



finance  
ideas

# Inkoopkader Wlz

*Financiële context*

ActiZ

6 oktober 2023

MEER IMPACT MET MAATSCHAPPELIJK KAPITAAL

# De operationele marge van zorginstellingen is in de achterliggende jaren steeds verder onder druk komen te staan

## ActiZ wenst een financiële analyse in het kader van de bezwaren op het inkoopbeleid van zorgkantoren

Op 1 juni jl. hebben de zorgkantoren hun inkoopkader langdurige zorg voor de periode 2024-2026 gepubliceerd. Een belangrijke pijler uit de regionale inkoopkaders is dat zorgkantoren voor de komende drie jaar landelijk een richttarief van 95,5% van de NZa-maximumtarieven (exclusief NHC en NIC) willen hanteren voor de V&V-sector.\* Bij de onderbouwing van dit richttarief baseren de zorgkantoren zich op een analyse van ZN (2023b): 'Onderbouwing richttariefpercentages Wlz'.

Meer dan 250 VVT-organisaties hebben een kort geding aanspannen tegen het inkoopbeleid van de zorgkantoren van VGZ, Zilveren Kruis, CZ, Menzis, Zorg en Zekerheid en Salland (ActiZ, 2023b). ActiZ heeft in dit kader aan Finance Ideas gevraagd om een financiële analyse uit te voeren. De analyse bestaat uit twee rapportages. De eerste (separate) rapportage staat in het teken van het beoordelen van de onderbouwing van het richttarief; de tweede (voorliggende) rapportage richt zich op het inzichtelijk maken van de impact van zowel historische als toekomstige financiële ontwikkelingen.

## Zorginstellingen hebben vanuit banken en zorgkantoren te maken met financiële eisen

Organisaties in de ouderenzorg worden voornamelijk bekostigd vanuit de Wlz. De laatste decennia heeft een verschuiving plaatsgevonden naar cliëntvolgende bekostiging. In de nieuwe systematiek zijn zorginstellingen zelf financieel verantwoordelijk voor investeringen. Dit heeft geleid tot een ander risicoprofiel en als gevolg daarvan een ander financieel kader.

Veel zorginstellingen maken voor (een groot deel van) de investeringsopgave gebruik van externe (veelal bancaire) financiering. In de praktijk is bij zorginstellingen sprake van enige variatie in het aantal convenanten (en eventuele eigen interne sturingsnormen) en de bijbehorende normering. Ten behoeve van de voorliggende analyse hanteren wij een uniform marktconform financieel kader, waartegen de historische en toekomstige financiële ratio's worden afgezet. Daarbij wordt getoetst op de volgende vijf financiële ratio's: DSCR, solvabiliteit, EBITDAR, resultaat en liquiditeit.

## De operationele marge van zorginstellingen staat sinds 2017 steeds verder onder druk

In de analyse is zowel gekeken naar historische als toekomstige financiële ontwikkelingen. Met betrekking tot ontwikkelingen uit het verleden is de periode 2016-2022 als uitgangspunt genomen (2016 is het jaar waarop huidige tarieven zijn gebaseerd, 2022 is het jaar met de meest recente cijfers). Hiertoe is gebruik gemaakt van de ZorgRating database van Finance Ideas, waarin de jaarverslagen van zorginstellingen zijn opgenomen. De analyse is gebaseerd op 277 VVT-instellingen, die een groot deel van de sector vertegenwoordigen (selectie op basis van beschikbare meerjarige data).

De laatste jaren kenmerken zich door volatiele marktomstandigheden. Na een stabiele periode zijn de inflatie, energieprijzen, bouwkosten en rente fors gestegen. Deze negatieve ontwikkelingen worden in de zorg overigens deels gecompenseerd in de tarieven via de tariefindex (vaak echter wel met een jaar of meer vertraging). Dit werkt door in de financiële ratio's, die in 2022 duidelijk zijn verslechterd.

Verder is waarneembaar dat het ziekteverzuim in de achterliggende jaren fors is gestegen. Hetzelfde geldt voor personeel niet in loondienst (PNIL), waarvan de kosten in zes jaar tijd bijna zijn verdubbeld. In de maximumtarieven van de NZa – die sinds 2018 niet meer zijn herijkt – wordt hier niet voor gecorrigeerd. Deze ontwikkelingen zetten de operationele marge (EBITDAR) steeds verder onder druk.

Dit lijkt er onder andere toe te leiden dat veel zorginstellingen relatief gezien steeds minder investeren. Er is namelijk sprake van een duidelijke dalende lijn inzake de verhouding tussen de materiële vaste activa en de omzet en ook de kapitaallasten als percentage van de omzet zijn de afgelopen jaren gedaald. De druk op zowel de operationele marge (met taakstellingen tot gevolg) en het vermoedelijke onderinvesteren kunnen de kwaliteit van zorg onder druk zetten.



# Als gevolg van de ‘donkere wolken’ komt de financierbaarheid van alle zorginstellingen in het geding. Bijsturing is noodzakelijk

## Voor het toekomstige financiële beeld zijn voor negen ouderenzorginstellingen prognoses opgesteld

Op macro-economisch niveau komen er verschillende ‘donkere wolken’ op de ouderenzorg af. De stapeling van negatieve effecten in de vorm van de Wlz-tariefdruk (doorontwikkeling kwaliteitskader, meerjarig contracteren, ombuiging behandeling etc.), cao-loonstijging, hogere rentekosten, dure inzet van PNIL en de duurzaamheidsopgave, biedt reden tot zorgen. Door middel van een scenariostudie hebben we voor negen zorginstellingen die aangesloten zijn bij ActiZ de impact van deze ‘donkere wolken’ inzichtelijk gemaakt. Voor elke instelling hebben we met de begroting 2023 als uitgangspunt voor de exploitatie en de jaarrekening 2022 als uitgangspunt voor de balans (vermogen en liquiditeit) een instellingsspecifieke meerjarenraming opgesteld, waarin we de impact van de ‘donkere wolken’ doorrekenen. Hierbij is in eerste instantie het uitgangspunt gehanteerd dat zorginstellingen niet additioneel (bovenop begroting) bijsturen. De meerjarenraming en de invulling van de uitgangspunten zijn tot stand gekomen in samenwerking met een werkgroep en stuurgroep, waar afgevaardigden van negen zorginstellingen en ActiZ aan hebben deelgenomen.

## De operationele marge daalt door de tariefdruk en de cao-loonstijging. De kapitaallasten stijgen als gevolg van de investeringsopgave

De tariefdruk en cao-loonstijging leiden tot een daling van de opbrengsten en een stijging van de kosten. De cao-loonstijging heeft een grote impact op de personeelskosten. De gemiddelde personeelskosten stijgen van 72,4% in 2023 (als percentage van de omzet) naar 77,1% in 2025. De kostenstijging en opbrengstendaling werkt door op de EBITDAR-marge; deze daalt tussen 2023 en 2025 gemiddeld met 3,5%-punt. De kapitaallastenratio (afschrijvingen, huur en rente als percentage van de omzet) stijgt als gevolg van de ingerekende investeringsopgave naar gemiddeld 9,8% in 2030, ten opzichte van 7,0% in 2022. De kosten voor PNIL zijn voor zorginstellingen in de afgelopen jaren een grote kostendriver geweest; in de begroting 2023 houden alle negen zorginstellingen echter rekening met een daling van PNIL.

## Zonder bijsturing komt de financierbaarheid van zorginstellingen vanaf 2024 onder druk te staan

De ‘donkere wolken’ hebben over de gehele breedte een negatieve impact op de financiële ratio's. Vanaf 2024 realiseren 8 van de 9 instellingen een negatief resultaat en voldoen acht van de negen instellingen niet aan de gestelde DSCR norm, met een mogelijke covenant breach als gevolg. Deze prognose zet de financierbaarheid van alle zorginstellingen onder druk. Zonder bijsturing komt de financiële continuïteit van deze zorginstellingen in gevaar en de kwaliteit van de zorg in het geding.

## Hogere rente en inflatie kunnen de druk op het resultaat verder verhogen

Naast de ‘donkere wolken’ hebben we in een gevoeligheidsanalyse de impact doorgerekend van een tweetal overige risico's. Het gaat om een verdere toename van de rente en een structureel hogere kosteninflatie, die wel wordt gecompenseerd in de zorgtarieven maar niet in de NHC. Het gemiddelde effect op het resultaat van de hogere rente en inflatie is respectievelijk -0,4% en -0,6%-punt.

