

Monitor en beleidsbrief

Continuïteit van langdurige zorg

Onderzoek naar de mogelijke effecten van de
maatregel langer thuis wonen op de
continuïteit van intramurale zorg

april 2014

Inhoud

Vooraf	5
Managementsamenvatting	7
1. Inleiding	9
1.1 Aanleiding	9
1.2 Doel en scope	10
1.2.1 Doel van het onderzoek	10
1.2.2 Scope	10
1.3 Totstandkoming	11
1.4 Leeswijzer	12
2. Methode	13
2.1 Onderzoeksmethode	13
2.1.1 Kwantitatief deel onderzoek	13
2.1.2 Kwalitatief deel onderzoek	14
2.1.3 Analyse zorgkantoorregio's	14
3. Kwantitatieve analyse	17
3.1 Veranderopdracht	17
3.2 Veranderruimte	18
3.3 Positie individuele zorgaanbieders	19
4. Kwalitatieve analyse	23
4.1 Sector	23
4.1.1 Verblijfsduur	23
4.1.2 Aard vastgoed	23
4.1.3 Overige maatregelen	24
4.2 Zorgaanbieders	24
4.2.1 Houding van bestuur	24
4.2.2 Kwaliteit en flexibiliteit vastgoed	24
4.2.3 Overige factoren	25
4.3 Beschikbaarheid alternatieve zorgaanbieders	25
5. Analyse zorgkantoorregio's	27
5.1 Aandachtregio's	27
5.1.1 Kwalificering aandachtregio	27
5.1.2 Typering aandachtregio's	30
5.1.3 Aandachtregio's	31
6. Conclusie en vervolg	35
Bijlage 1. Literatuurlijst	37
Bijlage 2. Overzicht solvabiliteit per regio	39
Bijlage: Beleidsbrief	41

Vooraf

In het regeerakkoord 'Bruggen slaan' heeft het kabinet de hervormingen aangekondigd voor de langdurige zorg. De kabinetsplannen voor de hervormingen van de langdurige zorg heeft de Minister van VWS verder uitgewerkt in een brief aan de Tweede Kamer.¹ Met de invoering van de Wet Langdurige Zorg (Wlz) wordt een deel van de zorgprestaties in de langdurige zorg overgeheveld naar de gemeenten (Wmo), zorgverzekeraars (Zvw) of moeten burgers zelf gaan betalen voor wonen en zorg.

Om een zorgvuldige invoering van de hervormingen te bewerkstelligen onderzoekt de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) de mogelijke omvang van de effecten voor zorgaanbieders die te maken krijgen met de maatregel langer thuis wonen. Dit is van belang om de continuïteit van cruciale zorg voor cliënten te kunnen garanderen.²

Deze monitor bevat een verdiepende analyse naar de mogelijke effecten van de maatregel langer thuis wonen voor de continuïteit van zorg voor cliënten. In dat kader zijn veel gesprekken gevoerd met experts, zoals zorgkantoren en brancheorganisaties. Wij danken hen zeer voor hun medewerking.

De Nederlandse Zorgautoriteit,



dr. M.E. Homan
lid Raad van Bestuur/plv. voorzitter

¹ Hervorming langdurige zorg: naar een waardevolle toekomst, 25 april 2013 kenmerk 114352-103090LZ.

² Onder cruciale zorg wordt o.a. verstaan zorg als omschreven bij of krachtens de AWBZ (zie beleidsregel Al/BR-0013 beschikbaarheidsbijdrage continuïteit van zorg).

Managementsamenvatting

Met de hervormingen in de langdurige zorg wil het kabinet zorg en ondersteuning meer in de eigen omgeving van de cliënt leveren. Dit betekent dat een deel van de huidige intramurale capaciteit in de toekomst niet meer voor geïndiceerde 'lichte' zorg ingezet kan worden. Dit heeft mogelijk effect op het bestaansrecht van instellingen en daarmee op de toegankelijkheid en continuïteit van zorg voor cliënten.

In deze monitor worden de mogelijke effecten van de maatregel langer thuis wonen op de continuïteit van zorg in de zorgkantorregio in kaart gebracht. Daarbij wordt gekeken of de toegang tot zorg geleverd op grond van de Wet langdurige zorg (Wlz) voor cliënten die daar recht op hebben in het geding komt. Zorgkantoren hebben een verantwoordelijkheid voor continuïteit van zorg in de vorm van een wettelijke zorgplicht. De monitor richt zich specifiek op de intramurale zorg die onder Wlz wordt gebracht. De GGZ is in deze monitor buiten beschouwing gelaten, omdat er op het moment van het onderzoek vanuit gegaan werd dat deze zorg volledig werd overgeheveld naar de Zvw.

Veranderopdracht en veranderruimte

Een indicatie van de omvang van het effect van de maatregel langer thuis wonen kan worden weergegeven door de veranderopdracht in kaart te brengen. De veranderopdracht is de productie die op termijn wegvalt door het niet meer indiceren van de lage zorgzwaartepakketten (ZZP's) ten opzichte van de totale gerealiseerde intramurale productie van de instelling in 2012. Zorgaanbieders met in verhouding veel lage ZZP's hebben een hoge veranderopdracht.

De veranderopdracht, gebaseerd op de realisatie in 2012, in de ouderenzorg (VV) en gehandicaptenzorg (GHZ) is 32% respectievelijk 11%. Dit betekent dat voor de ouderenzorg – op basis van de maatregel langer thuis wonen – 32% van de totale intramurale aanvaardbare kosten weg kan vallen. In de gehandicaptenzorg is dit 11%. Het effect van het langer thuis wonen is dus groter in de ouderenzorg dan in de gehandicaptenzorg. De veranderopdracht voor de ouderenzorg wordt vergroot door de relatief hoge dynamiek in de in-en uitstroom in de ouderenzorg. Hier staat tegenover dat door de vergrijzing op termijn mogelijk weer meer indicaties worden afgegeven omdat sprake is van zorgverzwaring.

Zorgaanbieders die tot op heden relatief veel cliënten met een lage zzp in huis hebben, zullen zich moeten herpositioneren. Voorbeelden hiervan zijn het afstoten van locaties, verhuur, richten op een andere cliëntgroep (zwaardere cliënten) en/of het aanbieden van (meer) extramurale zorg. Verandering kost tijd en geld. De mate waarin een zorgaanbieder hiervoor mogelijkheden heeft, is onder meer afhankelijk van de financiële middelen (veranderruimte) die een zorgaanbieder heeft opgebouwd. In deze monitor is de solvabiliteit van een zorgaanbieder gekozen als maatstaf voor veranderruimte. De veranderruimte verschilt sterk tussen aanbieders, ongeacht sector en omvang van de zorgaanbieder.

In aanvulling op de veranderopdracht en veranderruimte zijn volgens de zorgkantoren een aantal andere factoren van invloed op het bestaansrecht van een instelling. Veelgenoemde factoren zijn:

- de ligging van de instelling en marktconcentratie in de regio;
- identiteit van de aanbieder;
- houding en visie van de zorgaanbieder;
- kwaliteit en flexibiliteit van het vastgoed;
- samenwerking met gemeenten.

Uitkomsten analyse zorgkantoorregio's

Op basis van de kwantitatieve en kwalitatieve informatie is een risico-inventarisatie uitgevoerd naar het risico voor de continuïteit van zorg per zorgkantoorregio. Of zich daadwerkelijk problemen met de continuïteit van zorg gaan voordoen, is enkel achteraf vast te stellen.

Zorgkantoorregio's die op basis van onze bevindingen over de veranderopdracht, veranderruimte en overige kenmerken mogelijk een verhoogd risico op problemen in de continuïteit van zorg hebben, zijn in één van de volgende categorieën geplaatst:

- Algemeen verhoogd risico voor de continuïteit van zorg.
- Verhoogd risico door individuele risico-aanbieder.

We spreken van een verhoogd risico op problemen in de continuïteit van zorg. Of de continuïteit van zorg ook echt in gevaar is, hangt niet alleen af van (mogelijke) faillissementen van aanbieders, maar ook van de vraag of er een doorstart gemaakt kan worden, een overname plaatsvindt of andere aanbieders extra plaatsen aanbieden. We constateren dat drie zorgkantoorregio's (Midden Holland, Amsterdam en Arnhem) op basis van hun kenmerken in de categorie 'algemeen verhoogd risico voor de continuïteit van zorg' vallen. In deze regio's verdwijnt er volgens onze bevindingen relatief veel lichte intramurale zorg, terwijl er ook relatief weinig middelen zijn om deze veranderingen te accommoderen. Een tweetal regio's (Groningen en Utrecht) zijn aanvullend benoemd als aandachtregio vanwege de aanwezigheid van een zorgaanbieder met een verhoogd risico voor de continuïteit van zorg in de regio. Deze individuele aanbieders kunnen een risico betekenen voor de continuïteit van zorg in de regio.

1. Inleiding

Het toezicht houden op de rechtmatige en doelmatige uitvoering van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) is één van de wettelijke taken van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). De borging van de publieke belangen: toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit van de AWBZ-zorg is daarbij belangrijk. Bij (omvangrijke) beleidswijzigingen waar mogelijk een risico is voor de publieke belangen, volgt de NZa de ontwikkelingen in de markt proactief.

Per 2015 wordt een aantal wetten gewijzigd, te weten de Jeugdwet, de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en de Zorgverzekeringswet (Zvw). Ook wordt naar verwachting de nieuwe Wet langdurige zorg (Wlz) ingevoerd, die de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten vervangt.

Het beleid van het kabinet is erop gericht om zorg en ondersteuning meer in de eigen omgeving van de cliënt te kunnen leveren. Dit betekent voor bestaande intramurale zorgorganisaties een grote omslag. Een deel van de intramurale capaciteit is in de toekomst niet meer nodig. Dit kan risico's met zich meebrengen voor de toegankelijkheid en continuïteit van zorg.

1.1 Aanleiding

De langdurige zorg is volop in beweging. De afgelopen jaren is het beleid al ingezet om mensen langer thuis te laten wonen (extramuraliseren). Met ingang van 2012 worden geen indicaties meer gegeven voor de lichtste zorgzwaartepakketten (ZZP's).³ Per 2013 worden ook geen indicaties voor VV3 meer afgegeven. De benodigde zorg voor de cliënten wordt in de eigen omgeving in plaats van in een zorginstelling geleverd.

Met de introductie van de Wlz in 2015 zijn nog meer veranderingen op komst voor de langdurige zorg:

- overheveling van de extramurale begeleiding naar de Wmo;
- overheveling van de extramurale verpleging en persoonlijke verzorging naar de Zvw;
- verdere extramuralisering van de lichtere ZZP's;⁴
- overhevelingen van de GGZ-C pakketten naar de gemeenten;
- overhevelen van de jeugdzorg naar gemeenten.

