



> Geriatrische revalidatiezorg in zwaar weer

Analyse financiële situatie grz 2019-2022

Oktober 2023

SiRM. Strategies
in Regulated
Markets

Colofon

Projectteam

Floor Joustra, Laura Visser

Projectleider: Roderik Ponds – roderik.ponds@sirm.nl

Copyright

Delen van dit rapport mogen gereproduceerd worden met de volgende bronvermelding: SiRM, GRZ in zwaar weer, Oktober 2023.

Opdrachtgever

ActiZ

Foto voorblad

Berlinda van Dam

ANP

Managementsamenvatting

Geriatrische revalidatiezorg (grz) is een vorm van tijdelijke, geneeskundige zorg met verblijf voor kwetsbare ouderen, meestal na een opname in het ziekenhuis voor een medisch specialistische behandeling, bijvoorbeeld na een heupfractuur of cva. De zorg is gericht op het bevorderen van zelfstandigheid van de patiënt en het terugkeren naar de thuissituatie. De grz is hiermee een belangrijke schakel tussen de medisch specialistische zorg en weer zelfstandig thuis wonen en draagt bij aan ontwikkelingen rondom de juiste zorg op de juiste plek en het langer zelfstandig wonen van ouderen. ActiZ heeft van verschillende aanbieders geluiden ontvangen dat de bedrijfsvoering sterk onder druk staat en heeft SiRM gevraagd een onderzoek uit te voeren naar de financiële situatie in de grz.

De belangrijkste conclusie is dat de financiële situatie van de grz verslechterde tussen 2019 en 2022 terwijl voor meer patiënten een snellere doorstroom naar huis is gerealiseerd. Het bedrijfsresultaat van de grz is verslechterd omdat de omzet achter bleef bij de sterk toegenomen kosten. Tussen individuele grz-aanbieders zijn er wel verschillen. De meeste aanbieders hebben hun bedrijfsresultaat in lijn met het sectorgemiddelde zien verslechteren maar sommige aanbieders zagen juist een (lichte) verbetering. De totale patiëntgerelateerde kosten van de aanbieders in dit onderzoek namen gemiddeld met 15% toe terwijl de groei van de omzet met 5% daarbij achterbleef. De sterke toename van de kosten komt vooral door de ontwikkeling van de personeelskosten. Personeelskosten vormen ruim 75% van alle patiëntgerelateerde kosten en nemen sterker toe dan de CAO-ontwikkelingen en inflatie. De omzet nam tussen 2019 en 2022 toe door een toename van het aantal patiënten en een stijging in de gemiddelde vergoeding per patiënt.

In 2022 heeft de grz meer patiënten behandeld dan in 2019. Voor deze grotere groep patiënten realiseerde de grz een snellere doorstroom terwijl de zorginhoudelijke prestatie op gebied van zelfredzaamheid een lichte verbetering liet zien. De gemiddelde ligduur en zorginzet van artsen en paramedici per patiënt nam af. Dit leidde vooral tot een verschuiving in de zorgproductie naar een hoger aandeel zorgproducten met een kortere ligduur. Binnen zorgproducten is er geen eenduidige ontwikkeling in de gemiddelde ligduur en benodigde uren zorginzet per patiënt. De gemiddelde ontwikkeling van de zelfredzaamheid van patiënten (op basis van de Barthel-index) nam in dezelfde periode licht toe.

Inhoud

Colofon	1
Managementsamenvatting	2
1 Aanleiding en conclusie	4
1.1 Aanleiding en vragen aan SiRM	4
1.2 Over dit onderzoek	5
1.3 Conclusies	5
2 Financiële druk neemt toe: kosten nemen sterker toe dan omzet	6
2.1 De kosten nemen vanaf 2019 sterk toe door toename personeelskosten	7
2.3 De omzet is in 2022 wat hoger dan in 2019 door toename aantal patiënten en hogere vergoeding	11
3 De grz realiseert voor meer patiënten een snellere doorstroom	14
3.1 Snellere doorstroom door kortere ligduur en minder uren zorginzet van artsen en paramedici per patiënt	14
3.2 De verbetering in zelfredzaamheid van patiënten tijdens grz-behandeling neemt licht toe	17
Bijlage 1: Aanpak en proces	19
Stap 1 Vaststellen analyses en benodigde data	19
Stap 2 Verzamelen data	19
Stap 3 Analyseren data	20

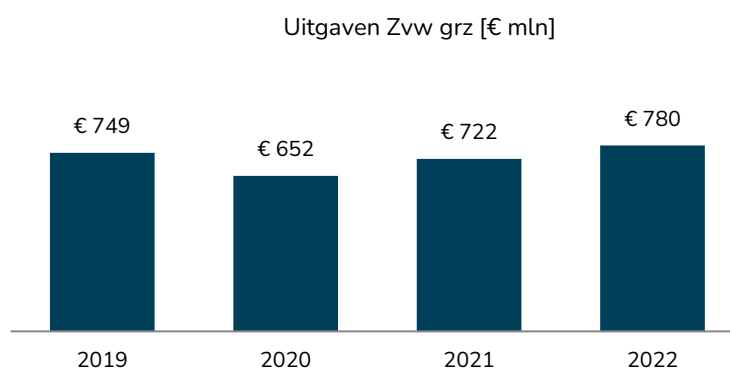
I Aanleiding en conclusie

1.1 Aanleiding en vragen aan SiRM

Geriatrische revalidatiezorg (grz) is een vorm van tijdelijke, geneeskundige zorg met verblijf voor ouderen gericht op het bevorderen van zelfstandigheid van de patiënt en het terugkeren naar de thuissituatie. Ouderen krijgen soms te maken met een plotselinge achteruitgang in het functioneren bij dagelijkse activiteiten in het leven, bijvoorbeeld door een ongeluk of operatie. Doel van een behandeling in de grz is om hen te helpen om zo goed en snel mogelijk deel te kunnen blijven nemen aan het maatschappelijk leven. Patiënten in de grz ontvangen verzorging en verpleging (samen het grootste deel van de zorginzet) en een behandeling. Deze behandeling vindt plaats onder verantwoordelijk van de specialist ouderengeneeskunde waarbij, afhankelijk van de specifieke aandoening, verschillende paramedici en andere zorgprofessionals betrokken zijn. Dit varieert van fysiotherapeuten en ergotherapeuten tot maatschappelijk werkers en psychologen.

De grz is een belangrijke schakel tussen medisch specialistische zorg en (zelfstandig) thuis wonen. Een grz-behandeling vindt meestal plaats na een ziekenhuisgreep en -opname bij aandoeningen zoals heupfracturen of beroertes (CVA). Het ziekenhuis kan hierdoor ouderen sneller ontslaan en de oudere gaat na een grz-behandeling beter voorbereid terug naar huis. Daarmee draagt de grz bij aan gewenste maatschappelijke ontwikkelingen als juiste zorg op de juiste plek en langer zelfstandig wonen van ouderen.

In Nederland leverden in 2019 circa 140 aanbieders geriatrische revalidatiezorg aan 53.000 ouderen.¹ Vrijwel al deze aanbieders leveren ook (intramurale) vvt-zorg zoals intramurale verpleegzorg of eerstelijnsverblijf. Slechts enkele aanbieders leveren (bijna) alleen grz. De grz wordt gefinancierd vanuit de zorgverzekeringswet (Zvw) en de totale uitgaven hieraan bedroegen €780 miljoen in 2022.^{2,3}



Figuur 1: De totale uitgaven aan grz bedroegen €780 miljoen in 2022. Bron: Zorginstituut.