## Externe en interne bijsturingsmogelijkheden kunnen het effect van de ‘donkere wolken’ beperken

In de scenariostudie maken we onderscheid tussen interne en externe bijsturingsmogelijkheden. Zorgaanbieders beseffen dat de ouderzorg ook zelf moet transformeren. Instellingen kunnen zelf bijsturen door investeringen uit te stellen (scenario 1) of in versoepelde vorm door te voeren (scenario 2). Daarnaast kunnen zorgaanbieders bijsturen door de operationele marge te verbeteren. Hierbij maken we onderscheid tussen instellingen met een lage EBITDAR-marge in de sector (15<sup>e</sup> percentiel) die hun EBITDAR naar minimaal 5,5% kunnen brengen (scenario 3) en een generieke verbetering van de EBITDAR-marge met 1% voor alle zorgaanbieders (scenario 4). Tot slot maken we ook het effect inzichtelijk van externe bijsturing. Zo kan het basistarief met 1%-punt worden verhoogd (scenario 5) of de groei/verzwaring worden gerealiseerd met de inzet van PIL (scenario 6).



# Zowel interne als externe bijsturing is noodzakelijk om het probleem op te lossen

**Bijsturing op de investeringsopgave heeft een tijdelijk effect en vertraagt de kwaliteitsverbetering en verduurzaming van het vastgoed**

De effectiviteit van bijsturing op investeringen is het grootst voor de instellingen die een relatief grote investeringsopgave hebben (ten opzichte van de omvang van de organisatie). Het effect van uitstel van investeringen leidt tot een resultaatverbetering van +1,4%-punt. Dit effect is echter tijdelijk, omdat op de lange termijn (na twee jaar) de verschillende ratio's met hetzelfde tempo dalen. De versoering van de investeringen levert een resultaatverbetering van +0,6%-punt op. De negatieve consequenties van uitstel van investeringen (lagere besparing energiekosten, hogere onderhoudskosten, lagere efficiëntie personeel, lagere kwaliteit, etc.) en van versoering (verlies van kwaliteit) zijn niet doorgerekend.

**Een verbetering van de EBITDAR-marge naar 5,5% heeft een grote impact, maar lost de financiële tekorten niet op**

Een verbetering van de EBITDAR-marge naar 5,5% heeft een grote impact op de financiële ratio's. Gemiddeld genomen stijgt het resultaat met +1,9% en de solvabiliteit met 18,5%. Hierbij is uiteraard de vraag in hoeverre zorgaanbieders de operationele marge kunnen verbeteren, zonder dat dit ten koste gaat van de kwaliteit van zorg.

**PIL i.p.v. PNIL inzetten bij verzwaring/groei heeft een grote impact, maar is onvoldoende om aan het financieel kader te voldoen**

Verzwaring/groei van de zorg invullen met PIL in plaats van PNIL heeft gemiddeld genomen het grootste positieve effect. Deze maatregel leidt gemiddeld tot een resultaatverbetering van +3,9%-punt. Deze bijsturing heeft een groter effect dan het tarief met 1%-punt verhogen.

**Zowel interne als externe bijsturing is noodzakelijk om de impact van de 'donkere wolken' te reduceren**

Een sample van negen instellingen laat zien dat er variatie zit in de vertrekposities en in de financiële consequenties van de externe marktontwikkelingen. Wel is duidelijk dat een individuele bijsturingsmaatregel de financiële problemen niet oplost. Bijsturing op meerdere vlakken is nodig om de financiële positie van zorginstellingen te verbeteren. Zonder bijsturing komt de financiële positie van alle zorginstellingen zwaar onder druk te staan. Dit leidt tot een mogelijk breach van bancaire convenanten. Daarnaast heeft de financiële druk consequenties voor de kwaliteit van de zorg. Investeringen worden uitgesteld of versoerd, wat de kwaliteit van het vastgoed en de zorg verslechterd.



# Inhoudsopgave

0	Achtergrond en opzet analyse	5
1	Financieel kader	8
2	Historische context	11
3	Toekomstige investeringscapaciteit	21
#	Bijlagen	44



# 0 Achtergrond en opzet analyse



# ActiZ wenst een financiële analyse in het kader van de bezwaren op het inkoopbeleid van zorgkantoren

## Aanleiding

Op 1 juni jl. hebben de zorgkantoren hun inkoopkader langdurige zorg voor de periode 2024-2026 gepubliceerd. Een belangrijke pijler uit de regionale inkoopkaders is dat zorgkantoren voor de komende drie jaar landelijk een richttarief van 95,5% van de NZa-maximumtarieven (exclusief NHC en NIC) willen hanteren voor de V&V-sector.\* Bij de onderbouwing van dit richttarief baseren de zorgkantoren zich op een analyse van ZN (2023b): 'Onderbouwing richttariefpercentages Wlz'.

In alle zorgkantorregio's hebben verpleeghuisorganisaties massaal gebruik gemaakt van de mogelijkheid om vragen te stellen over of bezwaar te maken tegen het nieuwe inkoopbeleid. Zorgorganisaties zien het inkoopkader als bedreiging voor het toekomstbestendig maken van de ouderenzorg. Op regionaal niveau hebben zorginstellingen middels brandbrieven (gezamenlijk) alarm geslagen over de financiële situatie van hun organisaties. ActiZ (2023a) stelt dat de stapeling van financiële maatregelen en kostenstijgingen zo groot is dat de continuïteit en kwaliteit van zorg onder druk komen te staan.

Op 27 juli jl. is bekendgemaakt dat meer dan 250 VVT-organisaties een kort geding aanspannen tegen het inkoopbeleid 2024-2026 van de zorgkantoren van VGZ, Zilveren Kruis, CZ, Menzis, Zorg en Zekerheid en Salland (ActiZ, 2023b). De zitting vindt plaats op dinsdag 10 oktober 2023.

## Scope

De bezwaren van de zorgaanbieders tegen het inkoopbeleid zijn uiteengezet in de dagvaarding (voor elk van de genoemde zorgkantoren). De bezwaren concentreren zich met name op de navolgende zes punten:

1. De toegepaste korting op de NZa-maximumtarieven is niet reëel voor de te leveren zorg
2. De onderbouwing van het richttariefpercentage is gebrekkig
3. De onderbouwing van de regionale opslagen ontbreekt
4. Transparante en objectieve voorwaarden voor het toepassen van regionale opslagen ontbreken
5. De hardheidsclausule bevat onjuiste beoordelingscriteria inzake de financiële positie en organisatiestructuur van een zorginstelling
6. Informatie over de vergoeding van de NHC/NIC ontbreekt

Op 17 juli jl. heeft Maasdam Broers Fischer advocaten namens de zorgaanbieders de dagvaarding naar de zorgkantoren gestuurd. ActiZ heeft Finance Ideas gevraagd om met een financiële analyse de eerder genoemde bezwaren op het inkoopbeleid nader te onderzoeken/te onderbouwen. De analyse van Finance Ideas richt zich op bezwaar 1 en 2; de overige bezwaren vallen buiten de scope van het voorliggende onderzoek. De opzet en structuur van de analyse wordt hiernaast en op de volgende pagina nader uitgewerkt.

## Werkwijze

De analyse bestaat uit twee rapportages. De eerste (separate) rapportage staat in het teken van het beoordelen van de onderbouwing van het richttarief; de tweede (**voorliggende**) rapportage richt zich op het inzichtelijk maken van de impact van zowel historische als toekomstige financiële ontwikkelingen. Hierbij worden drie stappen onderscheiden, waarvan de doelen zijn weergegeven in onderstaande figuur.

Figuur 1 – Stappenplan



\* Op basis van het gepubliceerde inkoopbeleid zou het nieuwe richttariefpercentage oorspronkelijk 95,5% (vanaf 2024) bedragen. Op 13 september hebben de zorgkantoren besloten om het richttariefpercentage voor de V&V-sector in 2024 te verhogen naar 96,4% (ZN, 2023c). Het is niet duidelijk wat het richttariefpercentage voor de jaren 2025 en verder zal zijn. In de voorliggende rapportage wordt uitgegaan van een richttarief van 96,4% in 2024 en een richttarief van 95,95% voor 2025 en navolgende jaren (gebaseerd op het gemiddelde van 95,5% en 96,4%).