Ook is in het Regeerakkoord afgesproken dat de langdurige geestelijke gezondheidszorg wordt overgeheveld naar de Zvw. De aangenomen motie van de leden Keijzer en Bergkamp roept de regering op om de zorg voor mensen die langdurig zijn aangewezen op GGZ niet over te hevelen.⁵ Eind maart heeft de staatssecretaris van VWS laten weten dat cliënten die per 1 januari 2015 drie aaneengesloten jaren gebruik hebben gemaakt van GGZ met verblijf gericht op behandeling toegang krijgen tot de Wlz.

Het wegvallen van het verzekerd recht op de lichtere vormen van intramurale zorg kan van invloed zijn op de continuïteit van het leveren

³ Het gaat hierbij om de ZZP's VV1, VV2, VG1, VG2, GGZ B1, GGZ B2, GGZ C1, GGZ C2.

⁴ Uitkomsten van het Zorgakkoord inzake VG3 en VV4 zijn in deze monitor niet meegenomen, zie brief VWS: Uitkomst begrotingsoverleg hervorming langdurige zorg (kenmerk 364302-120176-DMO).

⁵ Kamerstukken II, 2013/14, 30 597, nr. 397.

van cruciale zorg. De maatregelen leiden immers tot potentieel omzetverlies voor zorgaanbieders. Cruciale zorg is die zorg waarvoor geldt dat wanneer zij (tijdelijk) niet (voldoende dichtbij) beschikbaar is, cliënten ernstige gezondheidsschade kunnen oplopen of (bij langdurige zorg) ernstig worden belemmerd in hun dagelijks functioneren. Voor deze vormen van zorg heeft de overheid, naast haar verantwoordelijkheid voor het zorgsysteem, een extra verantwoordelijkheid. Dit betekent dat wanneer de zorgverzekeraar of het zorgkantoor ondanks alle inspanningen niet in staat is deze vormen van zorg beschikbaar te houden, de overheid zal zorgen voor continuering ervan.

De zorg die nu onder de AWBZ valt en per 2015 onder de Wlz, is in zijn geheel bestempeld als cruciale zorg. Gezien de ontwikkelingen neemt de NZa hierin een proactieve rol en doet daarom vroegtijdige signaleringen.

1.2 Doel en scope

1.2.1 Doel van het onderzoek

Het doel van deze monitor is een eerste analyse naar de mogelijke effecten van het langer thuis wonen op de continuïteit van zorg in de zorgkantorregio. Uitgangspunt is de zorg geleverd in een instelling (intramurale zorg).

1.2.2 Scope

De monitor richt zich op zorg waarop, met het aannemen van de Wlz, aanspraak is op grond van de Wlz en de continuïteit van zorg in een zorgkantorregio.

Zorg op grond van de Wlz

Delen van de zorg die nu vanuit de AWBZ worden bekostigd, worden met de invoering van de Wlz overgeheveld naar de zorgverzekeraar (Zvw) en de gemeenten (Jeugdwet en Wmo). Het beleid is erop gericht dat mensen langer thuis kunnen blijven wonen. Zorg en ondersteuning worden – indien mogelijk – in de thuissituatie geleverd. Zorg die wordt overgeheveld naar de Zvw, Jeugdwet of naar de Wmo valt buiten de scope van dit onderzoek. Dit onderzoek heeft alleen betrekking op de zorg waarop aanspraak bestaat op grond van de Wlz.

Op het moment dat dit onderzoek werd uitgevoerd, was niet bekend dat een deel van de GGZ (knip bij 3 jaar) in de Wlz zou worden onderbracht. In deze verdiepende monitor is de GGZ daarom buiten beschouwing gelaten.

Onderstaande tabel toont een overzicht van de ZZP's die per 2015 in de Wlz vallen, met uitzondering van de langdurige GGZ.

Tabel 1: Overzicht ZZP's die in de Wlz vallen

Verpleging en verzorging	Gehandicaptenzorg						
	VV4	VG3	LVG1	SGLVG	LG2	2ZG-vis	2ZG-aud
VV5	VG4	LVG2		LG4	3ZG-vis	3ZG-aud	
VV6	VG5	LVG3		LG5	4ZG-vis	4ZG-aud	
VV7	VG6	LVG4		LG6	5ZG-vis		
VV8	VG7	LVG5		LG7			
VV9b	VG8						
VV10							

Donkerblauw: aandeel cliënten dat op termijn nog een indicatie voor deze pakket ontvangt bedraagt 50%⁶

Bron: NZa

Continuïteit van zorg in de zorgkantorregio

Continuïteit van zorg wil zeggen dat een nieuwe cliënt met een indicatie voor zorg binnen redelijke termijn (Treeknormen) en binnen redelijke afstand passende zorg ontvangt en dat bestaande cliënten de zorg behouden.⁷

Nederland is verdeeld in 32 zorgkantorregio's. Zorgkantoren hebben een verantwoordelijkheid voor continuïteit van zorg in de vorm van de wettelijke zorgplicht. Die houdt in dat zij de zorg waaraan hun verzekerden behoefte hebben in moeten (laten) leveren. Om zorg te (laten) leveren moeten zij (behoudens situaties van overmacht) 'voldoende' zorg beschikbaar hebben voor hun verzekerden. Dat doen zij primair door het inkopen van zorg. Om die reden is ervoor gekozen om de continuïteit van zorg in een zorgkantorregio te onderzoeken.

De locatie waar de zorg wordt geleverd is daarbij ondergeschikt. Zo kan het voorkomen dat de cliënt niet terecht kan bij de zorgaanbieder die hij preferereert.

1.3 Totstandkoming

Het rapport bestaat uit een kwantitatief deel en een kwalitatief deel. In de analyse van een zorgkantorregio zijn beide delen gecombineerd. De wijze waarop het onderzoek is uitgevoerd met de gebruikte (data)bronnen staat beschreven in hoofdstuk 2.

Kwantitatief deel

Op basis van financiële gegevens en de gerealiseerde productie per zorgaanbieder zijn zorgkantorregio's onderling met elkaar vergeleken. Zie hiervoor hoofdstuk 2.

⁶ Uitkomsten van het Zorgakkoord inzake VG3 en VV4 zijn in deze monitor niet meegenomen, zie brief VWS: Uitkomst begrotingsoverleg hervorming langdurige zorg (kenmerk 364302-120176-DMO).

⁷ Zie <http://www.zorgatlas.nl/thema-s/wachlijsten/wachlijsten-langdurige-zorg/achtergronddocument-treeknormen-awbz/>.

Kwalitatief deel

Voor de kwalitatieve analyse zijn gesprekken gevoerd met de zorgkantoren en brancheorganisaties (VGN, ActiZ en ZN).

1.4 Leeswijzer

In hoofdstuk 2 staat de wijze waarop dit onderzoek is uitgevoerd beschreven. Ook de gebruikte (data)bronnen staan hier genoemd. Hoofdstuk 3 beschrijft de uitkomsten van het kwantitatieve deel van het onderzoek. In hoofdstuk 4 gaat in op de uitkomsten van het kwalitatieve deel van het onderzoek. De resultaten per zorgkantoorregio worden geanalyseerd in hoofdstuk 5. In dit hoofdstuk worden ook de regio's genoemd waar volgens onze bevindingen een verhoogd risico voor de continuïteit van zorg is. Hoofdstuk 6 bevat de conclusies.

2. Methode

Dit hoofdstuk beschrijft de wijze waarop dit onderzoek is uitgevoerd.

2.1 Onderzoeksmethode

Hieronder wordt de aanpak van het onderzoek kort beschreven. Het kwantitatieve deel en kwalitatieve deel worden afzonderlijk beschreven.

2.1.1 Kwantitatief deel onderzoek

In het kwantitatieve deel van het onderzoek zijn de veranderruimte (financiële kengetallen) en veranderopdracht per zorgkantoorregio berekend. Meer informatie over de veranderruimte en veranderopdracht is te vinden in hoofdstuk 3. Voor elke individuele zorgaanbieder is de financiële positie veranderruimte, en de veranderopdracht in kaart gebracht. De meest recente financiële cijfers die beschikbaar zijn van een afgesloten boekjaar hebben betrekking op het jaar 2012. Voor dit deel van het onderzoek zijn de gegevens van de gerealiseerde productie en de gegevens uit het Jaarverslag Maatschappelijke Verantwoording gebruikt.

Gerealiseerde productie

Aan de NZa worden door zorgaanbieders en zorgkantoren jaarlijks productieafspraken van jaar t opgegeven. Naast productieafspraken worden ook jaarlijks de cijfers over de daadwerkelijk gerealiseerde zorg in jaar t-1 opgegeven, waarna de NZa de aanvaardbare kosten definitief vaststelt (nacalculatie).

Voor dit onderzoek is gebruik gemaakt van volledig nagecalculeerde budgeten van 2012. De budgeten geven naast inzicht in de aanvaardbare kosten per zorgaanbieder ook inzicht in de geleverde productievolumes en afgesproken prijzen op prestatieniveau. Deze gegevens zijn gebruikt om de veranderopdracht per zorgaanbieder te bepalen.

Jaarverslag Maatschappelijke Verantwoording (JMV)

Het CIBG stelt jaarlijks een bestand samen waarin een grote hoeveelheid financiële gegevens per concern is verwerkt. Concerns zijn op basis van de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi) verplicht om ieder jaar hun Jaarverslag Maatschappelijke Verantwoording (JMV) aan te leveren. Deze gegevens worden via verslaglegging openbaar gemaakt. Daarnaast dienen deze gegevens ook te worden ingevoerd via een webapplicatie, DigiMV. Het bestand dat hieruit voortkomt bevat een gestandaardiseerde set aan gegevens. Deze gestandaardiseerde gegevens zijn gebruikt om per concern een aantal financiële kengetallen te berekenen.

De gerealiseerde productie en het JMV zijn voor dit onderzoek aan elkaar gekoppeld. Niet voor alle zorgaanbieders die productieafspraken indienen bij de NZa is de aansluiting met het jaarverslag gevonden. Dit betekent dat – in tegenstelling tot de productieafspraken – niet voor alle zorgaanbieders de financiële kengetallen bij de NZa beschikbaar zijn.

Van de 926 zorgaanbieders, die onder de scope van deze analyse vallen, zijn er 746 gekoppeld aan een concern uit de JMV.⁸ Onder de scope van de analyse vallen alle concerns die intramurale zorg leveren en die géén GGZ-concern zijn.⁹

Uiteindelijk zijn er 603 aanbieders die zijn meegenomen in de analyse. Deze aanbieders vertegenwoordigen 82% van de totale intramurale aanvaardbare kosten.