¹ Vektis 2021: Factsheet Geriatrische revalidatiezorg

² Zorginstituut Nederland o.b.v. declaratiedata zorgverzekeraars (via Vektis) (geactualiseerd 21-09-2023)

³ Door Covid was er in 2020 en 2021 sprake van een daling van de uitgaven

Een financieel gezonde bedrijfsvoering is een randvoorwaarde voor het structureel kunnen (blijven) leveren van grz. ActiZ heeft van verschillende aanbieders geluiden ontvangen dat de bedrijfsvoering sterk onder druk staat maar de feitelijke ontwikkelingen op financieel gebied zijn hiervoor onbekend. ActiZ heeft daarom SiRM gevraagd om onderzoek te doen naar de financiële situatie van de grz. Dit rapport biedt een eerste inzicht in deze feitelijke ontwikkeling en vormt daarmee een startpunt voor onder andere de kerngroep revalidatie en herstel van ActiZ om te bepalen hoe zij kunnen bijdragen aan een financieel gezonde grz.

1.2 Over dit onderzoek

Om goed inzicht te bieden in de financiële situatie is data over omzet, kosten en productie in de grz onder leden van ActiZ uitgevraagd. De data-uitvraag is in nauwe samenwerking met een aantal controllers en managers van grz-aanbieders opgesteld (zie Bijlage 1: Aanpak en proces voor meer detail). Grz-aanbieders die onderdeel zijn van een grotere organisatie hebben vaak geen aparte registratie voor de grz. Om te voorkomen dat de totale kosten voor een organisatie op verschillende manieren aan de grz worden toegedeeld, is er voor gekozen om de kostendata zo uit te vragen dat de toewijzing op een uniform wijze gedaan kan worden. Gegevens over de zorgproductie zijn uitgevraagd bij Gerimedica (leverancier van ecd-elektronisch cliënten dossier-software) en aanbieders zelf.

Uiteindelijk hebben ruim 42 aanbieders data aangeleverd. Deze 42 aanbieders hadden in 2022 42% van de omzet in de grz (zie Bijlage 1: Aanpak en proces). Het is lastig vast te stellen of deze groep aanbieders volledig representatief is voor de hele sector. De weergegeven waarden in de groep kunnen afwijken van die in de gehele sector maar de ontwikkelingen geven naar verwachting wel een goed beeld van de totale ontwikkelingen in de sector. Niet voor alle onderwerpen bleken gegevens compleet of bruikbaar. Hierdoor verschilt het aantal aanbieders waarover de conclusies zijn getrokken, afhankelijk van de specifieke analyse, van 14 tot 25.

1.3 Conclusies

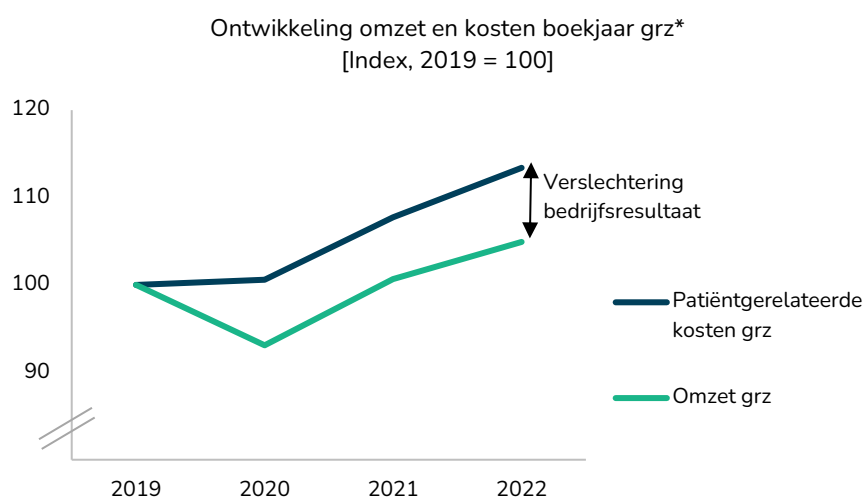
De financiële situatie van de grz is verslechterd tussen 2019 en 2022 terwijl voor meer patiënten een snellere doorstroom naar huis is gerealiseerd:

- De grz staat financieel onder druk: de kosten nemen sneller toe dan de omzet (zie Hoofdstuk 2). Dit komt vooral door een sterke toename van personeelskosten, die ruim 75% van de totale kosten vormen. De grz behandelde in 2022 meer patiënten dan in 2019 en de gemiddelde vergoeding per patiënt nam toe. Hierdoor nam de omzet nam weliswaar toe, maar niet voldoende om de stijgende kosten te compenseren.
- De grz realiseert voor de groter wordende groep patiënten een snellere doorstroom, zonder dat dit ten koste gaat van de zorginhoudelijke prestatie op gebied van zelfredzaamheid (zie Hoofdstuk 3). De gemiddelde ligduur en ureninzet van artsen en paramedici per patiënt nemen af. Tegelijkertijd nam de gerealiseerde verbetering in zelfredzaamheid tussen instroom en ontslag (gemeten via Barthel-scores) licht toe.

2 Financiële druk neemt toe: kosten nemen sterker toe dan omzet

Tussen 2019 en 2022 is het bedrijfsresultaat van de grz verslechterd. De patiëntgerelateerde kosten van de deelnemende aanbieders in dit onderzoek namen met 15% toe terwijl de omzet met 5% toenam. De sterke toename van de kosten komt vooral door de ontwikkeling van de personeelskosten. Personeelskosten vormen 76% van alle patiëntgerelateerde kosten en nemen sterker toe dan de CAO-ontwikkelingen en inflatie. De omzet nam tussen 2019 en 2022 toe door een toename van het aantal patiënten en een stijging in de vergoeding per patiënt.

Tussen 2019 en 2022 zijn de kosten veel sterker gestegen dan de omzet in de grz, hierdoor is het financieel resultaat verslechterd. De patiëntgerelateerde kosten van de grz (personeel, materieel en huisvesting, exclusief overhead) namen tussen 2019 en 2022 met 15% toe voor de 17 organisaties waarvoor de volledige gegevens beschikbaar waren (zie ook Bijlage 1: Aanpak en proces). De omzet van de grz nam in dezelfde periode met circa 5% toe voor deze organisaties. Het bedrijfsresultaat - omzet min de patiëntgerelateerde kosten - verslechterde hierdoor.



Figuur 2: De patiëntgerelateerde kosten nemen in de grz sterker toe dan de omzet. *Gemiddeld over de 17 organisaties met productie-, omzet- en kostendata voor de jaren 2019 t/m 2022.

Vooraf de toename van personeelskosten veroorzaakt de sterke toename van de kosten (§2.1). De omzet nam toe door een toename van het aantal patiënten. Dit aantal lag in 2022 – na een dip

door Covid in 2020 en 2021– boven het aantal in 2019 (§2.2). Vanwege de Covid-periode wordt dit onderzoek vooral een vergelijking gemaakt tussen 2019 en 2022.

De analyses in dit hoofdstuk zijn zoveel mogelijk gebaseerd op een gelijkblijvende groep aanbieders waarvan de data over alle jaren voor zowel omzet als kosten compleet en bruikbaar zijn. Op deze manier relateren de conclusies over productie- en kostenontwikkeling aan de ontwikkelingen in het bedrijfsresultaat. Hierdoor blijft voor de analyses in dit hoofdstuk een kleinere groep aanbieders over (17 aanbieders). Informatie over alleen de omzet of alleen de kosten is beschikbaar voor meer aanbieders. De analyses zijn voor deze grotere groep organisaties herhaald (waar de kleinere groep waar alle gegevens voor beschikbaar ook onderdeel van is) om de hoofdconclusies op basis van de kleinere, maar completere dataset te valideren. De resultaten van deze extra analyses staan steeds in een voetnoot⁵.

Achter de algemene trends in financiële ontwikkelingen gaan verschillen in financiële resultaten tussen aanbieders schuil. Voor de 12 van de 17 aanbieders in de analyse is het financiële resultaat voor de grz verslechterd, maar 5 van de 17 aanbieders laat tussen 2019 en 2022 juist een verbetering in het financiële resultaat zien.⁶ Voor 7 van de 17 verslechterde het resultaat met meer dan 10 procentpunt, terwijl voor maar 1 organisatie het resultaat met meer dan 10 procentpunt verbeterde.