# De rapportage geeft inzicht in de historische en toekomstige financiële ontwikkelingen en de impact daarvan

## Leeswijzer

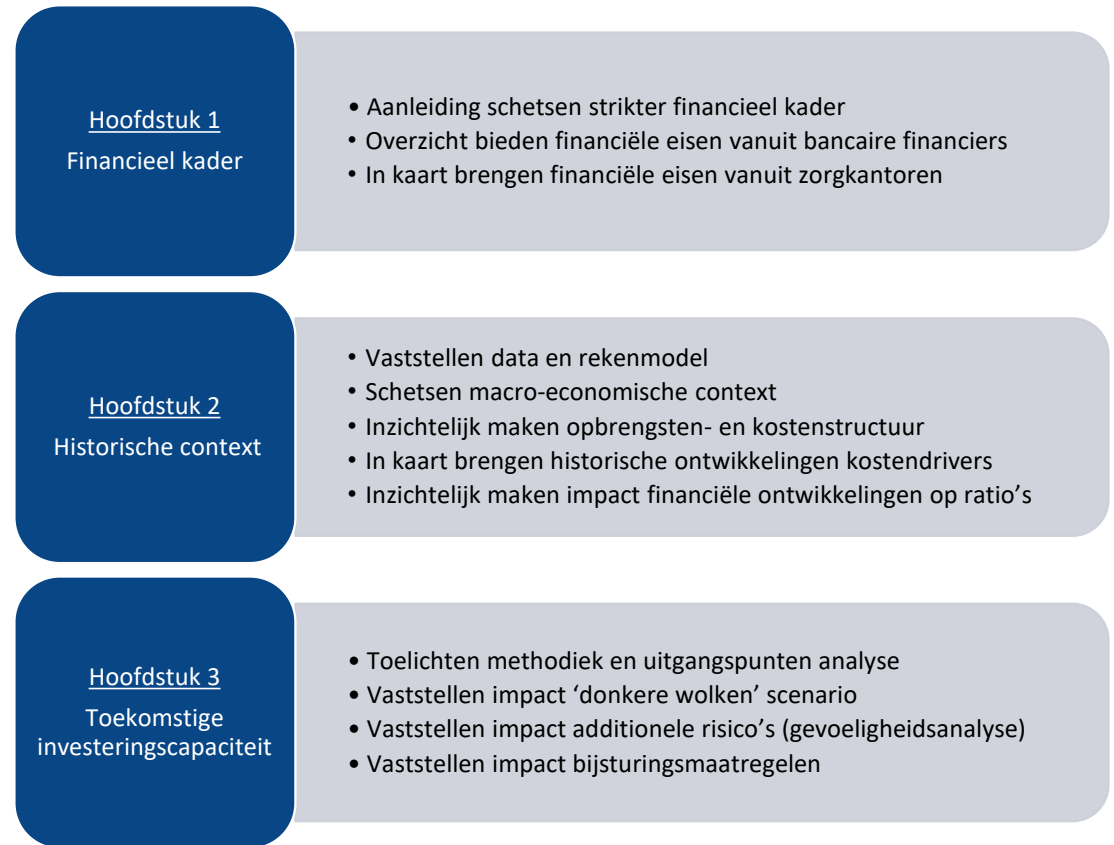
De voorliggende rapportage is gestructureerd aan de hand van drie hoofdstukken (zie figuur). De opzet sluit daarmee aan op de drie geïdentificeerde stappen/doelen (zie figuur op de voorgaande pagina).

We starten (in **hoofdstuk 1**) met het in kaart brengen van het financieel kader waar veel zorginstellingen mee te maken hebben. Daarbij gaat het primair om financiële eisen vanuit banken en zorgkantoren. Het financieel kader wordt verderop in de rapportage gebruikt om de ontwikkeling van de (historische en toekomstige) financiële ratio's in de sector in perspectief te plaatsen.

In **hoofdstuk 2** geven we inzicht in de historische financiële ontwikkelingen en de impact daarvan. Allereerst wordt een toelichting gegeven op de gehanteerde database (ZorgRating), onderzoeksperiode (2016-2022) en selectiecriteria. Vervolgens is kort de macro-economische context geschetst en de opbrengsten- en kostenstructuur inzichtelijk gemaakt. Daarna is bezien welke ontwikkeling de belangrijkste kostendrijvers in de afgelopen jaren hebben doorgemaakt. Tot slot is in kaart gebracht welke impact de kostenontwikkelingen hebben gehad op de financiële ratio's van zorginstellingen.

**Hoofdstuk 3** biedt inzicht in de impact van macro-economische factoren op de investeringscapaciteit en financierbaarheid van een groep (negen) geselecteerde zorginstellingen. Deze externe ontwikkelingen (zoals: doorontwikkeling kwaliteitskader, herijking NHC/NIC, nieuwe CAO) zullen de financiële positie van zorgaanbieders de komende jaren verder onder druk zetten en kunnen daarom niet los gezien worden van de tariefafspraken die zorgaanbieders maken met het zorgkantoor. We starten met een toelichting op de gehanteerde methodiek en uitgangspunten. Vervolgens gaan we in op de uitkomsten van het 'donkere wolken' scenario. Dit scenario geeft inzicht in de impact van de externe ontwikkelingen die op de sector af komen, zonder enige vorm van bijsturing. Aansluitend wordt de impact van een aantal additionele (externe) risico's voor het voetlicht gebracht. Daarbij wordt gekeken naar de gemiddelde impact op de groep zorgaanbieders. Tot slot zijn een aantal bijsturingsmogelijkheden vastgesteld. De bijsturing vindt plaats op het 'donkere wolken' scenario.

Figuur 2 – Inhoud rapportage





# 1 Financieel kader



# De uitkomsten van de analyse zetten we af tegen een marktconform financieel toetsingskader

## Aanleiding financieel kader bij zorginstellingen

Zorginstellingen opereren binnen verschillende wettelijke kaders, afhankelijk van het type zorg wat zij verlenen. Organisaties in de ouderenzorg worden voornamelijk bekostigd vanuit de Wlz. De laatste decennia heeft een verschuiving plaatsgevonden naar cliëntvolgende bekostiging. In de nieuwe systematiek zijn zorginstellingen zelf financieel verantwoordelijk voor investeringen. Dit heeft geleid tot een ander risicoprofiel en als gevolg daarvan een ander financieel kader.

Veel zorginstellingen maken voor (een groot deel van) de investeringsopgave gebruik van externe (veelal bancaire) financiering. Voor het bepalen van de maximale financiering en het analyseren van de financiële haalbaarheid op de lange termijn hanteren zij veelal een financieel toetsingskader. Deze normen zijn onder andere gebaseerd op de financiële convenanten die banken momenteel hanteren in de markt (plus een voorzichtigheidsmarge om financiële risico's te kunnen opvangen), eventueel aangevuld met een aantal interne sturingsnormen.

In de praktijk is bij zorginstellingen sprake van enige variatie in het aantal convenanten en de bijbehorende normering. Het niet voldoen aan een convenant kan juridisch leiden tot opeisbaarheid van de lening. Ten behoeve van de voorliggende analyse hanteren wij een uniform marktconform financieel kader, waartegen de historische en toekomstige financiële ratio's worden afgezet.

## Toelichting marktconforme financiële ratio's/normen

De ratio's uit het financieel kader zijn opgenomen en gedefinieerd in tabel 1. Onderstaand volgt een beknopte nadere toelichting.

- De **solvabiliteit** en DSCR\* komen regelmatig terug als bancaire convenant. De solvabiliteit geeft de vermogenspositie weer. Financiers hechten hier minder waarde aan dan aan de andere financiële ratio's, mede omdat het bij de solvabiliteit om niet direct beschikbaar vermogen gaat.
- De **DSCR** zegt iets over de mate waarin een zorginstelling vanuit de operationele kasstroom aan haar rente- en aflossingsverplichtingen kan voldoen. Hoewel historisch gezien de convenanten soms lager liggen, vereisen banken tegenwoordig bij het afsluiten van nieuwe financiering een minimale DSCR van 1,4 en een minimale solvabiliteit van 25%.
- Steeds vaker komen de net debt / EBITDA\*\* of een absolute EBITDA(R)-eis terug als bancaire convenant. De **EBITDAR** is een benadering voor de vrije kasstromen en geeft aan hoeveel ruimte er is voor afschrijvingen, rente en huur. De normering is businesscase specifiek. In het financieel kader wordt de EBITDAR derhalve alleen als signaleringsnorm gehanteerd.
- Het **resultaat** komt niet altijd terug als directe eis bij banken. Toch stellen zij vaak impliciet de eis dat het resultaat minimaal positief moet zijn. In de algemene voorwaarden van de kredietovereenkomst is vaak aangegeven dat het resultaat in ieder geval niet drie jaar op rij negatief mag zijn. Een structureel positief resultaat draagt bij aan de noodzakelijke

vermogensopbouw om toekomstige risico's op te vangen en investeringen uit te voeren. Ten behoeve van interne sturing kan het resultaat ook worden uitgesplitst in het zorg- en vastgoedresultaat.