2.1.2 Kwalitatief deel onderzoek

De kwantitatieve resultaten per zorgkantoorregio zijn voorgelegd aan het desbetreffende zorgkantoor. In de interviews met de zorgkantoren is de vraag gesteld of de kerncijfers herkenbaar zijn. Zorgkantoren hebben hiervoor de kerncijfers naast de cijfers in het Early Warning System (EWS) gelegd. In de jaarlijkse rechtmatigheidsonderzoeken van de NZa beoordeelt de NZa de werking en gebruik van het EWS door het zorgkantoor. Daarnaast is inzicht verkregen in de activiteiten die zorgkantoren en individuele zorgaanbieders ondernemen in reactie op de hervormingen, door de volgende vragen te stellen:

- Hoe staan de zorgaanbieders ervoor met de grootste marktaandelen in de regio?
- Hoe staan de zorgaanbieders ervoor met de grootste veranderopdracht?
- Voor welke aanbieders voorziet de concessiehouder problemen, en heeft dat effect op de continuïteit van de zorg in de regio?
- Welke strategieën hanteren zorgaanbieders met een grote veranderopdracht?
- Welke maatregelen neemt u als zorgkantoor?

Daarnaast heeft een overleg plaatsgevonden met ActiZ, VGN en ZN. In dit gezamenlijk overleg hebben de brancheorganisaties hun ervaringen en visie op de hervormingen in de langdurige zorg gedeeld.

Tot slot zijn er sinds de aankondiging van de beleidswijzigingen vele publicaties uitgebracht over de effecten van de hervorming in de langdurige zorg. De kennis van deze onderzoeken zijn meegenomen in dit onderzoek. Een overzicht van de publicaties is opgenomen in bijlage 1.

2.1.3 Analyse zorgkantoorregio's

Zorgkantoren hebben een verantwoordelijkheid voor continuïteit van zorg in de vorm van de wettelijke zorgplicht. Om die reden is ervoor gekozen om het effect van de maatregel langer thuis wonen op de continuïteit van zorg in een zorgkantoorregio te onderzoeken.

Zorgkantoren geven primair invulling aan de zorgplicht door het inkopen van (voldoende) zorg. In deze monitor is daarom gekeken naar het beschikbare aanbod per regio. Het is niet mogelijk in te schatten hoe het aanbod zich verhoudt tot de (toekomstige) vraag naar langdurige, intramurale zorg.

⁸ Dit betreft het aantal aanbieders die bij de NZa productieaanspraken voor intramurale zorg in dienen en zegt niets over het aantal locaties waar deze zorg wordt geleverd.

⁹ Een GGZ-concern is een concern waarvan meer dan 90% van de aanvaardbare kosten van intramurale zorg afkomstig is van GGZ zorg.

In de analyse van de individuele zorgkantorregio's komen de kwantitatieve en kwalitatieve bevindingen van de NZa samen. Bij het analyseren van de risico's voor de continuïteit van zorg in een zorgkantorregio gaat het om de interpretatie van de kerncijfers. Dit is temeer van belang omdat de meest recent beschikbare cijfers betrekking hebben op het jaar 2012. De feitelijke situatie voor een regio of aanbieder kan in de periode daarna zijn gewijzigd.

De combinatie van zowel de kwantitatieve als de kwalitatieve analyse is de grondslag voor de uitkomsten van de analyse van zorgkantoren. Op basis hiervan is een schatting gemaakt van het mogelijke risico van het langer thuis wonen voor de continuïteit van Wlz-zorg. Het karakter van deze analyse moet nadrukkelijk gezien worden als een risico-inventarisatie.

3. Kwantitatieve analyse

Dit hoofdstuk geeft een overzicht van de veranderopdracht (paragraaf 3.1) en veranderruimte (paragraaf 3.2) van de zorgaanbieders die gehandicaptenzorg en/of ouderenzorg leveren. In dit hoofdstuk worden de begrippen veranderopdracht en veranderruimte toegelicht.

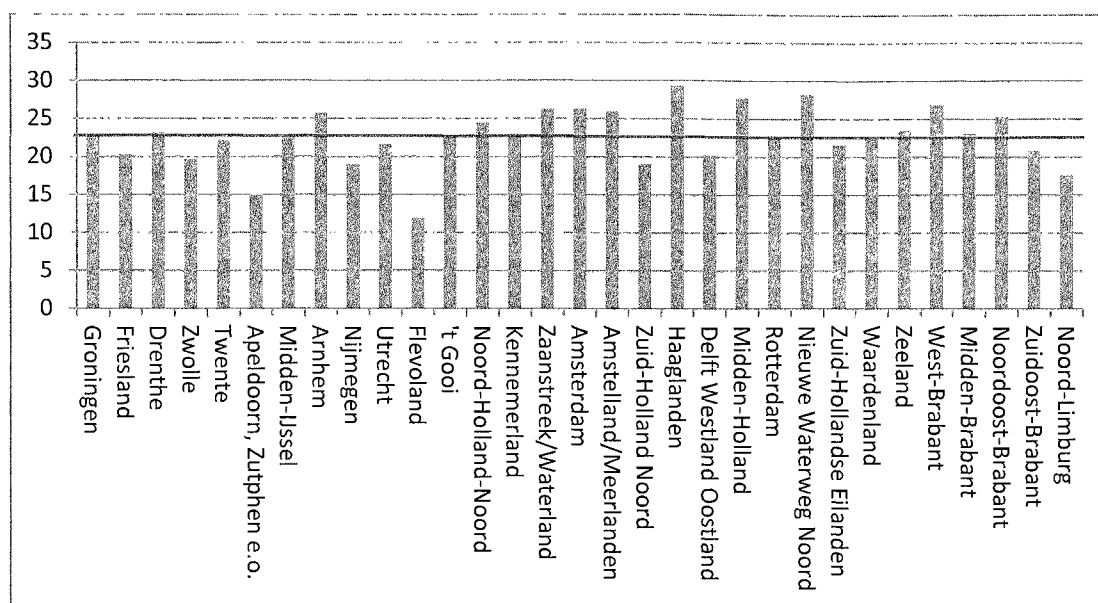
3.1 Veranderopdracht

Voor deze verdiepende monitor is de omvang van de productiewijziging voor individuele aanbieders, maar ook op geaggregeerd niveau, kwantitatief in kaart gebracht. Dit hebben we gedaan door de veranderopdracht te berekenen. De veranderopdracht is de productie die op termijn wegvalt door de maatregel langer thuis wonen uitgedrukt als percentage van de gerealiseerde intramurale productie 2012.

Voor een aantal ZZP's (zie tabel 1) worden nu of per 2015 geen nieuwe indicatie afgegeven. Voor zorgaanbieders houdt dit in dat nieuwe cliënten geen verzekerd recht meer hebben op deze zorg waardoor de vraag naar verwachting zal dalen. Zorgaanbieders met een productmix met relatief veel lichte ZZP's, hebben een grote veranderopdracht.

De veranderopdracht geeft slechts een indicatie voor de verandering waar een zorgaanbieder voor staat. Het is geen financiële waarde maar een percentage van het aantal dagen dat wegvalt. Het wegvallen van productie leidt potentieel tot een daling van de omzet. Zorgaanbieders kunnen de omzetsderving tegengaan door bijvoorbeeld (extra) productie extramurale zorg te leveren en/of zwaardere cliënten in zorg te nemen. Dit is echter afhankelijk van individuele keuzes en mogelijkheden. Met deze factoren is bij het bepalen van de veranderopdracht geen rekening gehouden.

Landelijk is de veranderopdracht 23%. Dit is te zien in figuur 1. De landelijk veranderopdracht voor de ouderenzorg en gehandicaptenzorg bedraagt 32% respectievelijk 11%.

Figuur 1: Veranderopdracht per zorgkantorregio en landelijk

Bron: NZa

Figuur 1 laat zien dat de veranderopdracht verschilt tussen zorgkantorregio's. Deze verschillen worden veroorzaakt door de optelling van de verschillen in veranderopdracht van individuele zorgaanbieders. Zoals eerder genoemd komen deze verschillen voort uit de productmix van individuele zorgaanbieder. Zorgaanbieders met in verhouding veel lage ZZP's hebben een grotere veranderopdracht.

3.2 Veranderruimte

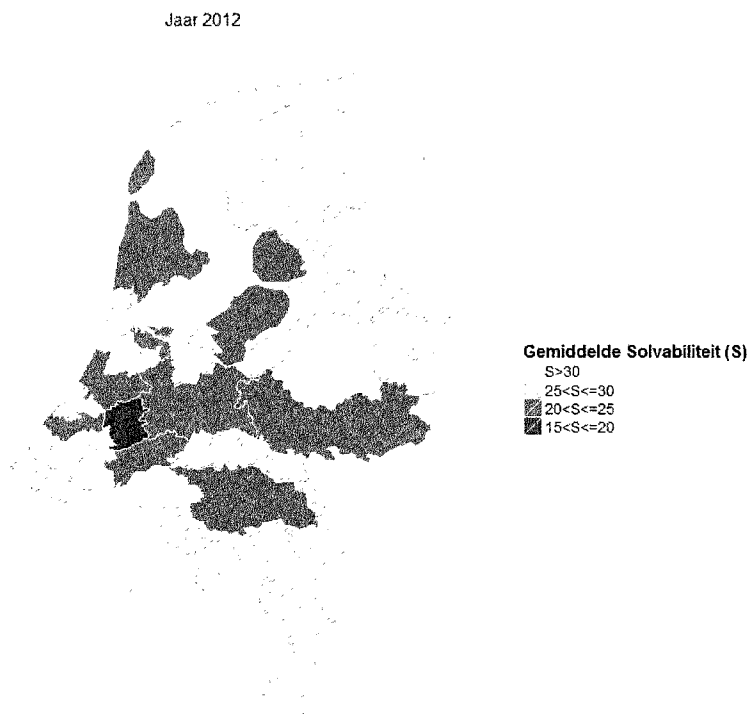
De solvabiliteit (eigen vermogen/totale activa) van een zorgaanbieder is gekozen als maatstaf voor de veranderruimte van een zorgaanbieder. De solvabiliteit van een zorgaanbieder is de mate waarin een onderneming kan voldoen aan de financiële verplichtingen van de verschaffers van vreemd vermogen. Ook is gekeken naar de liquiditeit, het weerstandsvermogen en de rentabiliteit van de zorgaanbieder. Als indicator van de veranderruimte gebruiken we in dit rapport de solvabiliteit. De veranderruimte geeft daarmee een indicatie van de financiële mogelijkheden van een zorgaanbieder om zich – indien nodig – te kunnen herpositioneren. Verandering kost immers tijd en geld.