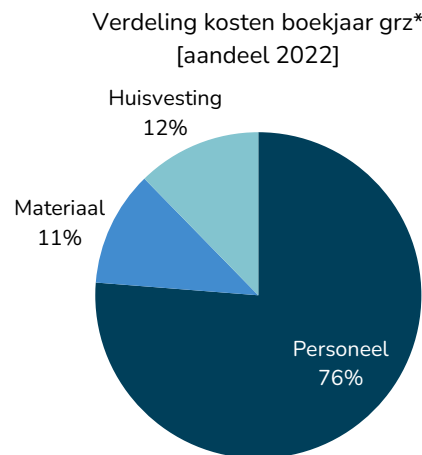
2.1 De kosten nemen vanaf 2019 sterk toe door toename personeelskosten

2.1.1 De grootste kostenpost neemt het sterkst toe: personeel

De sterke toename van de kosten is vooral het gevolg van een toename van de personeelskosten. Personeelskosten vormen met 76% van de totale kosten (exclusief overhead) in 2022 verreweg de grootste kostenpost (zie Figuur 3). Materiële kosten voor verblijf en zorg (zoals kosten voor voeding en medicijnen) en huisvestingslasten zijn met ongeveer 12% de twee kleinere kostenposten.

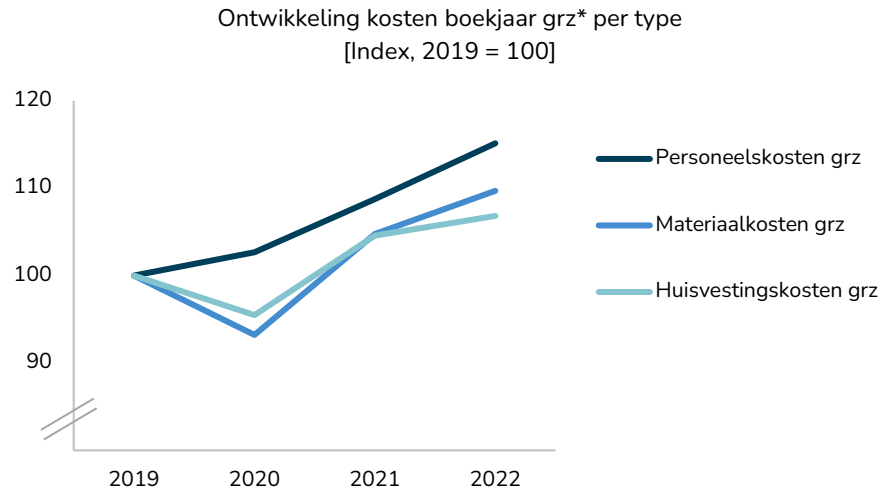
⁵ Voor de 23 organisaties waarvoor de omzet en de kosten per boekjaar bekend waren, nam de gemiddelde omzet boekjaar toe met 3% tussen 2019 en 2022. De patiëntgerelateerde kosten namen toe met 14%. Deze groei is ook vergelijkbaar met de landelijke omzetgroei van 4% (zie Figuur 1).

⁶ Voor 3 van de aanbieders met een verbeterd bedrijfsresultaat is het resultaat in 2022 ondanks deze verbetering nog wel negatief.



Figuur 3: De personeelskosten zijn het grootste onderdeel van de patiëntgerelateerde kosten, door afronding tellen de percentages niet op tot 100%. *Gemiddeld over de 17 organisaties met productie-, omzet- en kostendata voor de boekjaren 2019 t/m 2022.

De kosten voor personeel zijn sinds 2019 sterker toegenomen dan de kosten voor materieel en huisvesting (Figuur 4). Voor de organisaties waarvoor data beschikbaar is, zijn de totale personeelskosten tussen 2019 en 2022 met circa 15% toegenomen, de kosten van materieel en huisvesting namen met 10% en 7% toe.⁷

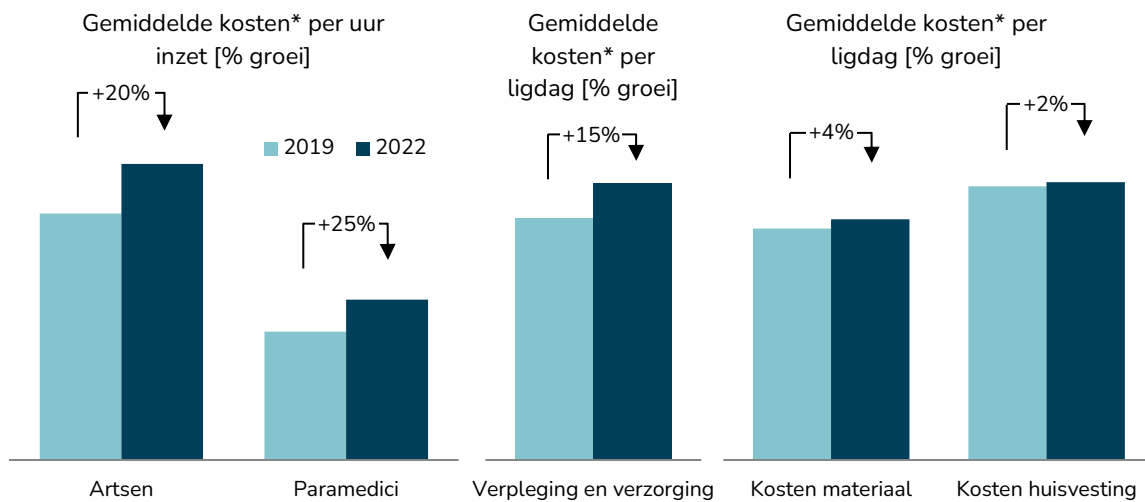


Figuur 4: Van de patiëntgerelateerde kosten nemen de personeelskosten het sterkst toe tussen 2019 en 2022. *Gemiddeld over de 17 organisaties met productie-, omzet- en kostendata voor de boekjaren 2019 t/m 2022.

De toename van de kosten in personeel wordt nog duidelijker als er ook rekening wordt gehouden met de hoeveelheid zorg die is geleverd. Figuur 5 laat zien dat de kosten voor het leveren van een uur of ligdag zorg tussen 2019 en 2022 sterk zijn gestegen. Vooral de kosten voor de inzet van

⁷ De verdeling over de 23 organisaties waarvoor kosten (per boekjaar) beschikbaar waren is met respectievelijk 76% (personeelskosten), 12% (materieële kosten) en 12% (huisvestingslasten) vergelijkbaar. Bij deze groep namen ook de personeelskosten met 16% tussen 2019 en 2022 sterker toe dan de andere kostenposten (respectievelijk 12% en 6%).

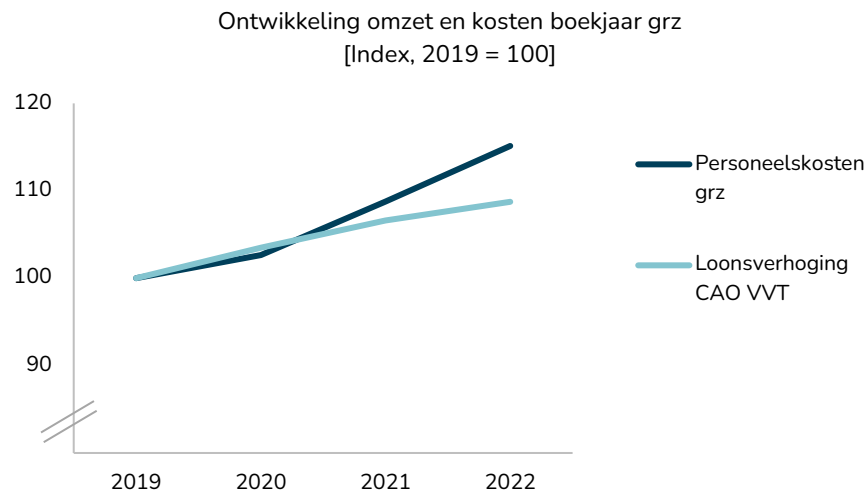
een uur artsen en paramedici zijn sterk toegenomen met respectievelijk 20% en 25%. Per ligdag zijn de kosten voor verzorging en verpleging met 15% toegenomen.