- Ten aanzien van de **liquiditeit** hanteren we een gewenste liquiditeitsbuffer van 1,5 maand omzet. Dit komt grofweg overeen met de richtlijnen die het WFZ hanteert (WFZ, 2021).

Tabel 1 – Financieel toetsingskader

Financiële ratio	Definitie	Norm
DSCR	EBITDA / (financiële baten en lasten + aflossingen)	≥ 1,4
Solvabiliteit	Eigen vermogen / totaal vermogen	≥ 25%
EBITDAR	EBITDAR / omzet	n.v.t.***
Resultaat	Resultaat / omzet	≥ 1-2%
Liquiditeit	Omzet / liquide middelen	≥ 1,5 maand omzet

\* DSCR = Debt Service Coverage Ratio.

\*\* EBITDAR = Earnings Before Interest Taxes Depreciation Amortization and Rent = bedrijfsresultaat + afschrijvingen + huur en leasing.

\*\*\* De EBITDAR geeft aan hoeveel ruimte er is voor afschrijvingen, rente en huur. De normering vanuit financiers (indien van toepassing) is businesscase specifiek, en mede afhankelijk van de investeringsopgave.



# Zorgkantoren beoordelen de financiële gezondheid van zorginstellingen, maar zijn niet expliciet over de normering

## Zorgkantoren hanteren (meer impliciet) ook financiële eisen

Zorginstellingen hebben ook vanuit zorgkantoren te maken met financiële eisen. In het kader van informatievoorziening wordt onder andere verwacht dat zorginstellingen inzicht bieden in de financiële positie van de organisatie. Inhoudelijk is er sprake van overlap met de financiële convenanten die banken en overige partijen (zoals gemeenten, die overigens buiten de scope vallen) hanteren. De frequentie en mate van detail is onder andere afhankelijk van het feit of er sprake is van een nieuwe samenwerkingsrelatie tussen zorgkantoor en zorgaanbieder.

## Nieuwe zorginstellingen moeten financieel gezond zijn

Voor nieuwe zorginstellingen (en bestaande aanbieders die een overeenkomst met een voor hen 'nieuw' zorgkantoor willen sluiten) geldt dat zij – naast de bestuursverklaring – onder meer een ondernemingsplan moeten aanleveren. Eén van de elementen van het ondernemingsplan betreft het financieel plan. In het financieel plan wordt een toelichting gegeven op de financiële positie van de zorgaanbieder, evenals een realistische omzetprognose. Hieruit moet een duidelijk beeld ontstaan dat de onderneming financieel gezond is, er geen sprake is van een negatief eigen vermogen en een positief resultaat verwacht wordt, waardoor borging van de continuïteit van zorg aannemelijk is.\* Er wordt niet expliciet benoemd op welke ratio's wordt getoetst en wat de definitie van 'financieel gezond' is. Het is echter aannemelijk dat daarbij wordt gekeken naar ratio's die in de markt gebruikelijk zijn (zie ook voorgaande pagina).

## Zorginstellingen moeten verplicht financiële gegevens aanleveren

Van bestaande zorginstellingen wordt verwacht dat zij – in het kader van de reguliere informatievoorziening – op eigen initiatief gegevens aanleveren. Het gaat daarbij onder meer om financiële informatie. Meer specifiek wordt gevraagd om:\*\*

- De (financiële) jaarverantwoording. Daarnaast verschaft de zorgaanbieder desgevraagd inzicht in de opbouw en besteding van het eigen vermogen.
- Nader inzicht in de financiële vermogenspositie (inclusief solvabiliteit, rentabiliteit, liquiditeit) en de Reserve Aanvaardbare Kosten (RAK-)positie.
- Medewerking aan het zogeheten Early Warning System (EWS). Per kwartaal dient in een gestandaardiseerd format gerapporteerd te worden over het verwachte resultaat, ziekteverzuim en eventuele liquiditeitsknelpunten.

In aanvulling hierop wordt tevens gesteld dat het zorgkantoor het recht heeft om van de zorgaanbieder alle informatie op te vragen die het nodig heeft voor het uitoefenen van zijn taken in het kader van de Wlz. Het uitgangspunt daarbij is dat de uitvraag niet tot onnodige extra administratieve lasten leidt.

Evenals bij de informatie-uitvraag voor nieuwe zorginstellingen (zoals hiervoor omschreven), wordt niet geëxpliciteerd wat de financiële eisen zijn waartegen de prestaties van de zorginstellingen worden afgezet.

## Bij de hardheidsclausule staat het eigen vermogen centraal

Met betrekking tot de inkooptarieven hanteren de zorgkantoren een bepaalde tariefsystematiek. Indien deze systematiek een voor een zorgaanbieder onvoorzien en onredelijk benadelend gevolg heeft, dan is er in uitzonderlijke gevallen de mogelijkheid voor individuele aanbieders om een beroep te doen op de zogeheten hardheidsclausule.\*\*\*

Hierbij moet worden aangetoond dat de zorg op een doelmatige manier wordt geleverd, maar het tariefpercentage niet kostendekkend is. De zorgkantoren nemen de financiële positie en organisatiestructuur mee en beoordelen of er operationele verbeteringen mogelijk zijn. Daarbij wordt ook gekeken naar het eigen vermogen en de financiële reserves.

In de landelijke nota van inlichtingen (ZN, 2023a) wordt dit nader geconcretiseerd. Bij een beroep op de hardheidsclausule beoordeelt het zorgkantoor of de financiële positie van een zorgaanbieder voldoende ruimte biedt om een tekort op te vangen. Daarbij hanteert zij als uitgangspunt dat 50% van het eigen vermogen na een afslag van 15% van de Wlz-omzet op het totale eigen vermogen daarvoor beschikbaar is.

## Een hoog resultaat kan leiden tot een lager tariefpercentage

Uit het inkoopbeleid van de zorgkantoren komt ook naar voren dat zij – indien een zorgaanbieder een hoog resultaat haalt – tot lagere tariefpercentages kunnen overgaan. Er wordt echter niet gedefinieerd wat een 'hoog positief resultaat' precies is.

\* Zie daarvoor het inkoopbeleid/-document van de verschillende zorgkantoren (veelal in het hoofdstuk dat handelt over het inkoopproces).

\*\* Zie bijlage 1 en 2 bij het inkoopbeleid/-document per zorgkantoor, deel III: algemeen deel, hoofdstuk 2: Informatievoorziening, overleg en uitwisseling van gegevens, artikel 11.

\*\*\* Zie daarvoor het inkoopbeleid/-document van de verschillende zorgkantoren (veelal in het hoofdstuk dat handelt over de financiering) en bijlage 7 (onderbouwing richttariefpercentages Wlz).