De solvabiliteit per zorgaanbieder is berekend op basis van gegevens uit het DigiMV (2012). Voor de scope van dit onderzoek zijn 603 aanbieders waarvan de jaarcijfers bij de NZa bekend zijn. De gewogen gemiddelde solvabiliteit van de totale groep aanbieders bedroeg in 2012 27%.

De gewogen gemiddelde solvabiliteit per zorgkantorregio is berekend door de totale eigen vermogen te delen door de activa in een zorgkantorregio. Hierbij wordt gecorrigeerd voor de omvang van een aanbieder. Het eigen vermogen en de activa van bovenregionale concerns zijn gesplitst naar verhouding van de aanvaardbare kosten (AK) van de instellingen die behoren tot het desbetreffende concern. In onderstaand figuur is de gewogen gemiddelde solvabiliteit per zorgkantorregio weergegeven. Hierbij moet de kanttekening worden gemaakt dat van relatief veel zorgaanbieders in de regio's Friesland,

Zaanstreek-Waterland en Drenthe en Noord Holland Noord bij de NZa de financiële gegevens niet digitaal beschikbaar zijn.¹⁰ Zie bijlage 2 voor een overzicht per zorgkantoorregio.

Figuur 2: Gemiddelde solvabiliteit per regio



Bron: NZa

3.3 Positie individuele zorgaanbieders

De veranderopdracht en veranderruimte is voor iedere zorgaanbieder anders. In onderstaande tabel is de gemiddelde veranderopdracht naar omvang van de zorgaanbieder opgenomen per sector.

Tabel 3: Veranderopdracht per sector, naar omvang van instelling

	Omvang GHZ zorgaanbieder	Veranderopdracht ¹¹	
		VV	GHZ
Klein	AK < € 10 mln	44,8%	17,9%
Middel klein	AK € 10-50 mln	32,4%	11,6%
Middel groot	AK € 50-100 mln	28,9%	10,9%
Groot	AK > € 100 mln	26,5%	10,6%

Bron: NZa

¹⁰ Van deze regio's was voor een beperkt deel van de omzet (minder dan 60%) de koppeling te maken tussen de veranderopdracht en de financiële cijfers. Dit wordt veroorzaakt door de gehanteerde budgetbeperkingen.

¹¹ Dit betreft de ongewogen gemiddelde veranderopdracht

Uit de tabel blijkt dat de gemiddelde veranderopdracht voor kleine zorgaanbieders hoog is ten opzichte van de veranderopdracht van zorgaanbieders met een grotere omvang. De hoogste gemiddelde veranderopdracht in de GHZ is een stuk lager dan in de laagste gemiddelde opdracht in de V&V.

Tabel 4 geeft een overzicht van de solvabiliteit naar omvang van de instelling per sector. Uit de tabel blijkt dat de gemiddelde solvabiliteit van kleine zorgaanbieders hoger is dan de solvabiliteit van grotere zorgaanbieders. Ook de spreiding van de solvabiliteit is bij de kleine en middel kleine zorgaanbieders hoger dan bij de middel grote en grote zorgaanbieders.

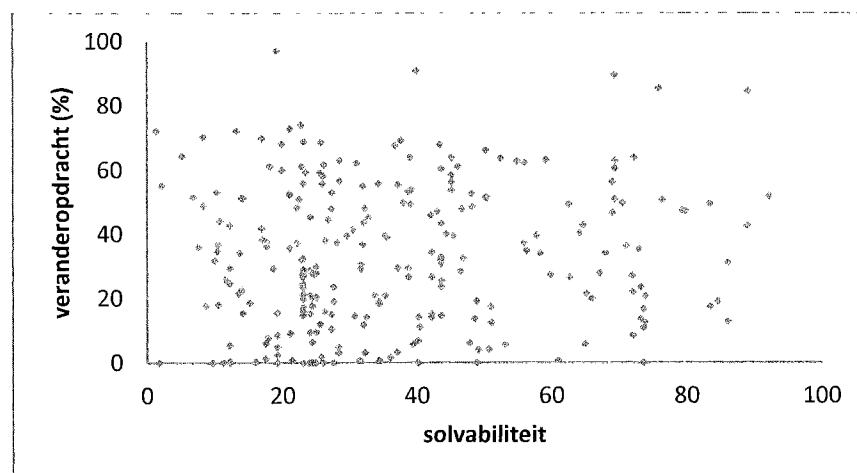
Tabel 4: Veranderruimte, per sector naar omvang van instelling

Omvang zorgaanbieder		Veranderruimte (solvabiliteit ¹²)	
		VV	GHZ
Klein	AK < € 10 mln	38,8	37,1
Middel klein	AK € 10-50 mln	35,5	32,4
Middel groot	AK € 50-100 mln	26,0	29,4
Groot	AK > € 100 mln	28,3	28,3

Bron: NZa

De figuren 3 tot en met 6 tonen per categorie de solvabiliteit en veranderopdracht. In de categorie 'kleine instellingen' is de spreiding in solvabiliteit en veranderopdracht groot. Figuur 3 toont dat spreiding in veranderopdracht reikt van 0% tot bijna 100%. Hoe groter de omvang van de aanbieder, hoe lager de gemiddelde veranderopdracht, en hoe kleiner de spreiding. Dit geldt ook wanneer we naar de solvabiliteit kijken.

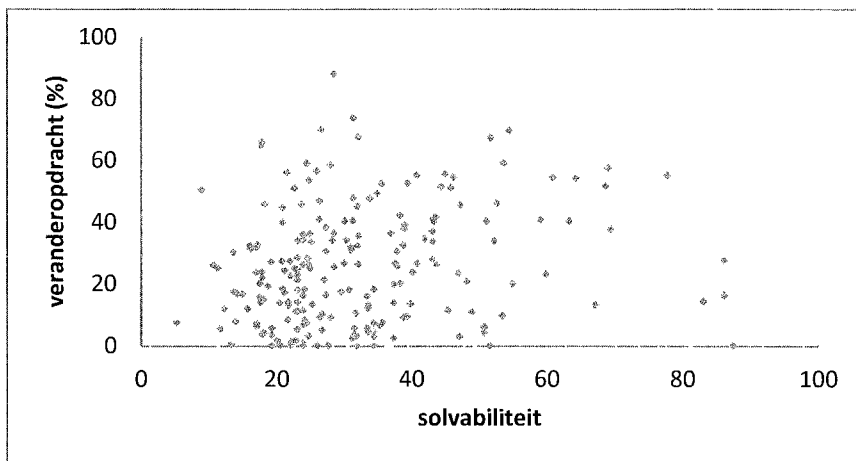
Figuur 3: Veranderopdracht en solvabiliteit kleine aanbieders



Bron: NZa

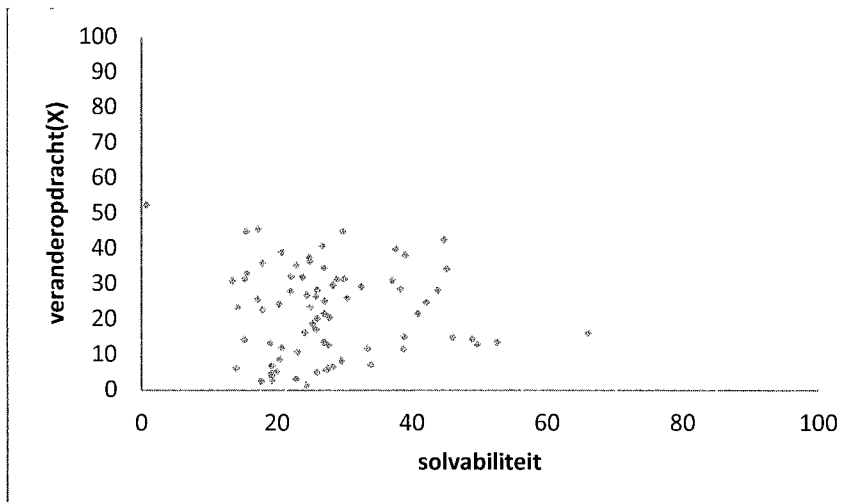
¹² Betreft de ongewogen gemiddelde solvabiliteit.

Figuur 4: Veranderopdracht en solvabiliteit middel kleine aanbieders



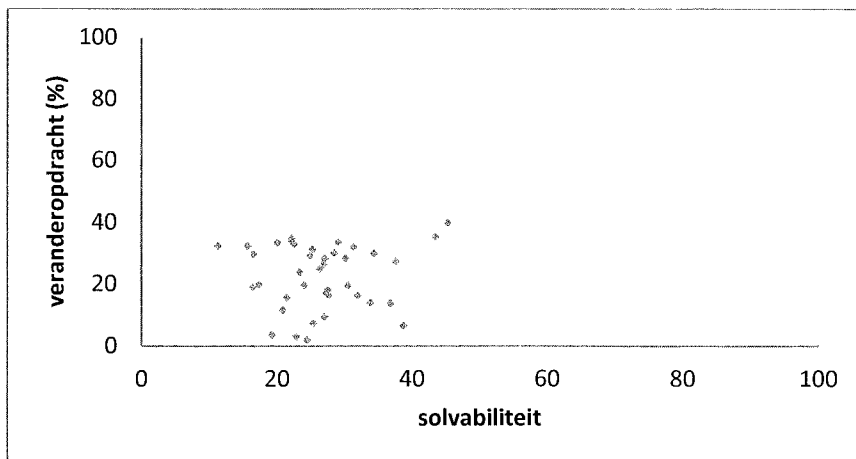
Bron: NZa

Figuur 5: Veranderopdracht en solvabiliteit middel grote aanbieders



Bron: NZa

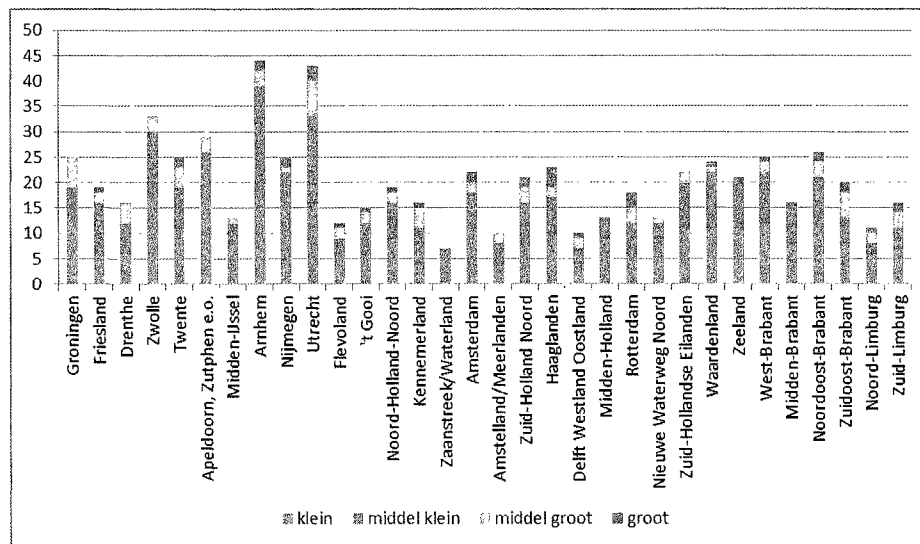
Figuur 6: Veranderopdracht en solvabiliteit grote aanbieders



Bron: NZa

Kleine aanbieders bevinden zich verspreid over het land.¹³ De regio Arnhem heeft relatief veel kleine aanbieders. De regio's Delft Westland Oostland en Kennemerland relatief weinig. Ook de kleine instellingen met een veranderopdracht groter dan 30% bevinden zich verspreid over heel Nederland.