Figuur 5: Gecorrigeerd voor het aantal uren en ligdagen zijn de kosten van artsen en paramedici het sterkst toegenomen. *Gemiddeld over de 14 organisaties met volledige data over de productie, ligdagen en inzet van artsen en paramedici.

2.1.2 Toename personeelskosten liggen boven CAO-ontwikkelingen

De toename van personeelskosten is hoger dan op basis van inflatie en de (deels) daaruit voortvloeiende CAO-ontwikkelingen verwacht kan worden (zie Figuur 6). Het verschil tussen de loonsverhogingen die in de CAO afspraken zijn overeengekomen en de ontwikkeling van de personeelskosten wordt vanaf 2020 zelfs steeds groter.

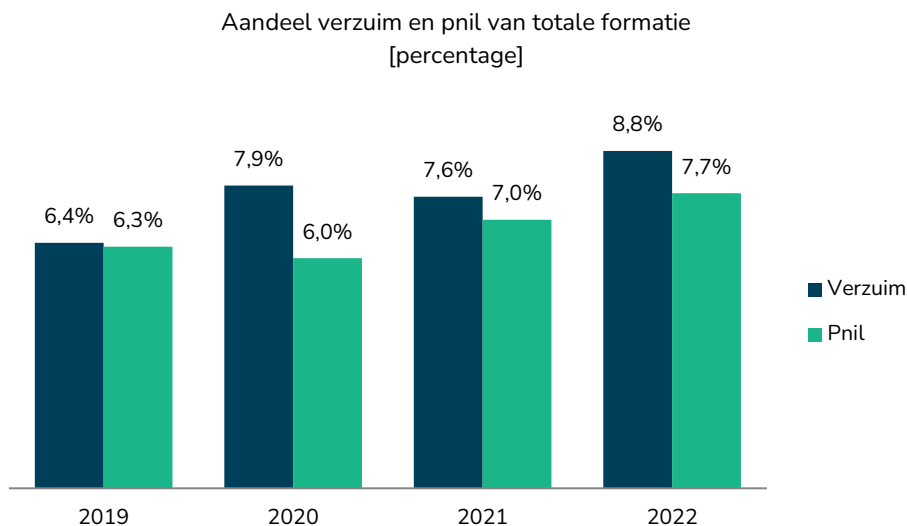


Figuur 6: De personeelskosten grz nemen sterker toe dan het CPI en de lonen in de CAO VVT. *Gemiddeld over de 17 organisaties met productie-, omzet- en kostendata voor de boekjaren 2019 t/m 2022. Bronnen: Loonwijzer en CAO Wijzer (CAO VVT)

Een voor de hand liggende verklaring voor deze sterke toename is de toenemende krapte op de arbeidsmarkt in de vvt-sector⁸ en daarmee ook de grz. Het verzuim neemt toe, mogelijk door een

⁸ Zie bijvoorbeeld CBS en TNO (NEA): dashboard arbeidsmarkt

toenemende werkdruk, en het aandeel (en de kosten) van externe inhuur (personeel niet in loondienst- 'pnil') neemt toe (Figuur 7). Bij de deelnemende grz-aanbieders steeg (voor de organisaties als geheel) het verzuimpercentage van 6,4% naar 8,6% in 2022. Dit betekent dat in 2022 gemiddeld 1 op de 12 werknemers afwezig was vanwege ziekte. Dit percentage ligt boven het gemiddelde over alle sectoren in Nederland, waar dit ongeveer 5,5%⁹ bedroeg. Tegelijkertijd, mogelijk deels daardoor, nam het aandeel externe inhuur bij de deelnemende grz-aanbieders juist toe van 6,3% naar 7,7%, dit is een relatieve toename is van ruim 20%.



Figuur 7: Zowel het aandeel verzuim als het aandeel pnil in de totale formatie van de grz-organisaties is toegenomen tussen 2019 en 2022. *Gemiddeld over de 21 organisaties met volledige data over verzuim en pnil.

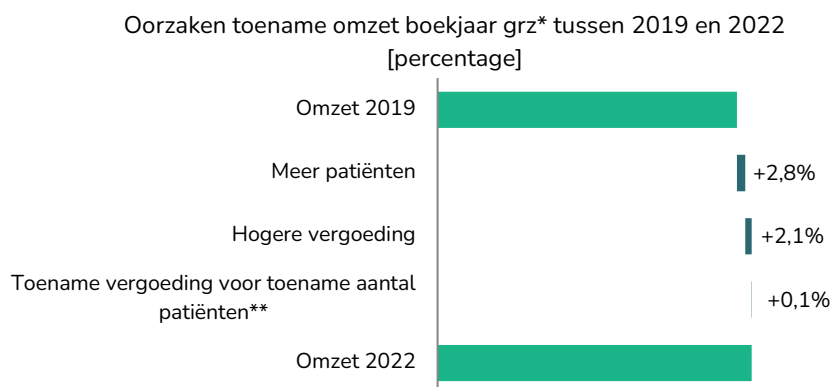
De toename in materiële kosten en huisvestingslasten zijn tot en met 2022 wel grotendeels in lijn met de inflatie of liggen daar onder. Materiële kosten zijn tussen 2019 en 2022 toegenomen met 10% (zie Figuur 4) terwijl de stijging van het CPI 14% bedroeg¹⁰. Daarmee lijken algemene prijsontwikkelingen de toename in materiële kosten te verklaren. De huisvestingslasten zijn toegenomen met 7% tussen 2019 en 2022 en liggen daarmee onder de inflatie. Controllers van deelnemende aanbieders gaven ook aan dat ze voor 2023 ook kostenstijgingen verwachtten omdat inflatie soms met vertraging doorwerkt in specifieke kosten. Zo zijn gestegen energiekosten nog niet volledig doorgewerkt in hogere huisvestingslasten bij langlopende energiecontracten.

⁹ Bron: CBS (gemiddelde over verzuimpercentages per kwartaal over 2022 voor Nederland als geheel).

¹⁰ Bron: CBS (CPI). Dit is vergelijkbaar met de prijsindexcijfers die de NZa hanteert: tussen 2019 en 2022 13,4% stijging voor materiële kosten en 12,7% voor kapitaallasten. Bron: prijsindexcijfers NZa.

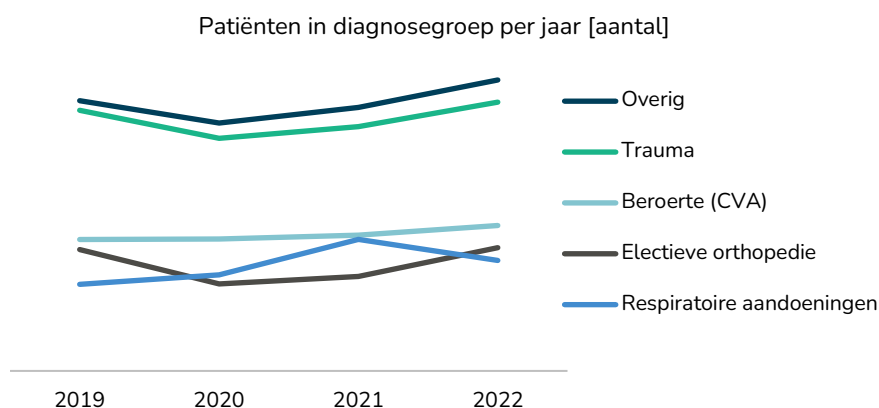
2.3 De omzet is in 2022 wat hoger dan in 2019 door toename aantal patiënten en hogere vergoeding

De omzet in de grz nam bij de organisaties waarvoor de data beschikbaar was, gemiddeld met 5% toe tussen 2019 en 2022. De toename van de omzet blijft hiermee achter bij de toename van de kosten. De ontwikkeling van de omzet is te verklaren door een toename van het aantal patiënten (~3%) en een toename in de gemiddelde vergoeding per patiënt (~2%)¹¹ (Figuur 8).