# 2 Historische context

# Voor de analyse op sectorniveau zijn 277 zorginstellingen onderdeel van de sample

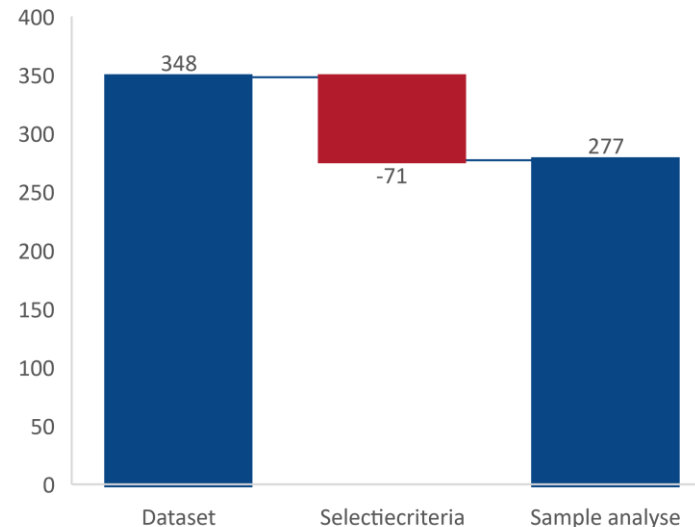
## Selectiecriteria zorginstellingen

Voor de analyse in hoofdstuk 2 wordt gebruik gemaakt van de door zorginstellingen gepubliceerde (geconsolideerde) jaarrekeningcijfers tot en met 2022, die zijn vastgelegd in de Finance Ideas ZorgRating database. Uit de database is een pragmatische selectie van instellingen gemaakt om te komen tot een groep zorginstellingen in de verpleging, verzorging en thuiszorg (VVT). In totaal zijn 277 zorginstellingen onderdeel van de analyse, met een totale omzet van € 19,4 miljard en een Wlz-omzet van € 13,0 miljard in 2022.\*

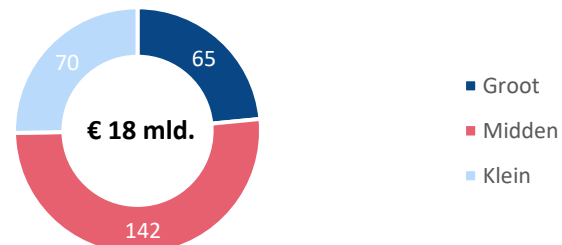
De ZorgRating database bestaat uit 348 unieke zorginstellingen met de concerntypering WTZI 'VVT', conform de DigiMV dataset. Voor de analyse zijn alleen zorginstellingen meegenomen waarvoor alle jaarverslagen in de periode 2016-2022 beschikbaar zijn. Dit impliceert dat 71 instellingen uit de database niet zijn meegenomen in de analyse. De uiteindelijke sample voor de analyse bestaat dus uit 277 zorginstellingen.

Zorginstellingen met een omzet van meer dan € 100 miljoen krijgen de kwalificatie groot (65 zorginstellingen). Zorginstellingen met een omzet tussen de € 15 miljoen en € 100 miljoen krijgen de kwalificatie midden (142 zorginstellingen). Zorginstellingen met een omzet kleiner dan € 15 miljoen krijgen de kwalificatie klein (70 zorginstellingen). Dit komt overeen met de categorisering die ActiZ intern hanteert.

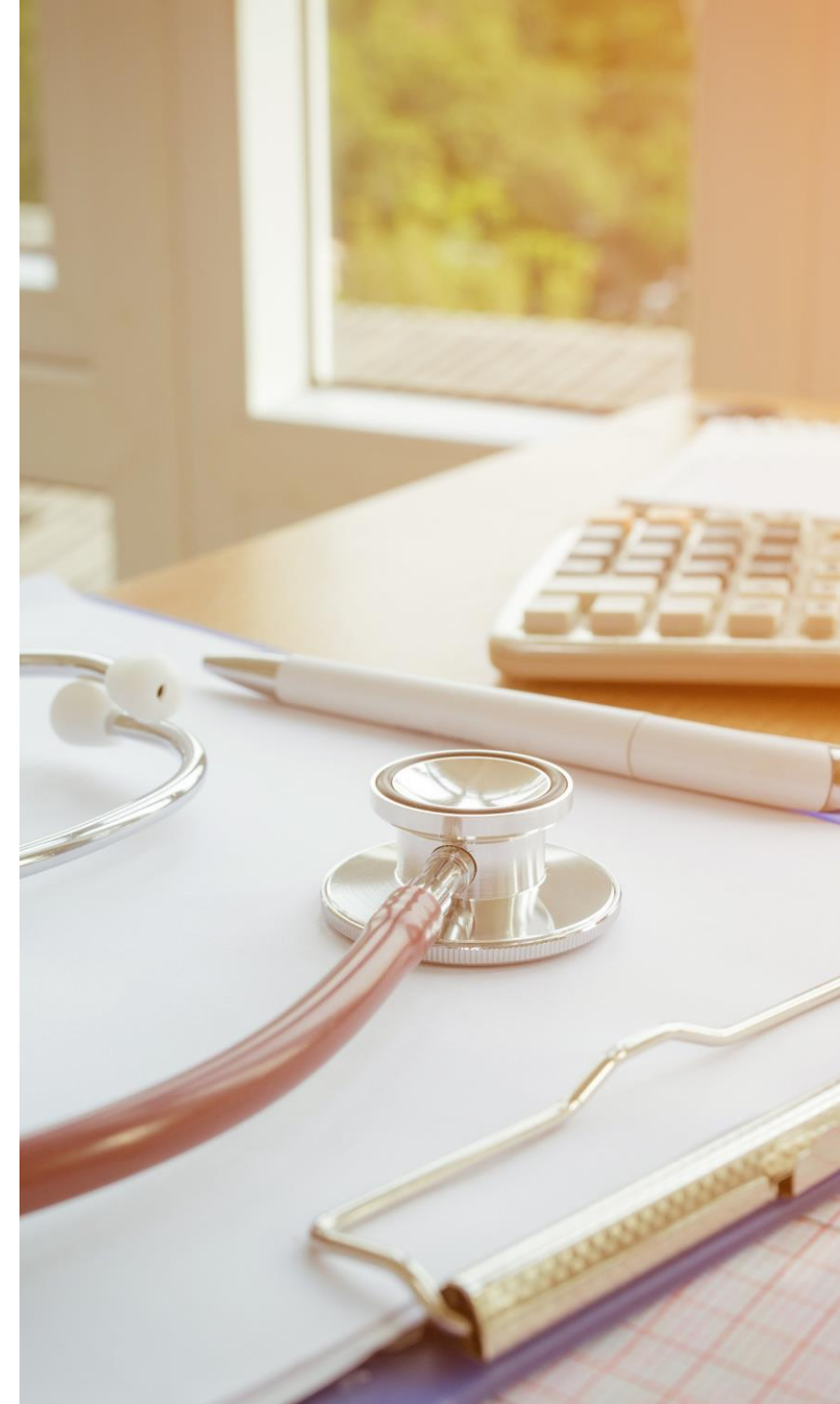
Figuur 3 – Selectiecriteria ZorgRating database



Figuur 4 – Verdeling naar omvang zorginstellingen



12 \* Ter vergelijking: in 2021 waren er 1.063 instellingen actief in de VVT met een totale Wlz-omzet van € 14,9 miljard (CBS, 2023a). Dit laat zien dat in de ZorgRating database vooral kleine instellingen wegvallen (in ZorgRating wordt namelijk een minimale omzetgrens gehanteerd).



# Door volatiele marktomstandigheden zijn de inflatie en rente in een korte periode flink gestegen

## Vanaf 2022 zijn de marktomstandigheden volatiel

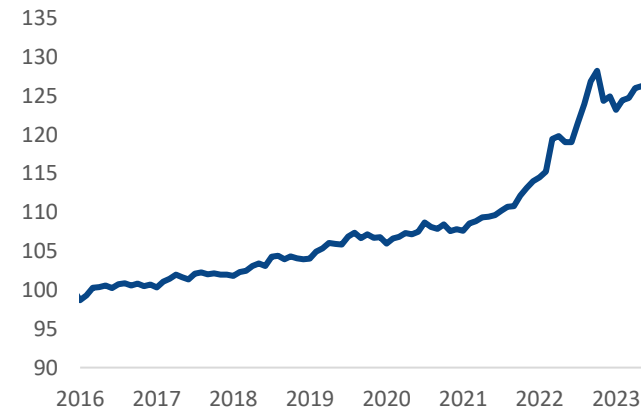
De huidige Wlz-tarieven zijn gebaseerd op het kostprijsonderzoek dat in 2018 is uitgevoerd door KPMG. Dit kostprijsonderzoek is gebaseerd op de jaarcijfers van 2016. Voor lange tijd waren de marktomstandigheden relatief stabiel. Vanaf 2022 werden zorginstellingen geconfronteerd met volatiele marktomstandigheden. Belangrijke macro-economische kostendrijvers, die in het verleden nog een relatief vlakke curve lieten zien, kennen de laatste twee jaar een extreme ontwikkeling.