Figuur 7: Spreiding kleine aanbieders (in aantallen)



Bron: NZa

¹³ Het betreft hier de zorgaanbieder waarvan de NZa de koppeling heeft kunnen maken tussen DigiMV en de aangeleverde productieafspraken van aanbieders en zorgkantoren (zie hoofdstuk 2).

4. Kwalitatieve analyse

Dit hoofdstuk bevat de resultaten van de interviews gehouden met de zorgkantoren, brancheorganisaties en zorgaanbieders. Ook resultaten van reeds bestaand onderzoek is meegenomen in dit onderdeel. Zie voor een overzicht van deze onderzoeken in bijlage 1. De resultaten zijn belangrijk als aanvulling op de cijfers genoemd in hoofdstuk 3.

4.1 Sector

De gehandicapten- en ouderenzorg verschillen in een aantal opzichten van elkaar, waardoor de geplande maatregelen per sector anders uitpakken. Een aantal verschillen tussen de gehandicaptensector en ouderenzorg wordt hier toegelicht.

4.1.1 Verblijfsduur

De veranderopdracht in de ouderenzorg en gehandicaptenzorg bedraagt gemiddeld 32% respectievelijk 11%. De termijn waarop de omslag moet worden gemaakt, is niet exact vast stellen. Langer thuis wonen wordt geleidelijk ingevoerd door de betreffende ZZP's voor nieuwe cliënten niet langer te indiceren, maar de zorg en ondersteuning thuis te bieden. Bestaande cliënten houden hun rechten, met de daarbij behorende indicaties. Concreet betekent dit dat zorgaanbieders met leegstand worden geconfronteerd op het moment dat een bewoner overlijdt of verhuist en op de vrijgekomen plaats geen nieuwe cliënt komt. De gemiddelde verblijfsduur van een bewoner in een instelling in de gehandicaptenzorg is langer dan in de ouderenzorg. Om die reden zal een instelling met ouderenzorg sneller met leegstand te maken krijgen. De combinatie van een hogere veranderopdracht en een kortere verblijfsduur van bestaande cliënten, betekent dat VV-instellingen sneller een omslag moet maken in hun organisatie dan GHZ-instellingen. Hier staat tegenover dat met de vergrijzing mogelijk zorgverzwaring zal plaatsvinden. Op termijn kan dit leiden tot een grotere vraag naar (zwaardere) intramurale V&V zorg.

4.1.2 Aard vastgoed

De maatregel langer thuis wonen kan leiden tot leegstand (van locaties) bij aanbieders. Minder cliënten als gevolg van een beperktere verzekeringsaanspraak, betekent behoudens zorgverzwaring en vergrijzing, dat minder capaciteit nodig is. In de gehandicaptenzorg is van oudsher een onderscheid te maken in twee 'soorten' vastgoed, de traditionele instellingsterreinen en kleinschalig vastgoed in de wijk. Voor de ouderenzorg is veelal sprake van zorginstellingen in woonwijken.

Het effect van de maatregel in de GHZ en VV verschilt doordat de alternatieve aanwendingsmogelijkheden van kleinschalig vastgoed over het algemeen groter zijn dan van grootschalig vastgoed. Zorgkantoren geven aan dat binnen de gehandicaptenzorg daardoor waarschijnlijk een beweging opgang zal komen waarbij de intramurale gehandicaptenzorg wordt geconcentreerd op de grote instellingsterreinen. Het kleinschalige vastgoed in de wijk wordt afgestoten of ingezet voor het scheiden van wonen en zorg. In de gehandicaptenzorg zullen relatief veel locaties in de wijk op een andere wijze gebruikt en bekostigd gaan worden. De ouderenzorg kent naar verhouding veel grootschalig vastgoed.

Grootschalig vastgoed heeft relatief minder goede alternatieve aanwendingsmogelijkheden.

4.1.3 Overige maatregelen

Naast de maatregel langer thuis wonen, hebben de twee sectoren met verschillende hervormingsmaatregelen te maken. Zorgaanbieders van gehandicaptenzorg zullen vooral te maken krijgen met de overheveling van begeleiding en daarmee de dagbesteding naar de Wmo. Deze overheveling gaat samen met een substantiële budgetkorting. Zorgaanbieders krijgen hierdoor te maken met een veelvoud aan onderhandelingspartners (gemeenten) voor de inkoop van deze zorg. De effecten van deze maatregel voor de sector en voor individuele zorgaanbieders zijn sterk afhankelijk van lokale besluitvorming en zijn niet in te schatten.

Voor de ouderenzorg is naast de maatregel langer thuis wonen de overheveling van verpleging en persoonlijke verzorging naar de Zorgverzekeringswet de grootste wijziging. Ook deze overheveling gaat samen met een budgetkorting, maar deze is aanzienlijk kleiner dan de korting op begeleiding. Daarnaast is de inkoop van deze zorg door zorgverzekeraars waarschijnlijk meer vergelijkbaar met de huidige inkoop onder de AWBZ dan de inkoop door gemeenten.

4.2 Zorgaanbieders

Of en wanneer een individuele zorgaanbieder in de problemen komt, is niet te voorspellen. Dit hangt te veel af van individuele factoren. Zorgkantoren noemen in de interviews een aantal bepalende factoren. Dit zijn de houding van het bestuur van een zorgaanbieder en kwaliteit en flexibiliteit van het vastgoed. Hieronder wordt dit kort toegelicht.

4.2.1 Houding van bestuur

Zorgkantoren zijn van mening dat de aanwezigheid van een goed bestuur met visie bepalend is voor het succes van een zorgaanbieder. Ze onderscheiden twee uitersten in de houding van bestuurders. Aan de ene kant bestuurders die hebben geanticipeerd op de wijzigingen in de langdurige zorg en aan de andere kant bestuurders met een afwachtende houding. De eerste groep is voorbereid op de toekomst, bijvoorbeeld door vastgoed versneld af te schrijven of over te gaan op kortdurende huurcontracten. De tweede groep zal volgens de zorgkantoren hard aan de slag moeten.

4.2.2 Kwaliteit en flexibiliteit vastgoed

Zorgaanbieders kunnen door de maatregel langer thuis wonen geconfronteerd worden met leegstand van capaciteit. Door de invoering van de prestatiebekostiging ontvangen zorgaanbieders geen vergoeding voor leegstaande plaatsen. Wel zal tijdens de overgangsjaren van de NHC invoering t/m 2017 een geleidelijk afnemend percentage van de kapitaallasten – ook in het geval van leegstand – via nacalculatie worden vergoed. Dit zorgt voor een dempend effect.

De fase van de levenscyclus waarin bestaand vastgoed in de AWBZ zich bevindt is zeer divers. Het aantal locaties en panden is groot en verschilt sterk per zorgaanbieder. Dit geldt ook voor de leeftijd, omvang, kwaliteit en ligging van de panden. Voor sommige panden is een alternatieve inzet mogelijk, andere panden worden afgestoten. Zorgkantoren geven aan

dat bij de zorginkoop de kwaliteit van het vastgoed een belangrijkere rol krijgt. Bijvoorbeeld, meerpersoonskamers worden niet meer ingekocht, terwijl zorg wel wordt ingekocht bij nieuw, recente gebouwde locaties die voldoen aan de huidige maatstaven.

4.2.3 Overige factoren

De mate waarin zorgaanbieders mogelijk worden geconfronteerd met de effecten van het langer thuis wonen, hangt ook samen met enkele overige factoren:

- De wachtlijsten. Enkele regio's kennen een wachtlijst met actief wachtenden. Deze potentiële cliënten hebben al een indicatie. Zolang er wachtenden zijn en er voldoende plaatsen worden ingekocht door zorgkantoren, kunnen plaatsen bij aanbieders worden gevuld.
- Zorgaanbieders kunnen de samenwerking met gemeenten of woningcorporaties zoeken, om leegkomende capaciteit in te zetten voor andere doeleinden.
- De wijze waarop zorgaanbieders het personeelsbestand hebben vormgegeven. Wanneer een aanbieder minder zorg levert, is er minder personeel nodig. Wanneer een zorgaanbieder veel vast personeel in dienst heeft, levert het verkleinen van het personeelsbestand frictiekosten op.

4.3 Beschikbaarheid alternatieve zorgaanbieders

Uit de media en uit verschillende onderzoeken blijkt reeds dat enkele zorgaanbieders één of meerdere locaties moeten sluiten.¹⁴ Dit hoeft voor de continuïteit van de zorg in de regio geen probleem te zijn zo lang een andere zorgaanbieder de zorg aan deze cliënten kan overnemen.

De mate waarin er sprake kan zijn van overname van cliënten van een aanbieder in de regio, hangt onder andere samen met het aantal zorgaanbieders in een regio en de omvang van de aanbieder. Indien het aanbod van intramurale zorg in een regio beperkt is tot enkele aanbieders zijn bij problemen bij één aanbieder minder alternatieven beschikbaar dan in een regio waar veel zorgaanbieders zijn.

De mate van concentratie kan worden aangegeven door de Herfindahl-Hirschman index (HHI).¹⁵ De NZa gaat er van uit dat in de regel een concentratie een goede werking van de markt kan belemmeren, indien de HHI hoger is dan 2.000 punten. Wanneer de hoogte van de HHI lager is dan 1.000, wordt gesproken van een niet-geconcentreerde markt.