Figuur 8: De toename in aantal patiënten is de belangrijkste oorzaak voor de toename in omzet tussen 2019 en 2022. *Gemiddeld over de 17 organisaties met productie-, omzet- en kostendata voor de boekjaren 2019 t/m 2022. **Het deel dat wordt verklaard door de combinatie van meer patiënten en de hogere vergoeding.

Het aantal patiënten en (daarmee) de omzet¹² namen in 2020 sterk af (met bijna 7%) door Covid (zie Figuur 2). In 2020 en 2021 nam hierdoor het aantal patiënten die de grz instromen na een electieve orthopedische behandeling in het ziekenhuis (zoals een geplande heup- of knieoperatie) relatief het meest af. Het aantal patiënten dat instroomde na behandeling voor een CVA bleef ongeveer gelijk (Figuur 9). De grz speelde ook een rol bij de behandeling van Covidpatiënten: dit komt naar voren in een toename van het aantal patiënten met een respiratoire aandoening.

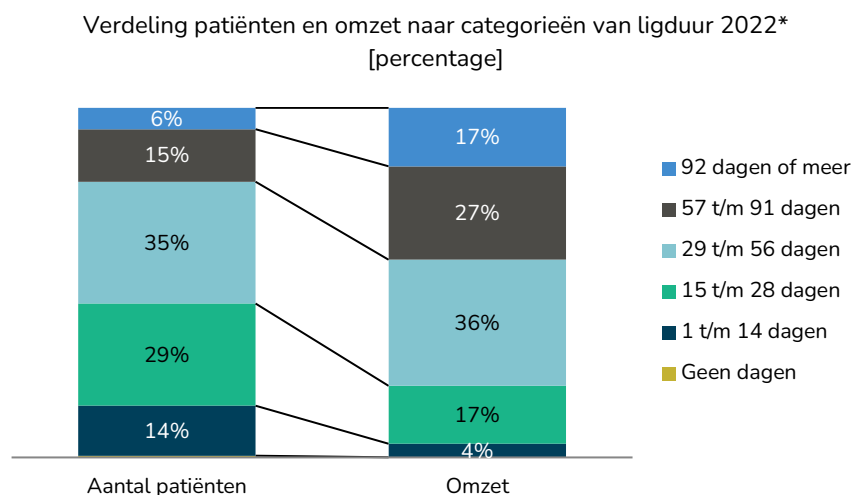


Figuur 9: In 2020 daalde met name het aantal patiënten met diagnoses voor electieve orthopedie terwijl het aantal respiratoire aandoeningen toenam. *Voor de 30 organisaties met data over productie en diagnoses.

¹¹ Voor de groep van 33 organisaties waarvoor per schadelastjaar de omzet bekend was de toename 7% waarvan dit voor 6% door de groei van het patiënten en voor 1% door toename vergoeding per patiënt.

¹² Exclusief eenmalige Covid-bijdragen

De gemiddelde vergoeding per patiënt nam licht toe tussen 2019 en 2022. De geleverde zorg in de grz wordt vergoed via diagnose-behandelcombinaties (dbc's). De inzet van artsen en behandeldienst, de ligduur en de diagnose (CVA of overige diagnoses) bepaalt de dbc en de daar bijbehorende vergoeding. De vergoeding voor een dbc met meer uren zorginzet en/of meer ligdagen is hoger. In 2022 waren patiënten met relatief veel ligdagen (57 of meer) goed voor 21% van het totaal aantal dbc's en 43% van de totale omzet (zie Figuur 10). Per dag is de gemiddelde vergoeding hoger voor patiënten met relatief weinig ligdagen.

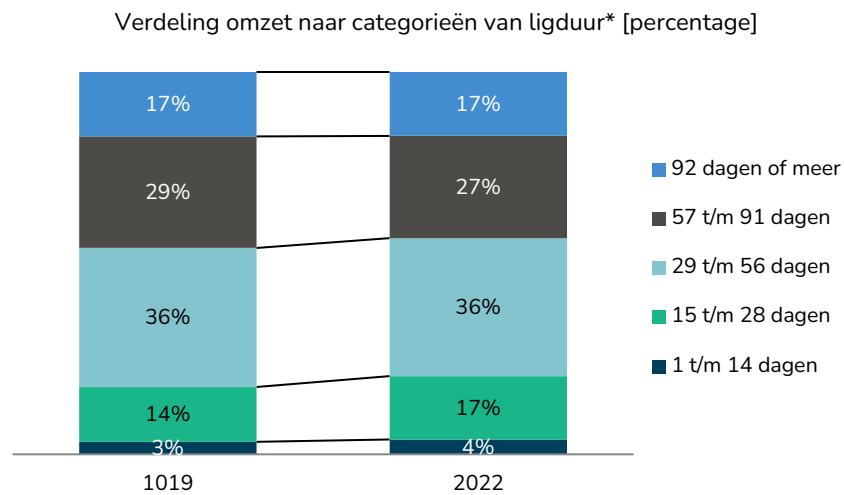


Figuur 10: In 2022 waren patiënten met relatief veel ligdagen (57 of meer) goed voor 21% van het totaal aantal dbc's en 43% van de totale omzet. *Gemiddeld over de patiënten van de 25 organisaties met data over productie, ligdagen en inzet.

De ontwikkeling van de gemiddelde vergoeding per patiënt tussen 2019 en 2022 is het resultaat van twee factoren:

- Een afname door de verandering in de mix zorgproductie: de gemiddelde vergoeding per patiënt neemt af als het aandeel patiënten met een langere ligduur afneemt. Dit is tussen 2019 en 2022 het geval geweest (zie Hoofdstuk 3). Het aandeel van de omzet voor patiënten met een relatief korte ligduur (28 dagen of minder) is tussen 2019 en 2022 van 18% naar 20% (Figuur 11).
- Een toename van de vergoeding voor individuele dbc's¹³ door:
 - De verandering in de NZa maximumtarieven (en de achterliggende opbouw van dit tarief).
 - De verandering in resultaten van onderhandeling met individuele zorgverzekeraars over de vergoeding (vaak een bepaalde korting ten opzichte van het maximumtarief).

¹³ Zie bijvoorbeeld toename van de gemiddelde verkoopprijs van zorgproducten (met de meeste patiënten in 2022): 998418026, 998418066 en 998418064 in de Open DIS-data van de NZa.



Figuur 11: Patiënten met een relatief korte ligduur (28 dagen of minder) zijn in 2022 goed voor een 20% van de omzet tegenover 18% in 2019. Getallen in de figuur tellen niet op naar de genoemde percentages door afronding. *Gemiddeld over de patiënten van de 25 organisaties met data over productie, ligdagen en inzet. Patiënten zonder ligdagen (ambulant, <1% van het totaal) zijn niet meegenomen.

3 De grz realiseert voor meer patiënten een snellere doorstroom

In 2022 heeft de grz meer patiënten behandeld dan in 2019. Voor deze grotere groep patiënten realiseerde de grz een snellere doorstroom terwijl de zorginhoudelijke prestatie op gebied van zelfredzaamheid minimaal gelijk bleef. De gemiddelde ligduur en zorginzet van artsen en paramedici per patiënt nam af. Hierdoor nam het aandeel kortlopende zorgproducten in de totale zorgproductie toe. Binnen zorgproducten is er geen eenduidige ontwikkeling in de gemiddelde ligduur en benodigde uren zorginzet per patiënt. De gemiddelde ontwikkeling van de zelfredzaamheid van patiënten (op basis van de Barthel-index) nam licht toe.