Cijfers van het CBS laten tot 2022 zien dat de inflatie stabiel was rond de streefinflatie van de ECB van 2,0% (CBS, 2023b). Vanaf 2022 is er sprake van sterke inflatie; het CPI is tussen 1 januari 2022 en 31 juli 2023 met ruim 11% gestegen. De energielasten waren een belangrijke driver voor de stijging van de inflatie. In oktober 2022 piekten de energieprijzen. Sindsdien is er een daling van de energielasten waarneembaar, maar deze liggen nog steeds ruim hoger dan het niveau voor 2022 (CBS, 2023c). Met name voor de zorginstellingen die in 2022 een nieuw energiecontract hebben afgesloten is dit nadelig. Ook de bouwkosten en de marktrente hebben vanaf 2022 een forse stijging doorgemaakt (Refinitiv Eikon, 2023). De 10-jaars IRS EUR, een benadering voor de basisrente bij langlopende leningen, bedraagt in augustus 2023 ruim 3%, terwijl deze in 2021 nog negatief was. De bouwkosten zijn vanaf 2022 met bijna 10% gestegen (CBS, 2023d).

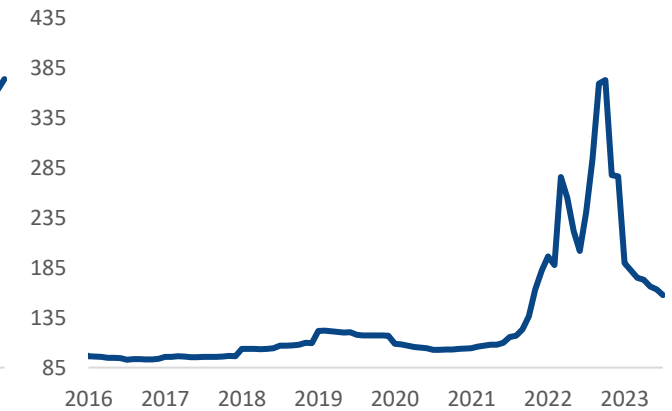
Deze negatieve ontwikkelingen worden in de zorg overigens grotendeels (eventueel met een jaar vertraging) gecompenseerd in de tarieven via de tariefindex. De cao-ontwikkelingen landen in de OVA (component personeel) en de inflatie komt terug in de indexatie van de componenten materieel en NIC. Met name de bouwkosten, huurkosten, rentekosten en stijging PNIL landen beperkt, veel later of niet in de tarieven.

\* De indexen zijn omgerekend naar basisjaar 2016.

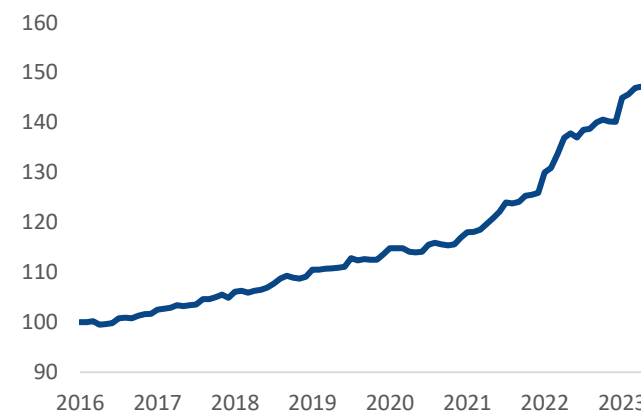
Figuur 5 – Ontwikkeling inflatie (2016 = 100)\*



Figuur 6 – Ontwikkeling energieprijzen (2016 = 100)\*



Figuur 7 – Ontwikkeling bouwkosten (2016=100)\*



Figuur 8 – Ontwikkeling 10-jaars IRS EUR marktrente\*



# De personeelskosten vormen met 73% de grootste kostenpost voor zorginstellingen

## Wlz belangrijkste opbrengstenstroom

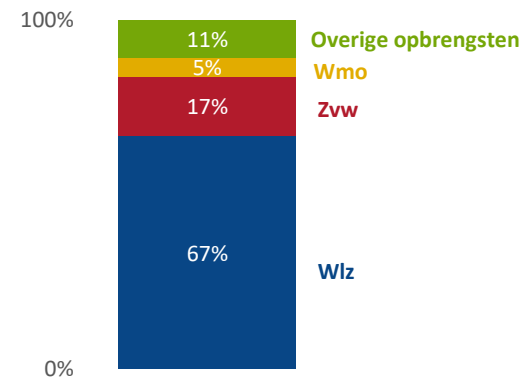
De Wlz is de belangrijkste bekostigingsstroom voor instellingen in de VVT. Het richttarief van de zorgkantoren heeft betrekking op de Wlz. Van de totale opbrengsten komt gemiddeld genomen 67% vanuit de Wlz. De totale Wlz-opbrengsten van alle zorginstellingen in deze analyse bedragen in 2022 circa € 13 miljard. Een korting op de Wlz-tarieven zal impact hebben op de omzet van zorginstellingen. Vanuit de Zvw wordt onder andere de wijkverpleging, eerstelijns verpleging en geriatrische revalidatiezorg gefinancierd. Gemiddeld komt 17% van de omzet uit de Zvw. Vanuit de Wmo wordt onder meer thuiszorg bekostigd. Het gemiddelde aandeel Wmo is 5%. Onder de overige opbrengsten vallen onder andere de subsidies en overige opbrengsten. Deze bekostigingsstromen zijn goed voor 11% van de omzet.

## Personeelskosten grootste kostenpost

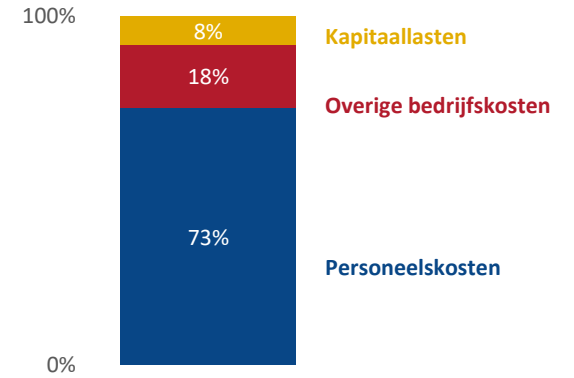
Personeelskosten (73% van de totale kosten) zijn de grootste kostendriver van zorginstellingen. Het percentage personeel in loondienst varieert van 26% tot 96% van de totale kosten. De kosten voor personeel niet in loondienst (PNIL) betreffen 10% van de totale personeelskosten.

De overige bedrijfskosten beslaan 18% van de totale kosten. In deze categorie hebben de algemene kosten het grootste aandeel. De kosten voor onderhoud en energie worden beïnvloed door de sterke stijging van de bouw- en energiekosten. De omvang van deze kostenpost is echter beperkt, waardoor de stijging van bouw- en energiekosten een minder groot effect heeft dan de stijging van de inflatie. De kapitaallasten betreffen 8% van de totale kosten.

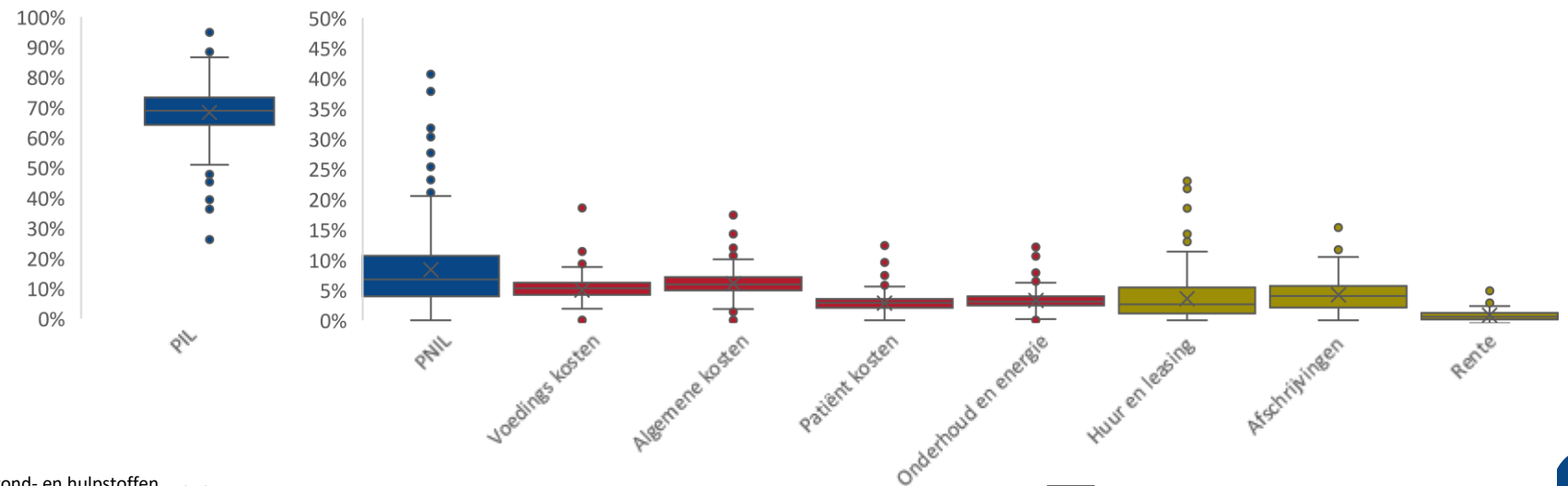
Figuur 9 – Verdeling opbrengstensoorten 2022 (% opbrengsten)



Figuur 10 – Verdeling kostensoorten 2022 (% kosten)



Figuur 11 – Spreiding kosten 2022 (% totale kosten)



14 \* Onder de patiëntgebonden kosten vallen ook de kosten voor grond- en hulpstoffen.