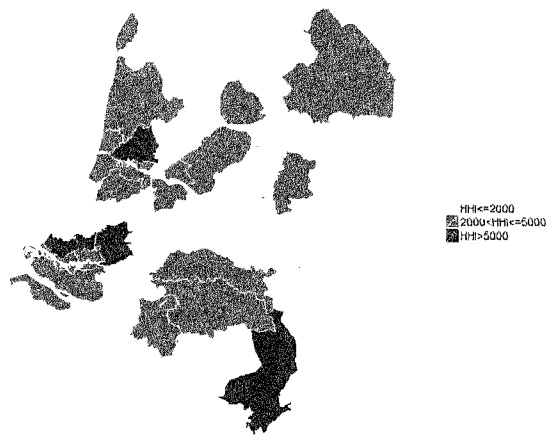
Figuren 8 en 9 geven de mate van concentratie aan voor de sectoren V&V en GHZ voor elke regio. In de GHZ zijn zes regio's met een concentratiegraad lager dan 2.000 punten, zes regio's hebben een concentratiegraad hoger dan 5.000 punten. In de V&V is over het algemeen de concentratiegraad lager dan in de GHZ. Vier regio's hebben een concentratie hoger dan 5.000 punten, 14 regio's hebben een concentratiegraad lager dan 2.000 punten.

¹⁴ Zie bijvoorbeeld het overzicht van gesloten locaties, gepubliceerd door Berenschot, april 2014.

¹⁵ De hoogte van de Herfindahl-Hirschman index (HHI index) wordt bepaald door de marktaandeelen van alle aanbieders te kwadrateren en bij elkaar op te tellen. De waarde van de HHI index is tussen 0 en 10.000. De hoogste waarde geeft aan dat er maar één aanbieder op de markt is, terwijl lage waardes een indicatie zijn voor een concurrerende markt.

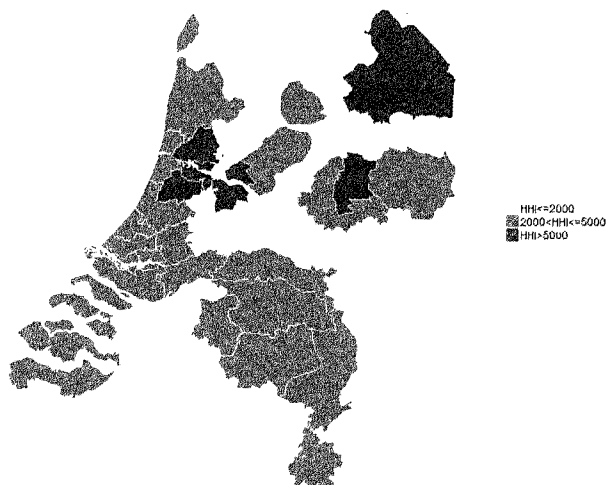
Naast een kwantitatieve inschatting van de capaciteit en het aantal aanbieders in een regio nemen zorgkantoren ook andere aspecten mee in hun overwegingen. Ten eerste zegt de regionale concentratie niet alles over de spreiding van het zorgaanbod. Zeker voor de minder gespecialiseerde zorg is het in praktijk van belang dat er in alle delen van de regio aanbod beschikbaar is. Verder speelt de diversiteit van het aanbod mee. Dit heeft onder andere betrekking op de levensbeschouwelijke oriëntatie van aanbieders en op de vormgeving van de huisvesting (grote/kleine aanbieders, stedelijk/landelijk, groepswonen/kleinschalig wonen).

Figuur 8: Concentratiegraad ouderenzorg per regio



Bron: NZa

Figuur 9: Concentratiegraad gehandicaptenzorg per regio



Bron: NZa

5. Analyse zorgkantorregio's

In dit hoofdstuk zijn de resultaten van de analyses en beoordelingen op zorgkantoorniveau weergegeven.

5.1 Aandachtregio's

Voor de analyse van zorgkantorregio's in dit hoofdstuk is gebruik gemaakt van de bevindingen als beschreven in hoofdstuk 3 en 4. In dit hoofdstuk zijn de bevindingen per regio samengebracht en geanalyseerd.

Om een regio als aandachtregio te kwalificeren zijn alle regio's apart beoordeeld. De uitkomsten van deze exercitie zijn géén harde feiten, maar hebben het karakter van een risico-inventarisatie. Of zich daadwerkelijk problemen met de continuïteit van de zorg voordoen, is enkel achteraf vast te stellen.

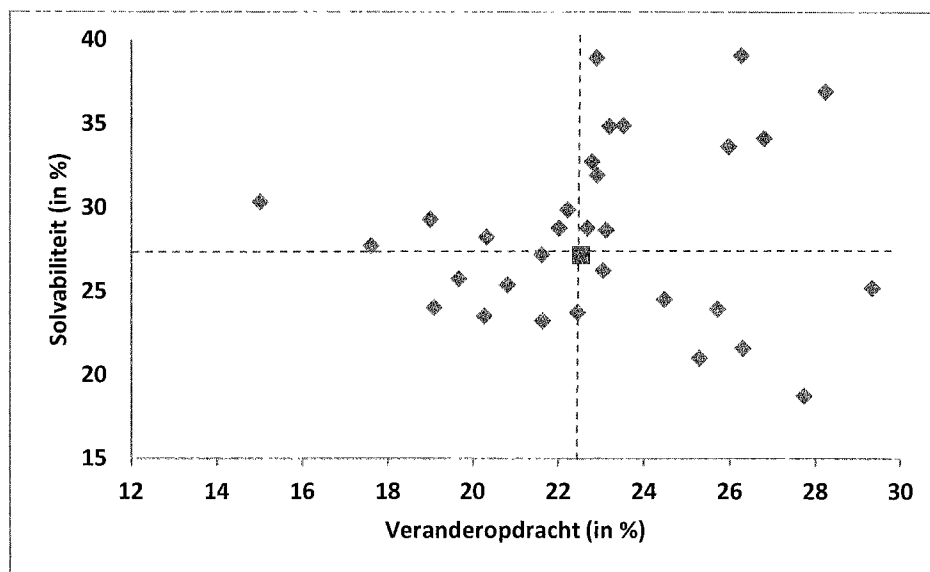
5.1.1 Kwalificering aandachtregio

Een groot aantal factoren is van invloed op de continuïteit van zorg in een regio. De optelsom van de uitkomsten per factor bepaalt het werkelijke risico. Daarbij speelt mee dat veel factoren elkaar onderling beïnvloeden en niet los van elkaar te interpreteren zijn. Per regio is dan ook een algeheel oordeel gegeven, in plaats van een optelsom van deelfactoren. In het vervolg van dit hoofdstuk is aangegeven welke stappen zijn ondernomen om tot een conclusie per zorgkantorregio te komen.

Kwalificering op basis van veranderopdracht en -ruimte

De eerste stap is een voorselectie van regio's met een verhoogd risicoprofiel. Hiervoor zijn alle regio's onderscheiden naar gemiddelde solvabiliteit en gemiddelde veranderopdracht en onderling met elkaar vergeleken. Dit is weergegeven in Figuur 10. De lijnen in de grafiek tonen de landelijk gemiddelde solvabiliteit en de landelijk gemiddelde veranderopdracht.

Figuur 10: Scores zorgkantoorregio's voor de kenmerken gemiddelde solvabiliteit en gemiddelde veranderopdracht



Bron: NZa

Het kwadrant rechtsonder in de grafiek toont de zorgkantoorregio's met relatief gezien de grootste veranderopdracht en laagste solvabiliteit. Dat betekent niet dat deze regio's direct een risico hebben met betrekking tot de continuïteit van zorg. Om een dergelijke conclusie te trekken, is meer informatie nodig. Enerzijds omdat solvabiliteit en veranderopdracht op zichzelf niets zeggen over de toekomstbestendigheid van de organisaties, anderzijds omdat de meting van de solvabiliteit en veranderopdracht zijn beperkingen kent.

Een in dit kader relevante beperking aan de methodiek is dat niet in alle gevallen de gegeven kengetallen volledig representatief zijn voor de stand van zaken van een organisatie. Als voorbeeld: In één van de regio's die in het kwadrant rechtsonder valt heeft de marktleider (>20% marktaandeel) een solvabiliteit van 11%. Bij bestudering van de jaarrekening van de zorgaanbieder blijkt dat het vastgoed in een ander consortium is ondergebracht, waardoor de werkelijke vermogenspositie van deze instelling en de regio veel beter is, dan lijkt.

Dergelijke vertekeningen komen vaker voor. Naast de juridische constructie zijn resultaten regelmatig vertekend door incidentele baten en lasten. Voorbeelden daarvan zijn: voorzieningen voor frictiekosten naar aanleiding van reorganisaties, afwaarderingen van het vastgoed of opbrengsten uit de verkoop van bedrijfsonderdelen. Vertekening vindt ook plaats doordat niet direct te zien is hoeveel van de omzet van een organisatie voortkomt uit intramurale zorg. Waar nodig is dit gecontroleerd in jaarrekeningen en/of NZa-cijfers. Hierbij constateren we verschillen tussen de jaarrekeningen en gegevens in DigiMV. Door de beperkingen in de gebruikte data kunnen op basis van de grafiek geen conclusies getrokken worden.

Samenhang tussen verschillende criteria

In de volgende stap is gekeken naar de samenhang tussen verschillende aandachtspunten per regio die uit onze eigen analyse en uit de interviews naar voren komen. De volgende punten zijn daarbij in overweging genomen: informatie uit interviews met zorgkantoren,

concentratie in de markt, aanwezigheid van een risico-aanbieder en de beschikbare capaciteit in een regio. Hieronder zal dit kort besproken worden.

- Informatie uit de interviews
De cijfermatige analyses zijn besproken met alle zorgkantoren. Met zorgkantoren is tevens de stand van zaken van aanbieders in afzonderlijke zorgkantoorregio's besproken. De gesprekken hebben inzicht verschaft in verschillende zaken die van belang zijn voor de interpretatie van de cijfers, zoals:
 - het inkoopbeleid van zorgkantoren;
 - de strategie van zorgaanbieders;
 - de spreiding en diversiteit van aanbieders;
 - inzicht in het vastgoedpositie;
 - resultaten van het Early Warning Systeem.

- Concentratie van de markt
De concentratie van de markt is een belangrijk gegeven voor de flexibiliteit van het aanbod in een regio. Het geeft een duiding of een slechte uitgangspositie van individuele aanbieders gevolgen kan hebben voor de regio als geheel. De concentratie is op twee manieren gemeten: de concentratie in de gehele regio (HHI) en het marktaandeel van de vier grootste zorgaanbieders (C4).

- Aanwezigheid risico-aanbieder
Het kan voorkomen dat een aanbieder voor de zorg aan cliënten in een regio van belang is, bijvoorbeeld als gevolg van hun marktaandeel. Als deze aanbieder problemen krijgt door de hervormingen, dan is dit een aandachtspunt voor zorgkantoren. Wij hebben zelf mogelijke risico's in kaart gebracht op basis van een data-analyse en dit gedeeld met zorgkantoren in de interviews (zie paragraaf 5.1.2). Zorgkantoren hebben meer zicht op de werkelijke en actuele situatie van een zorgaanbieder dan de NZa.