Tussen 2019 en 2022 heeft de grz meer patiënten behandeld (§2.2), terwijl de gemiddelde ligduur en uren zorginzet per patiënt afnam (§3.1). Tegelijkertijd realiseert de grz een grotere ontwikkeling in de mate van zelfredzaamheid van de patiënten (§3.2). De snellere doorstroom van ziekenhuis naar huis met minder uren zorginzet lijkt daarmee zelfs gepaard te gaan met vooruitgang van de zorginhoudelijke prestaties op gebied van zelfredzaamheid.

3.1 Snellere doorstroom door kortere ligduur en minder uren zorginzet van artsen en paramedici per patiënt

De gemiddelde ligduur en de zorginzet van artsen en paramedici (behandeldienst) per patiënt zijn afgenomen tussen 2019 en 2022 (Figuur 12).

Voor de 25 organisaties die de gegevens beschikbaar hadden nam tussen 2019 en 2022 gemiddeld¹⁴:

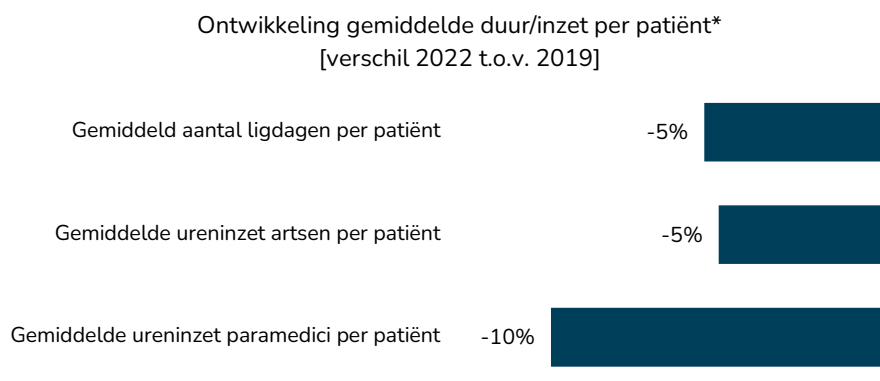
- Het aantal ligdagen per patiënt af met 5%.
- De uren zorginzet van artsen per patiënt af met 5%.
- De uren zorginzet van paramedici per patiënt af met 10%.

Hierdoor neemt de inzet van artsen per ligdag tussen 2019 en 2022 gemiddeld met 0,5% toe terwijl de inzet van paramedici gemiddeld met 5% afneemt.

Het is niet bekend wat de (ontwikkeling in de) gemiddelde ureninzet van verpleging en verzorging is omdat hiervoor niet alle uren worden geregistreerd. Sommige aanbieders gaven tijdens het onderzoek aan dat het goed denkbaar is dat deze inzet juist is toegenomen omdat zij bijvoorbeeld

¹⁴ Voor het grotere aantal organisaties (34) dat alleen ligduur aanleverde is deze gemiddelde afname 6%

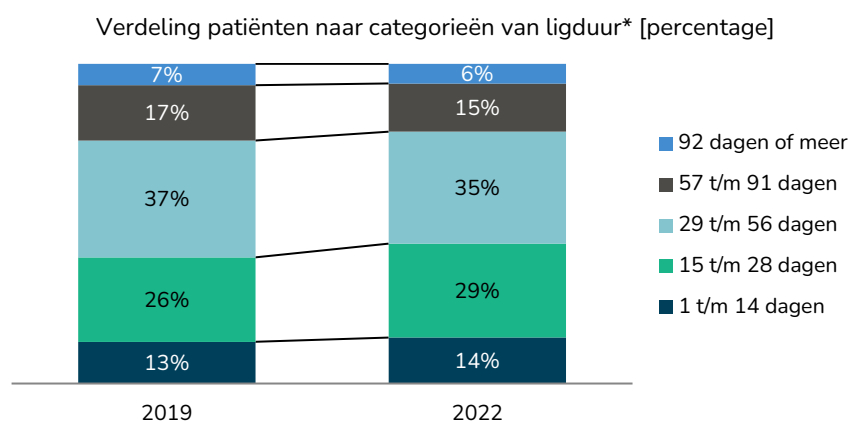
in toenemende mate patiënten zien met zwaardere psycho-geriatrische aandoeningen dan in het verleden. De inzet voor deze hogere zorgzwaarte komt niet zozeer tot uiting in de inzet van artsen of paramedici maar mogelijk wel in de inzet van verzorging en verpleging. Of er sprake is van een toe- of afnemende ureninzet van verzorging en verpleging voor de patiënt kan door een gebrek aan beschikbare gegevens niet worden vastgesteld.



Figuur 12: De gemiddelde ligduur en de gemiddelde inzet van artsen en paramedici per patiënt zijn afgenomen tussen 2019 en 2022. *Gemiddeld over de patiënten van de 25 organisaties met data over productie, ligdagen en inzet.

3.1.1 Het aandeel zorgproducten met een kortere ligduur neemt toe

De afname van de gemiddelde ligduur en zorginzet leidt tot een verschuiving in de samenstelling van de zorgproductie tussen 2019 en 2022. Binnen de grz zijn er 36 verschillende zorgproducten. De combinatie van diagnose (CVA of overig), lig- en behandelduur bepaalt het type zorgproduct en de bijbehorende vergoeding. Het aantal zorgproducten met een relatief korte ligduur (tot en met 28 ligdagen) is toegenomen van 39% naar 44% en het aandeel zorgproducten met een relatief lange ligduur (57 dagen of meer) is afgenomen van 24% naar 21%¹⁵ (zie Figuur 13).



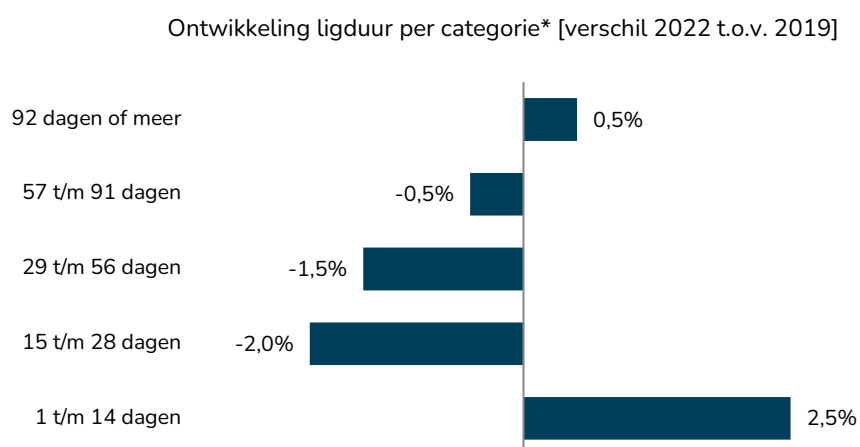
Figuur 13: Het aandeel zorgproducten met een korte ligduur (28 dagen of minder) neemt toe van 39% in 2019 naar 44% in 2022. Door afronding tellen de getallen in de figuur niet op tot de genoemde percentages in de tekst. *Gemiddeld over de patiënten van de 25 organisaties met data over productie, ligdagen en inzet. Patiënten zonder ligdagen (<1% van het totaal) zijn niet meegenomen.

¹⁵ Een vergelijkbare ontwikkeling doet zich voor de hele groep van aanbieders waarvoor de samenstelling van de zorgproducten bekend is (34 aanbieders). Het aandeel zorgproducten met een korte ligduur neemt daar toe van 39% in 2019 naar 42% in 2022 en het aandeel met een lange ligduur neemt af van 25% naar 23%.

