productiegroei 2007-2008 van de totale groep versus de groep na correcties laat het belang van de schoning zien (zie figuur B2). Namen we alle instellingen mee, dan zou de gewogen productie gedaald zijn met 30 %, met grote uitslagen op de onderliggende parameters. Uitslagen die niet kloppen met de macro cijfers. Na correctie sluiten de cijfers beter aan bij de cijfers die gerapporteerd zijn door de CVZ, met uitzondering van de dagactiviteiten.

Definitie vergelijkingsgroepen (peer groups)

Voor een aantal analyses hebben wij vergelijkingsgroepen gedefinieerd om meer begrip te krijgen van onderliggende trends en om instellingen met eenzelfde profiel te analyseren. Wij hebben zeven peer groups samengesteld met de volgende criteria:

1. **Focus intramuraal:** meer dan 75 % van de omzet is intramuraal
 - a. Groot: omzet > EUR 20 mln
 - b. Klein: omzet < EUR 20 mln
2. **Focus extramuraal:** meer dan 75 % van de omzet is extramuraal
 - a. Groot: omzet > EUR 5 mln
 - b. Klein: omzet < EUR 5 mln
3. **Zowel intramuraal als extramuraal:** tussen 25 % - 75 % intramuraal of extramuraal
 - a. Groot: omzet > EUR 20 mln
 - b. Klein: omzet < EUR 20 mln
4. **Gemengde instellingen:** minder dan 75 % omzet in de VWT

Individuele instellingen

De prestatie van individuele instellingen is geanalyseerd om microtrends en variatie te belichten. Hier bestaat altijd een risico door de beperkte kwaliteit van de data. Dit rapport bevat daarom geen analyse gebaseerd op een enkel datapunt van een individuele instelling, behalve de ranking aan het einde van het rapport. Voor de ranking moet een instelling minstens data beschikbaar hebben voor drie van de vier criteria. Als er voor een instelling minder dan drie criteria beschikbaar zijn, dan is de instelling niet opgenomen in de ranking.

Marktkkenmerken en prestatie

Wij hebben het landschap van de VWT-sector geanalyseerd om inzicht te geven in

- Schaal: verschillen in omvang
- Scope: verschillen in focus
- Locale schaal: omvang per intramurale locatie

Om de verschillen in schaal en scope te beschrijven hebben wij het WT landschap gecategoriseerd in zeven segmenten:

1. Volledige focus op WT
2. Naast WT ook zorg onder Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO)
3. Naast WT ook Jeugdgezondheidszorg en Kraamzorg (JGZ en KZ)
4. Naast WT ook Gehandicaptenzorg (GHZ)
5. Naast WT ook Ziekenhuiszorg (Cure)
6. Naast WT ook Geestelijke gezondheidszorg (GGZ)
7. Gemengd (meer dan twee verschillende segmenten AWBZ)

Vervolgens hebben wij op het niveau van de sector, vergelijkingsgroep of individuele instelling de omzet geanalyseerd:

Operationele prestatie: hier analyseren wij de doelmatigheid van WT-instellingen

1. Productie
 - a. Intramuraal verpleging
 - b. Intramuraal verzorging
 - c. Extramuraal
 - d. Dagverpleging
2. Kosten
 - a. Personeel
 - b. Inkoop
 - c. Kapitaallasten
3. Bedieningskosten
 - a. Personeel
 - i. Arbeidsproductiviteit
 - ii. Kosten per FTE
 - b. Inkoop
 - c. Kapitaallasten

De doelmatigheid benaderen wij door de maatstaf bedieningskosten. Een cliënteenschap is een 'productiemandje' van vier WT activiteiten: verpleegdagen, verzorgingsdagen, thuiszorguren en dagbehandelingen. Door deze productie te wegen naar het gemiddelde NZa tarief is de productie van instellingen genormaliseerd. Hierdoor zijn de instellingen op hoofdlijnen vergelijkbaar, ook wanneer de ene instelling vooral verpleeghuizen heeft en de andere instelling vooral thuiszorg. Deze maatstaf voor productiviteit noemen we in dit rapport bedieningskosten.

Dit is een grofmazige benadering die bijvoorbeeld geen rekening houdt met verschillen in zorgwaarte of onderliggende zorgproducten. In de toekomst zal het raamwerk van Zorgzwaartepakketten (ZZP) een meer fijnmazige meting van productie mogelijk maken. Instellingen rapporteren de ZZP scores nu nog niet, waardoor we productie alleen kunnen meten in verpleegdagen, verzorgingsdagen, thuiszorguren en dagbehandelingen. Ondanks de beperkingen is de methodologie voldoende robuust om langetermijn productiviteit en kosten ontwikkelingen te toetsen. Ook is vergelijking van productiviteit tussen instellingen mogelijk.

Financiële prestatie

1. Winstgevendheid
2. Eigen vermogen
3. Schulden

Kwaliteit prestatie

1. Score op CQ index

Voor nadere informatie:

drs. Jurre de Bruin

+31 6 34924904

jurre.debruin@gupta-strategists.nl