- De capaciteit in een regio
Op basis van inwonersaantallen en capaciteit is de intramurale capaciteit per 10.000 75+'ers voor de ouderenzorg en per 10.000 inwoners voor de gehandicaptenzorg berekend. Dit cijfer moet voorzichtig worden geïnterpreteerd, omdat capaciteit voor een deel historisch is bepaald. In aanvulling op de marktconcentratie, de veranderopdracht en de interviewresultaten geeft het wel meer duiding aan de resultaten. Het laat zien of er ten algemene naar verhouding veel of weinig capaciteit beschikbaar is in een regio en in deze zin dus ook of het verdwijnen van plaatsen kan leiden tot een (te) laag aanbod.

Geen enkel criterium op zichzelf is beslissend voor het eindoordeel over een regio. In veel gevallen zijn de dwarsverbanden tussen de verschillende criteria leidend voor ons eindoordeel. Te denken valt aan de volgende twee voorbeelden:

- 1. In één geval is het risico voor de continuïteit van zorg lager ingeschat dan uit de cijfers naar voren kwam. Het zorgkantoor kon adequaat verklaren hoe de cijfers geïnterpreteerd moesten worden en hoe zij er op inspeelden.
- 2. Een ander voorbeeld is de wijze waarop de marktconcentratie is beoordeeld. Over het algemeen is het uitgangspunt dat een hoge concentratie meer risico's betekent voor de continuïteit van zorg. In een dergelijke markt hebben eventuele faillissementen namelijk een groter effect door de beperkte beschikbaarheid van alternatief aanbod. Echter, als alleen een kleine aanbieder slecht presteert in een

geconcentreerde markt hebben we de risico's voor de continuïteit van zorg laag ingeschat. In een dergelijk geval heeft het verdwijnen van de kleine aanbieder een klein effect op de regio.

Los van bovenstaande aandachtspunten is op regioniveau gekeken naar de stand van zaken bij twee categorieën aanbieders in een regio: (1) de financiële positie van de marktleiders in een regio en (2) de omvang/marktaandeel van de aanbieders die er financieel minder goed voor stonden in 2012. Als de resultaten daartoe aanleiding gaven, is de jaarrekening en het jaarverslag van de betreffende aanbieders bekeken.

5.1.2 Typering aandachtregio's

De conclusies in dit hoofdstuk over de continuïteit van zorg worden geformuleerd op regioniveau. Voor de beoordeling vergelijken we regio's ten opzichte van elkaar. Twee aspecten kunnen leiden tot het kwalificeren van een regio tot aandachtregio:

- 1. Algemeen verhoogd risico voor de continuïteit van zorg
- 2. Verhoogd risico door individuele aanbieder

Ad 1. Algemeen verhoogd risico voor de continuïteit van zorg

Een regio valt in deze categorie als zowel qua veranderopdracht als solvabiliteit de regio onder het landelijk gemiddelde presteert. Daarnaast wordt gekeken naar de financiële positie van individuele (grote) aanbieders, de regionale marktconcentratie en verklaringen van het zorgkantoor. Tezamen wordt een schatting gemaakt van het risico. Alleen de regio's waar volgens onze bevindingen een verhoogd risico voor de continuïteit van zorg is én die scoren in het kwadrant rechtsonder in figuur 10 vallen in deze categorie.

Ad 2. Verhoogd risico door individuele risico-aanbieder

In deze categorie vallen regio's die niet beneden gemiddeld scoren op zowel solvabiliteit als veranderopdracht (hooguit op één van beiden). Wel zijn er in deze regio's individuele zorgaanbieder die aandacht behoeven. Als deze aanbieders in de problemen komen, kan dit leiden tot een verhoogd risico op problemen in de continuïteit van zorg in de regio.

We hebben een aantal criteria opgesteld om een zorgaanbieder te kunnen kwalificeren als een aanbieder die bij een eventueel faillissement tot problemen kan leiden voor de continuïteit van zorg in de regio. Het eerste criterium is gerelateerd aan de omvang van de zorgaanbieder. Wanneer een zorgaanbieder met veel intramurale capaciteit in problemen komt, is het de vraag is of deze capaciteit opgevangen kan worden door andere zorgaanbieder in de regio. Het vergt een forse inspanning van het zorgkantoor om te borgen dat de continuïteit van zorg niet in gevaar komt. Met het tweede en derde criterium wordt een inschatting gegeven van het risico dat een zorgaanbieder in problemen komt.

Deze mogelijke risico-aanbieder zijn als volgt gedefinieerd:

- | | |
|------------|---|
| Criteria 1 | aanbieder met een budget groter dan € 50 miljoen; of, aanbieder met een marktaandeel van meer dan 10 % op de regionale intramurale markt; |
| Criteria 2 | aanbieder met een solvabiliteit van minder dan 15%; |
| Criteria 3 | aanbieder met een veranderopdracht hoger dan 30%. |

Criteria 1

Aanbieder met een budget groter dan € 50 miljoen of aanbieder met een marktaandeel van meer dan 10% op de regionale intramurale markt.

De omvang van een instelling zegt iets over het risico op problemen in de continuïteit van zorg, wanneer een instelling failliet gaat. De omvang van een aanbieder benaderen we zowel relatief als absoluut:

- Relatief: De relatieve omvang is gemeten via het marktaandeel. Het marktaandeel toont de mate waarin vervangende intramurale capaciteit in een regio beschikbaar is. De grens is arbitrair op 10% gesteld, uitgaande van de veronderstelling dat het niet eenvoudig zal zijn om deze capaciteit elders op te vangen.
- Absoluut: De absolute omvang zegt iets over het aantal cliënten dat moet verhuizen, indien een zorgaanbieder de zorg niet meer kan leveren. Hoe groter de omvang, hoe groter de organisatorische uitdaging om dit goed voor elkaar te krijgen. De grens die hiervoor wordt gehanteerd is arbitrair gezet op 50 miljoen, uitgaande van de gedachte dat bij een faillissement van een dergelijke organisatie zonder overname enkele honderden cliënten moeten verhuizen.

Criterion 2

Aanbieders met een solvabiliteit van minder dan 15%.

De tweede indicator is de financiële buffer, de solvabiliteit. De norm is op 15% gesteld. Dit is de norm die het Waarborgfonds hanteert als grens voor het financieren van investeringen.

Criterion 3

Aanbieders met een veranderopdracht hoger dan 30%

De veranderopdracht meet het effect van de maatregel langer thuis wonen. Hiervoor is de grens gesteld op 30%. Dat wil zeggen dat uitgaande van de realisatie 2012, de aanbieder 30% van zijn intramurale aanvaardbare kosten verliest door de maatregel langer thuis wonen. Nadrukkelijk moet worden gesteld dat eventuele nieuw te generen omzet hierin niet is meegenomen. De gedachte achter dit criterium is dat zorgaanbieders met een veranderopdracht van meer dan 30% een forse verandering moeten inzetten.

Aanbieders zijn gescoord op de drie criteria. Wanneer een zorgaanbieder aan alle drie criteria voldoet, is de aanbieder volgens onze bevindingen aangemerkt als risico-aanbieder. In dergelijke gevallen is ook de jaarrekening bekeken als extra bron van informatie en ter controle van de cijfers. Welk effect een risico-aanbieder in een regio heeft op de continuïteit van zorg is niet te bepalen. Bij een eventueel faillissement is er mogelijk een overname. Hoe dat zich ontwikkelt en de mate waarin er een verhoogd risico is voor de continuïteit van zorg, kan niet worden voorspeld. Een faillissement leidt wel tot extra inspanningen van het zorgkantoor om te zorgplicht te borgen. De regio's met een risico-aanbieder worden daarom in de volgende paragraaf benoemd.

5.1.3 Aandachtregio's

Volgens onze bevindingen is er in 5 van de 32 zorgkantoorregio's een verhoogd risico's voor de continuïteit van de zorg in de regio. In deze paragraaf zijn deze aandachtregio's beschreven. Dit zijn:

Regio's	
1	Amsterdam (Achmea)
2	Midden Holland (VGZ)
3	Arnhem (Menzis)
4	Groningen (Menzis)
5	Utrecht (Achmea)

De eerste drie zorgkantorregio's hebben een solvabiliteit die lager en een veranderopdracht die hoger is dan het landelijk gemiddelde. Deze regio's bevinden zich in het kwadrant rechtsonder in figuur 10.

Daarnaast zijn in vier regio's één of meer zorgaanbieders die volgens onze bevindingen een verhoogd risico hebben. Deze zorgaanbieders verlenen zorg in de regio's Arnhem, Midden Holland, Groningen en Utrecht.

Ad 1. Amsterdam

Uit onze analyse volgt dat de algehele financiële positie van aanbieders in deze regio matig is. In tabel 5 is een aantal kengetallen opgenomen. Deze worden vergeleken met het landelijk gemiddelde. Hieruit blijkt dat alle kengetallen onder het landelijk gemiddelde vallen. Daarnaast zijn er in deze regio een aantal kleine aanbieders met een solvabiliteit van minder dan 15%.

Tabel 5: Financiële kengetallen regio Amsterdam

Financiële kengetallen (gewogen gemiddelde)	Amsterdam		Landelijk	
	VV	GHZ	VV	GHZ
Solvabiliteit	22,68	23,19	25,86	30,08
Liquiditeit	1,00	1,06	1,03	0,85
Weerstandsvermogen	18,99	13,73	23,26	22,81
Marge/rentabiliteit	2,41	1,92	2,55	2,89

Bron: NZa

De gemiddelde veranderopdracht in deze regio is groter dan het landelijk gemiddelde. Wanneer we specifiek kijken naar de ouderenzorg, is de veranderopdracht in deze sector lager dan het landelijk gemiddelde.

Tabel 6: Veranderopdracht regio Amsterdam

Veranderopdracht	Amsterdam	Landelijk
Gewogen gemiddelde	26%	23%
GHZ	18%	11%
V&V	30%	32%

Bron: NZa

Kenmerkend aan de regio Amsterdam is de hoge marktconcentratie. De C4 voor de gehandicaptensector is 100%, wat betekent dat vier instellingen de gehele GHZ markt hebben. Voor de ouderenzorg is de C4 81%. De hoge marktconcentratie blijkt ook uit de HHI indexcijfers. Voor de ouderenzorg is deze ruim 3.000 punten en voor de GHZ is dit ruim 7.000 punten. Wanneer in deze regio een grote zorgaanbieder failliet gaat, dan kan dit tot problemen leiden voor de continuïteit van zorg.