✕ Gemiddelde

— Mediaan

▬ Eerste en derde kwartiel

┌ └ Maximum/minimum

• Outlier

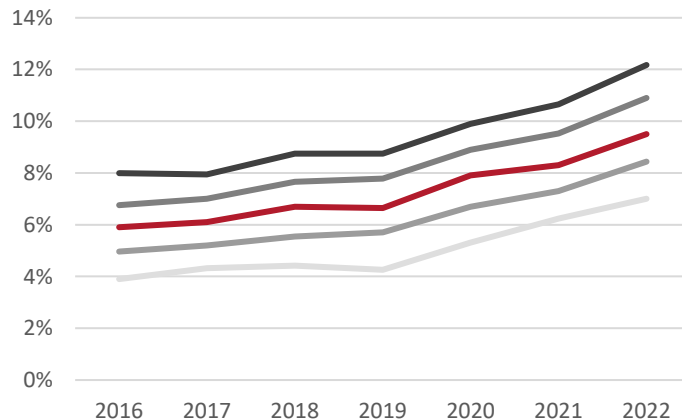


# Toename van personeel niet in loondienst is de belangrijke driver voor de stijging van de personeelskosten

## Het ziekteverzuim in de sector stijgt al enkele jaren

In 2016 lag het ziekteverzuim in de VVT gemiddeld op 5,9%. Mede door de hoge werkdruk is het ziekteverzuim vanaf 2020 aanzienlijk gestegen (FZT, 2022). In 2020 lag het ziekteverzuim gemiddeld op 8%. In de jaren daarna is het gemiddelde ziekteverzuim gestegen tot bijna 10%. Voor 10% van de zorginstellingen ligt het ziekteverzuim zelfs boven de 12%. Een hoog ziekteverzuim maakt het voor zorginstellingen lastig om de werkroosters te vullen en leidt tot extra personeelslasten.

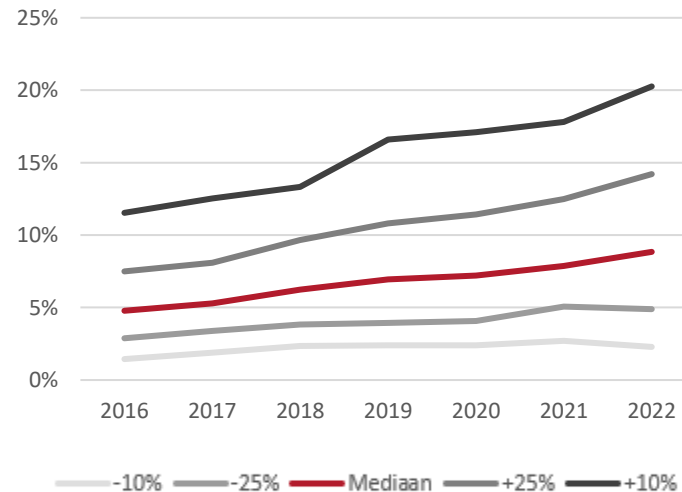
Figuur 12 – Ontwikkeling ziekteverzuim



## Kosten PNIL sinds 2016 ieder jaar gestegen

Zorginstellingen maken gebruik van PNIL om gaten in werkroosters te vullen, die niet kunnen worden ingevuld door het eigen personeel. Daarnaast is de hogere PNIL een gevolg van de flexibilisering van de arbeidsmarkt. Het aandeel PNIL is hierdoor een goede graadmeter voor de financiële tekorten die zijn ontstaan. In 2016 waren de kosten voor PNIL 4,8% van de totale personeelskosten. Vanaf 2016 is het aandeel PNIL jaarlijks gestegen. In 2022 waren de kosten voor PNIL gemiddeld 9,0% van de totale personeelskosten. Voor 10% van de zorginstellingen was het aandeel PNIL zelfs meer dan 20%. Het uurtarief voor PNIL is hoger dan voor personeel in loondienst (PIL). De inzet van PNIL resulteert dus direct in hogere personeelskosten.

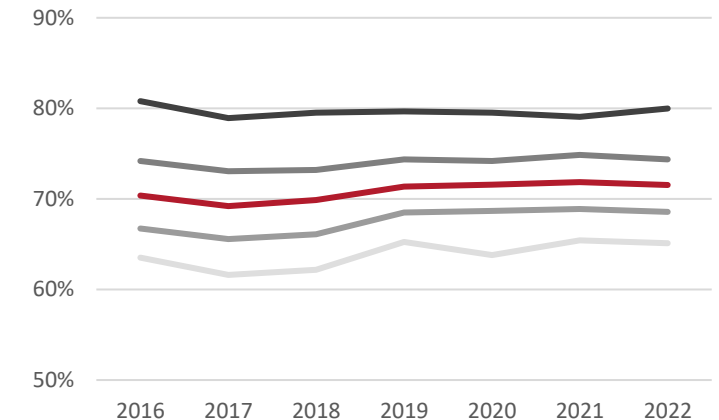
Figuur 13 – Ontwikkeling PNIL\*



## Personeelskosten grootste kostenpost

De personeelskosten zijn de grootste kostendriver voor zorginstellingen. In 2016 waren de personeelskosten gelijk aan 70,4% van de omzet. Ultimo 2022 zijn de personeelskosten gelijk aan 71,5% van de omzet. Ten opzichte van 2021 zijn de personeelskosten in 2022 met 0,3% gedaald. Door wijziging van wet- en regelgeving is de post 'overige personeelslasten' vanaf 2022 onderdeel van de overige bedrijfskosten. Voorheen vielen deze onder de totale personeelskosten. Verschuiving van deze post verklaart de daling van de personeelskosten. Onbekend is hoe groot het effect is. In bijlage 1 is een inschatting gemaakt van het mogelijke effect indien de rubricering niet was gewijzigd. Als de rubricering niet was gewijzigd, zouden de personeelslasten ongeveer 1,2% hoger liggen.

Figuur 14 – Ontwikkeling personeelskosten\*\*



15 \* PNIL als percentage van de personeelskosten.  
 \*\* Personeelskosten als percentage van de omzet.





# Zorginstellingen hebben ondanks de hoge inflatie de kostenstijging van de overige bedrijfskosten weten te beperken

## Ontwikkeling materiële kosten

De overige bedrijfskosten zijn goed voor 18% van de totale kosten. De overige bedrijfskosten bestaan uit de algemene kosten, patiëntgebonden kosten, voedingskosten en onderhoud- en energiekosten.

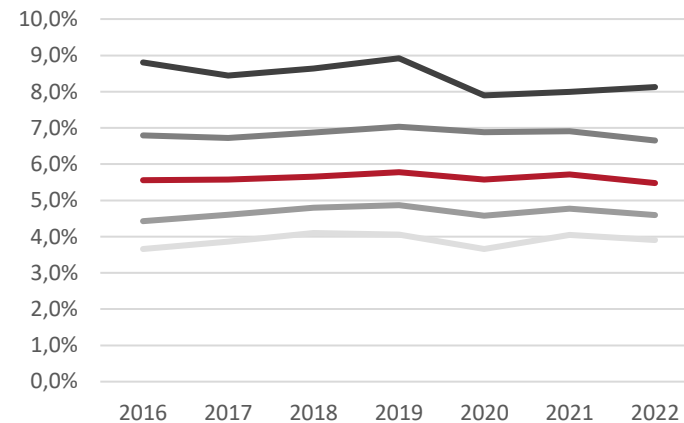
Onder algemene kosten vallen onder andere de kosten voor administratie en algemeen beheer. De algemene kosten zijn historisch gezien stabiel (jaarlijks circa 5,5% van de omzet).