3.1.2 Binnen zorgproducten is er geen eenduidige ontwikkeling in de gemiddelde ligduur en benodigde uren zorginzet per patiënt

De afname van de gemiddelde ligduur en zorginzet leidt vooral tot een verschuiving tussen zorgproducten en niet tot een eenduidige afname binnen elk zorgproduct. Bij een gelijkblijvende vergoeding per zorgproduct zou een afname van de ureninzet en ligduur binnen een zorgproduct kunnen leiden tot een positiever resultaat door lagere kosten. Dit blijkt in de praktijk niet geval het te zijn (zie ook §2.1).

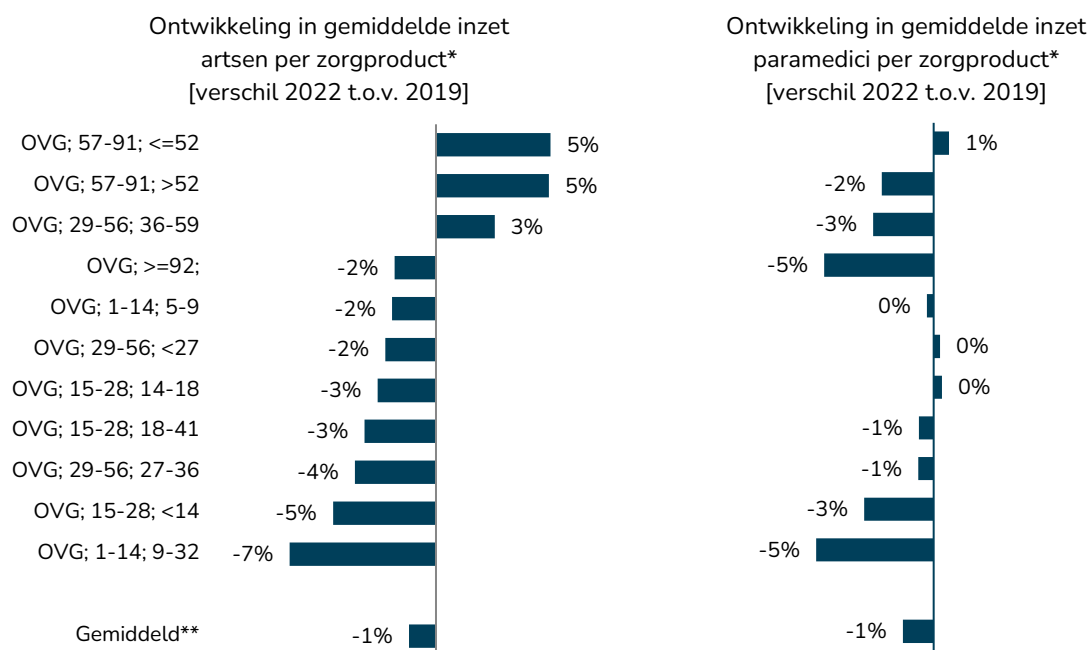
De ontwikkeling van het gemiddeld aantal ligdagen binnen een zorgproduct verschilt. Figuur 14 laat zien voor de drie grootste categorieën zorgproducten (15 tot en met 28 dagen, 29 tot en met 56 dagen en 57 tot en met 91 dagen) de gemiddelde ligduur afneemt. Voor de zorgproducten met de langste (92 dagen of meer) en kortste ligduur (14 dagen of minder) neemt de gemiddelde ligduur toe. Een mogelijk verklaring voor de toename van de categorie tot en met 14 ligdagen (+2,5%) is een verschuiving van een groep patiënten uit de categorie 15 tot en met 28 dagen die door een gemiddelde afname in ligdagen naar deze categorie verschuiven. Hierdoor neemt het aantal 'relatief zware' patiënten in de categorie tot en met 14 dagen toe. In de middelste categorieën verschuiven zowel patiënten 'naar' als 'uit' de categorie.¹⁶



Figuur 14: De gemiddelde ligduur neemt toe binnen de zorgproducten met de kortste en langste ligduur en neemt af bij de middelste categorieën. *Gebaseerd op gegevens van de 25 organisaties met data over productie, ligdagen en inzet, afgerond op 0,5%.

Gemiddeld over de 25 organisaties nam binnen de zorgproducten de ureninzet van artsen en paramedici tussen 2019 en 2022 beide met ~1% af (zie Figuur 15). De ontwikkeling in uren zorginzet verschilt per zorgproduct. Er zijn zorgproducten waar de zorginzet voor artsen toenam en de zorginzet voor paramedici afnam maar ook zorgproducten waar beide juist toe- of afnamen. De onderliggende dynamiek is moeilijker te verklaren dan de ligdagen omdat in de indeling in zorgproducten de categorieën van behandelduur verschillen per categorie van ligduur.

¹⁶ Bij de categorie van 92 dagen of meer verschuiven de patiënten met de kortste ligduur naar de categorie van 57 t/m 91 dagen en blijven de patiënten met relatief lange ligduur over, wat leidt tot een toename in gemiddelde ligduur.



Figuur 15: De inzet van artsen en paramedici neemt binnen de meeste zorgproducten af. *Gemiddeld over de zorgproducten met meer dan 500 patiënten in beschikbare data in 2022 (notatie zorgproduct: diagnose; ligduur; behandelduur). Gebaseerd op gegevens van de 25 organisaties met data over productie, ligdagen en inzet. **Gemiddelde ontwikkeling binnen alle zorgproducten, gewogen met het aantal patiënten.

3.2 De verbetering in zelfredzaamheid van patiënten tijdens grz-behandeling neemt licht toe

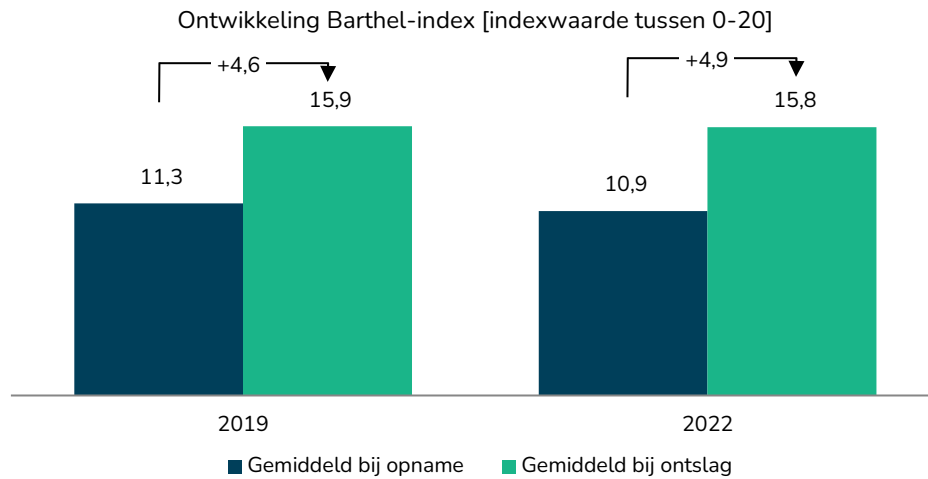
De snelle doorstroom ging gepaard met betere zorginhoudelijke prestaties op het gebied van zelfredzaamheid. Tussen 2019 en 2022 is de gemiddelde ontwikkeling die patiënten vertoonden in de zelfredzaamheid ongeveer 6% toegenomen. Dit blijkt uit de toename tussen 2019 en 2022 in de ontwikkeling van de Barthel-index (die de zelfredzaamheid meet) tussen moment van opname en ontslag (de gemiddelde toename was 4,6 in 2019 en 2022 4,9) (Figuur 16).