Uit het interview met Achmea (concessiehouder van de regio Amsterdam) komt het risico van de hoge marktconcentratie ook naar voren. Achmea is wekelijks in overleg met de grote partijen.

Naast de paar grote instellingen zijn er een aantal kleine standalone verzorgingshuizen. Deze worden door Achmea gekwalificeerd als 'medium risk', vanwege de relatief slechte financieel-economische positie. Achmea is bezig om inkoopcriteria op te stellen om keuzen te

kunnen maken in de afbouw van capaciteit (denk bijvoorbeeld aan meerpersoonskamers, die bij voorkeur moeten worden afgebouwd).

We concluderen dat gegeven de relatief slechte financiële positie van veel aanbieders, de hoge marktconcentratie en de grote uitdaging waarvoor de sector staat, de regio Amsterdam de komende tijd aandacht behoeft. Sturing is noodzakelijk om problemen in de continuïteit van zorg te voorkomen.

Ad 2. Midden Holland

De regio Midden Holland heeft de laagste gemiddelde solvabiliteit van alle zorgkantoorregio's. Ook de gemiddelde veranderopdracht behoort tot één van de hoogste. Zie hiervoor de tabellen 7 en 8.

Tabel 7: Financiële kengetallen regio Midden Holland

Financiële kengetallen (gewogen gemiddelde)	Midden Holland		Landelijk	
	VV	GHZ	VV	GHZ
Solvabiliteit	16,23	28,96	25,86	30,08
Liquiditeit	0,97	0,41	1,03	0,85
Weerstandsvermogen	28,00	23,64	23,26	22,81
Marge/rentabiliteit	1,47	2,40	2,55	2,89

Bron: NZa

Tabel 8: Veranderopdracht regio Midden Holland

Veranderopdracht	Midden Holland	Landelijk
Gewogen gemiddelde	28%	23%
GHZ	20%	11%
V&V	32%	32%

Bron: NZa

De markt in de regio Midden Holland is vrij geconcentreerd. Dat betekent dat er relatief weinig aanbieders zijn. De aanbieder met het grootste marktaandeel in deze regio, heeft een hoge veranderopdracht en scoort slecht op de financiële kengetallen. Deze aanbieder is volgens onze criteria genoemd in paragraaf 5.1.2. een risico-aanbieder. Daarnaast zijn er in deze regio enkele kleine instellingen die eveneens een slechte financiële positie hebben.

We concluderen daarom een verhoogd risico op problemen met de continuïteit van zorg in de regio Midden Holland. Dit als gevolg van de hoge veranderopdracht voor de regio, tezamen met een relatief slechte financiële positie van enkele aanbieders in een geconcentreerde markt.

Ad 3. Arnhem

Ook voor de regio Arnhem hebben we een aantal financiële kengetallen in beeld gebracht. In deze regio liggen de meeste indicatoren onder het landelijk gemiddelde. Alleen de liquiditeit is iets hoger. De liquiditeit geeft aan in welke mate de zorgaanbieder aan haar lopende betalingsverplichtingen kan voldoen.

Tabel 9: Financiële kengetallen regio Arnhem

Financiële kengetallen (gewogen gemiddelde)	Arnhem		Landelijk	
	VV	GHZ	VV	GHZ
Solvabiliteit	22,61	27,29	25,86	30,08
Liquiditeit	1,23	0,93	1,03	0,85
Weerstandsvermogen	19,57	18,94	23,26	22,81
Marge/rentabiliteit	2,10	2,83	2,55	2,89

Bron: NZa

De veranderopdracht ligt voor alle deelmarkten boven het landelijk gemiddelde. Dit betekent dat in de regio Arnhem relatief veel lichte cliënten intramuraal verblijven.

Tabel 10: Veranderopdracht regio Arnhem

Veranderopdracht	Arnhem	Landelijk
Gewogen gemiddelde	26%	23%
GHZ	18%	11%
V&V	30%	32%

Bron: NZa

De markt van Arnhem is niet geconcentreerd. Dat betekent dat er relatief veel aanbieders in de regio zijn. De vier grootste GHZ-aanbieders hebben gezamenlijk een marktaandeel van 65%; de vier grootste VV-aanbieders hebben gezamenlijk een marktaandeel van 44%. De HHI index voor de GHZ-markt ligt rond de 1.500 punten en voor de VV onder de 1.000 punten.

Volgens onze bevindingen is Arnhem een aandachtregio als gevolg van een samenloop van omstandigheden. Naast de relatief slechte financiële positie van de regio in het algemeen, is er één aanbieder die volgens de criteria genoemd in paragraaf 5.1.2. aangemerkt wordt als een risico-aanbieder. Daarnaast is er een aanbieder die net niet voldoet aan deze criteria. Tezamen hebben de twee aanbieders een aanzienlijk marktaandeel in de regio. We concluderen dat op het moment dat beide instellingen omvallen, dit leidt tot een vergroot risico op mogelijke problemen in de continuïteit van zorg.

Het zorgkantoor Menzis geeft in het interview aan in Arnhem op regioniveau waarschijnlijk geen problemen te verwachten. Er zijn wel aanbieders die het moeilijk gaan krijgen.

Ad 4/5. Groningen en Utrecht

De regio's Groningen en Utrecht hebben volgens onze bevindingen een verhoogd risico omdat in beide regio's zich een risico-aanbieder bevindt. Dit is een zorgaanbieder die aan de drie criteria voldoet als beschreven in paragraaf 5.1.2. Op het moment dat de risico-aanbieder in zwaar weer komt, leidt dit mogelijk tot problemen in de continuïteit van zorg in de hele regio. Op de bevindingen met betrekking tot de specifieke risico-aanbieders wordt niet verder ingegaan, omdat dit bedrijfsgevoelige informatie betreft van de betrokken aanbieders.

6. Conclusie en vervolg

Deze monitor heeft het karakter van een risico-inventarisatie. Op basis van kwantitatieve gegevens over de veranderopdracht, de veranderruimte, de marktconcentratie aangevuld met de verkregen informatie uit interviews is per zorgkantorregio een inschatting gemaakt van het risico op problemen in de continuïteit van intramurale zorg. We spreken van een verhoogd risico op problemen in de continuïteit van zorg in een regio. Of de continuïteit van zorg ook echt in gevaar is, hangt niet alleen af van (mogelijke) faillissementen van aanbieders, maar ook van de vraag of er een doorstart gemaakt kan worden, een overname plaatsvindt of andere aanbieders extra plaatsen aanbieden.

Zorgkantoren geven primair invulling aan de zorgplicht door het inkopen van (voldoende) zorg. In deze monitor is daarom gekeken naar het beschikbare aanbod per regio. Het is niet mogelijk in te schatten hoe het aanbod zich verhoudt tot de (toekomstige) vraag naar langdurige, intramurale zorg.

We constateren op de korte termijn geen problemen voor de continuïteit van zorg. Er is op dit moment voldoende capaciteit beschikbaar om cliënten verblijf te bieden en een groot deel van de aanbieders heeft voldoende middelen om reorganisaties te financieren. Daarnaast zal de vraag naar intramurale zorg op korte termijn terugvallen, doordat cliënten voor lichte ZZP's niet meer geïndiceerd worden. Ook zorgkantoren geven aan geen problemen te verwachten met de beschikbaarheid van capaciteit.

Dat betekent niet dat de maatregel langer thuis wonen geen gevolgen heeft voor cliënten en zorgaanbieders. Zorgaanbieders moeten mogelijk door de afname van cliënten met een lage ZZP locaties sluiten. De komende jaren blijft daarnaast het risico bestaan dat aanbieders failliet gaan. In deze monitor is een aantal regio's genoemd waar volgens onze bevindingen een verhoogd risico is op de problemen voor de continuïteit van zorg.

Zorgkantoren zullen actief moeten sturen om problemen in de continuïteit van zorg zoveel als mogelijk te voorkomen. Ze moeten alle mogelijke inspanningen leveren om cruciale zorg beschikbaar te houden.¹⁶ De komende jaren zal de NZa erop toezien dat zorgkantoren deze zorgplicht voldoende borgen. Dit zal enerzijds gebeuren via reguliere rechtmatigheidsonderzoeken en anderzijds door herhaling van deze monitor.

¹⁶ zie NZa beleidsregel continuïteit van zorg, kenmerk TH/BR-008.

Bijlage 1. Literatuurlijst

Nr.	Literatuur
1	<i>Position Paper Scheiden van Wonen en Zorg</i> ; (2011), Frits Mul van de VGN
2	<i>Signalement Zorg en Wonen</i> ; april 2012; College van Zorgverzekeringen
3	<i>ActiZ Benchmark AWBZ</i> ; (Oktober 2012), PWC
4	<i>CIZ Langer Thuis Wonen- Kwartaalrapportage eerste kwartaal 2013</i> (november 2013) Centrum Indicatiestelling Zorg
5	<i>Themavisie 1 Scheiden Wonen en Zorg – ouderenzorginstellingen</i> (Juni 2013), ING Economisch Bureau
6	<i>Themavisie 2 Scheiden Wonen en Zorg- Woningcorporaties</i> (Juni 2013) ING Economisch Bureau
7	<i>Barometer Nederlandse Gezondheidszorg incl stresstest</i> ; (2012) Ernst & Young
8	<i>Eindrapportage besteding ZZP-gelden en levering</i> (2011)
9	Stagerapport Annemare! Neuteboom
10	<i>Extramuralisering ouderenzorg: Doorrekening gevolgen beleidslijn Achmea en Agis voor de VV&T</i> (Juni 2013) Berenschot Adviseurs
11	<i>Sluiting dreigt voor 800 instellingen</i> (januari 2013) Berenschot Adviseurs. (NB rapport op dit moment niet inzichtelijk)
12	<i>Ontwikkelingen rente AWBZ zorginstellingen 1988–2012</i> (december 2013) Centraal Bureau voor de Statistiek
13	<i>Financiële kengetallen zorginstellingen 2012</i> (december 2013) Centraal Bureau voor de Statistiek
14	<i>Impactanalyse kabinetsbeleid langdurige zorg voor de gehandicaptensector</i> (2013) Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland
15	<i>Impactanalyse zorgakkoord toont fundamentele transitieopgave langdurige zorg organisaties actief om verlies te beperken</i> (september 2013) PWC in opdracht van ActiZ
16	<i>Gupta-rapport: Stilte voor de Storm zicht op prestaties ouderenzorg studie VVT 2012</i>
17	Raad voor de leefomgeving en infrastructuur: <i>Langer zelfstandig Wonen een gedeelde opgave van wonen, zorg en welzijn</i> . Februari 2014.

Bijlage 2. Overzicht solvabiliteit per regio