De Barthel-index geeft een indicatie van de zelfredzaamheid: in hoeverre is iemand in staat om een aantal algemene dagelijkse activiteiten zoals naar de wc gaan, eten en aankleden zelfstandig uit te voeren. Een lagere score weerspiegelt een lagere zelfredzaamheid. De minimale score is 0 en de maximale score is 20.¹⁷ De grz heeft onder andere als doel om de zelfstandigheid van de patiënt te vergroten en het terugkeren naar de thuissituatie mogelijk te maken. Daarmee is het meten van de ontwikkeling van zelfredzaamheid een manier om de zorginhoudelijke prestatie van de grz in beeld te brengen.

De toename in Barthel-index komt vooral omdat de gemiddelde score bij opname in 2022 iets lager lag dan in 2019 terwijl de score bij ontslag vrijwel hetzelfde is (Figuur 16). Dit betekent dat patiënten bij opname in de grz in 2022 minder zelfredzaam waren dan in 2019. Een mogelijke oorzaak kan zijn dat – in lijn met ontwikkelingen als juiste zorg op de juiste plek – oudere

¹⁷ Zie ook de websiteteelmenten in de zorg (<https://meetinstrumentenzorg.nl>) over de Barthel index. De maximale score is afhankelijk van type schaal, in dit onderzoek werd de 20-puntsschaal gebruikt.

patiënten sneller (en minder zelfredzaam) uit het ziekenhuis worden ontslagen. De lagere Barthel-index bij binnenkomst kan ook een indicatie zijn dat de gemiddelde zorgzwaarte (en daarmee het beroep op verzorging en verpleging) is toegenomen.



Figuur 16: De gerealiseerde ontwikkeling in zelfredzaamheid tijdens behandeling in de grz is verbeterd tussen 2019 en 2022 gelet op de lagere Barthel bij opname. *Gemiddeld over de patiënten waarvoor de Barthel-index is aangeleverd van de 18 organisaties met bruikbare data.

Bijlage 1: Aanpak en proces

In opdracht van Actiz voerde SiRM dit onderzoek uit in drie stappen:

- 1 Vaststellen analyses en benodigde data | Als eerste stap stelden we de analyse-aanpak op en stemden we de bijbehorende data-uitvraag af met Gerimedica en controllers van verschillende grz-aanbieders.
- 2 Verzamelen van data | Daarna verzamelden we data middels de opgestelde data-uitvraag bij de deelnemende partijen. Deze data controleerden we en maakten we bruikbaar voor de data-analyse in stap 3.
- 3 Analyseren van data | Ten slotte voerden we de data analyse uit. De resultaten presenteerden we in twee werksessies. Hierin vroegen we controllers, managers en bestuurders in de grz om de analyses te duiden.

Stap 1 Vaststellen analyses en benodigde data

Door deskresearch en gesprekken met ActiZ en bestuurders in de grz bepaalden we de benodigde datapunten om de financiële situatie van de grz-aanbieders in kaart te brengen. Ook maakten we hypothesen om kenmerken die mogelijk invloed hebben op de financiële situatie te toetsen. Op basis hiervan stelden we de data-uitvraag op. In de uitvraag maakten we onderscheid naar data over de kenmerken, data over de productie (per schadelastjaar) en data over de kosten (per boekjaar) van organisaties. We stemden deze data-uitvraag af in een sessie met controllers van verschillende grz-aanbieders. De aanpassingen uit deze sessie toetsten we in drie gesprekken met controllers.

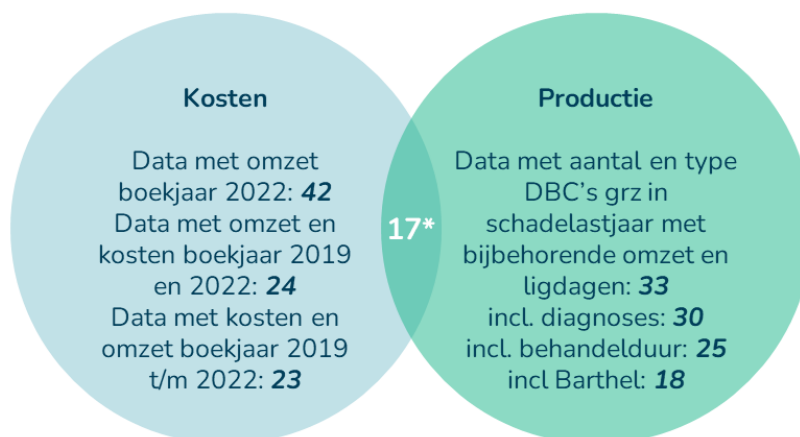
Eén van de belangrijke beslispunten in de data-uitvraag was de uitvraag van de kosten. Grz is vaak maar een klein deel van de totale zorg die een aanbieder levert, en de kosten voor deze zorg worden vaak niet apart geregistreerd. Aanbieders rekenen soms zelf kosten aan de grz toe maar dit gebeurt niet op een uniforme wijze. Daarom hebben we er voor gekozen om de kosten voor de totale organisatie uit te vragen en per type zorgprofessional (artsen, behandeldienst of verpleging en verzorging) de inzet voor de grz als onderdeel van de totale inzet van deze professional. Ook hebben we het aandeel ligdagen en de omzet voor de grz als deel van het totaal uitgevraagd. Met deze gegevens hebben we op een uniforme wijze een deel van de totale kosten toegewezen aan de grz.

Stap 2 Verzamelen data

De data-uitvraag is uitgezet bij 54 grz-aanbieders die aangegeven hebben mee te willen doen aan het onderzoek. Hiervan hebben uiteindelijk 42 organisaties data aangeleverd. We valideerden deze data en stelden eventuele vragen aan de controller van de organisatie. De 42 organisaties die data hebben aangeleverd waren in 2022 goed voor 42% van de omzet van de totale grz.

De bruikbaarheid van de data per organisatie verschilde sterk omdat de data niet altijd compleet was. De data-uitvraag bestond uit verschillende onderdelen (productie, kosten en kenmerken)

voor verschillende jaren (2019 t/m 2022). Voor veel organisaties waren niet alle onderdelen ingevuld of was de dataset slechts voor één of twee jaren ingevuld. Om ontwikkelingen van het financieel resultaat te analyseren moet de data over de kosten en de productie voor alle jaren compleet zijn. In Figuur 17 staat een overzicht van de beschikbare data. Voor elke analyse gingen we na welke data van welke organisaties bruikbaar was voor die specifieke analyse.



Figuur 17: Voor 17 van de 42 organisaties die data aan hebben geleverd was de data voor zowel de kosten als de productie bruikbaar. *Voor de combinatie van kosten met behandelduur was de data van 14 organisaties bruikbaar.

We ontvingen de data over de kosten per boekjaar terwijl we de productiedata per schadelastjaar ontvingen. De omzet voor de grz ontvingen we voor zowel het boek- als het schadelastjaar. Om het financieel resultaat voor een boekjaar te bepalen, bepaalden we de productiedata op basis van de ratio van de omzet tussen boek- en schadelastjaar.

Stap 3 Analyseren data

De verzamelde en gecorrigeerde data gebruikten we voor de data-analyse. Hiervoor gebruikten we in eerste instantie alle datapunten die beschikbaar waren voor de benodigde analyse. In het uiteindelijke rapport staan in sommige gevallen de resultaten van een beperktere dataset. Een voorbeeld hiervan is Figuur 8, waar de analyse voor 17 aanbieders in het rapport staan, terwijl de data beschikbaar is voor 33 aanbieders. We controleerden in deze gevallen of de resultaten voor deze verschillende groepen aanbieders een vergelijkbaar beeld lieten zien, deze resultaten zijn te zien in de analyses.

De resultaten van de eerste data analyse presenteerden we in twee werksessies met controllers, managers en bestuurders van grz-aanbieders. Zij hielpen de data te duiden en droegen een aantal suggesties voor vervolganalyses aan.