Het aandeel van de voedingskosten op het totaal is sinds 2016 gedaald. In 2016 werd 6,0% van de kosten aan voeding uitgegeven. In 2021 was dit gedaald tot 4,7%. In 2022 zijn de voedingskosten gestegen naar 5,0%; aannemelijk is dat de inflatie een rol heeft gespeeld bij deze stijging.

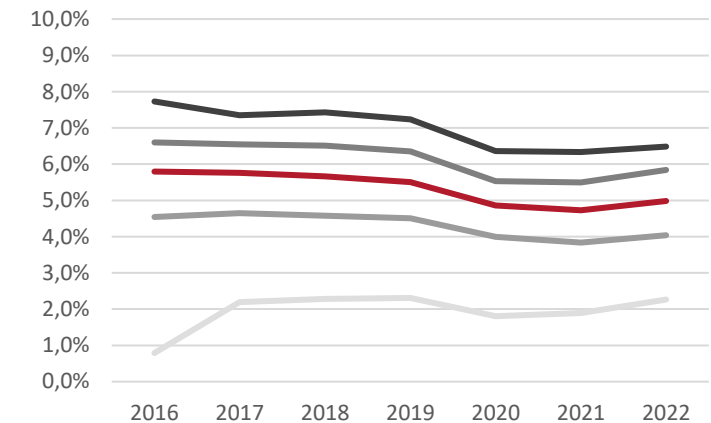
Onder de patiëntgebonden kosten vallen onder andere de kosten voor medicijnen. Op totaalniveau bedragen de patiëntgebonden kosten circa 2,7% van de omzet in 2022. Deze kosten worden beïnvloed door de inflatie. Gezien de beperkte omvang van deze kostenpost is het effect van de hoge inflatie beperkt gebleven.

Tussen 2020 en 2022 zijn de energieprijzen fors gestegen. Het effect van de gestegen energielasten is goed zichtbaar bij de 10% instellingen met de hoogste onderhoud- en energiekosten. Gezien de beperkte omvang van deze kostenpost is het effect bij de overige instellingen beperkt.

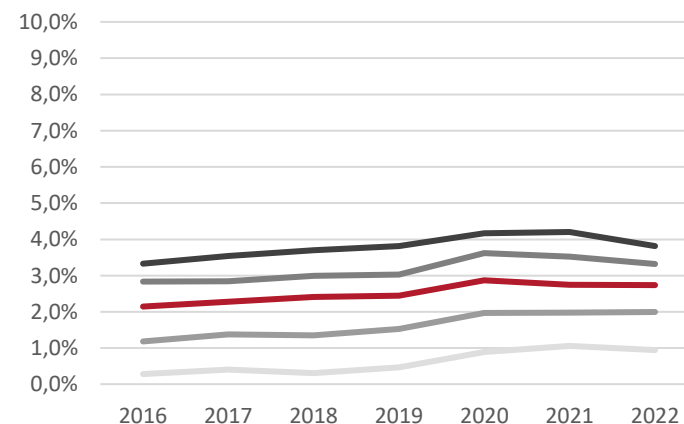
Figuur 15 – Ontwikkeling algemene kosten\*



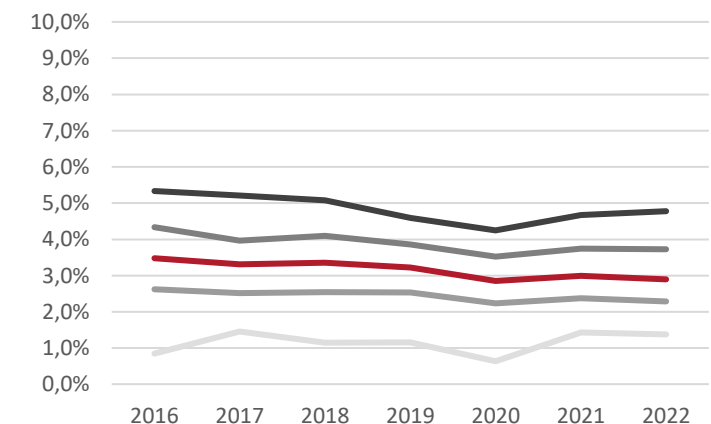
Figuur 16 – Ontwikkeling voedingskosten\*



Figuur 17 – Ontwikkeling patiëntgebonden kosten\*



Figuur 18 – Ontwikkeling onderhoud- en energiekosten\*

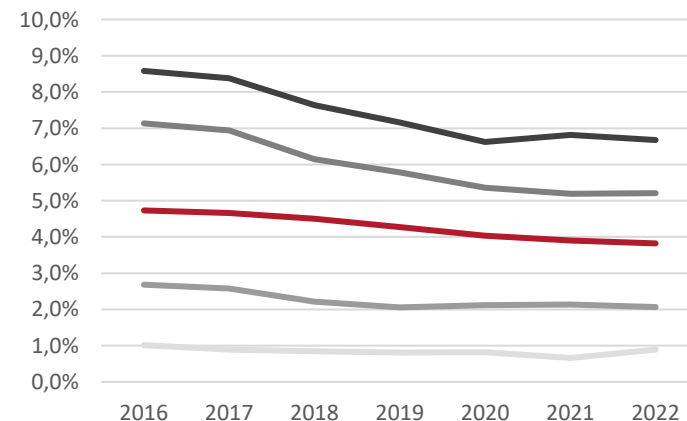


# Lage rente en beperkte investeringen mogelijke redenen voor daling van de kapitaallastenratio's

## Lager investeringsniveau leidt tot lagere afschrijvingen

De afschrijvingen laten gemiddeld genomen een dalend verloop zien ten opzichte van 2016. De gemiddelde afschrijvingen zijn gedaald van 4,7% (2016) naar 3,8% (2022). Een daling van de afschrijvingen wijst er mogelijk op dat er afgelopen jaren onvoldoende geïnvesteerd is om de materiële vaste activa (waaronder het vastgoed) op peil te houden. Op slide 19 is de ontwikkeling van de materiële vaste activa nader toegelicht.

Figuur 19 – Ontwikkeling afschrijvingen\*

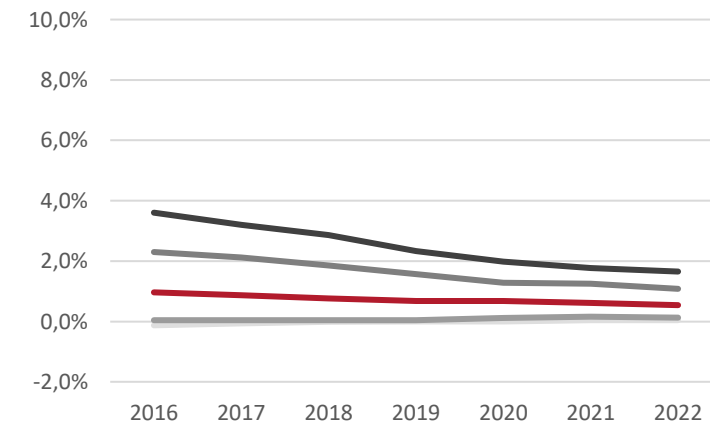


\* Kosten als percentage van de omzet.

## De rentelasten van zorginstellingen dalen

De historische ontwikkeling van de rente laat gemiddeld genomen een dalend verloop zien. De gemiddelde rentelasten (als percentage van de totale omzet) zijn gedaald van 1,0% naar 0,5%. Twee mogelijke redenen kunnen deze daling verklaren. Zorginstellingen die in deze periode nieuwe leningen hebben afgesloten, hebben geprofiteerd van de historisch lage rente. Een tweede verklaring voor de gedaalde rentelasten is dat zorginstellingen minder zijn gaan investeren, waardoor er minder financiering is aangetrokken. Dat zorginstellingen minder zijn gaan investeren is ook terug te zien in de ontwikkeling van de afschrijvingen.

Figuur 20 – Ontwikkeling rente\*

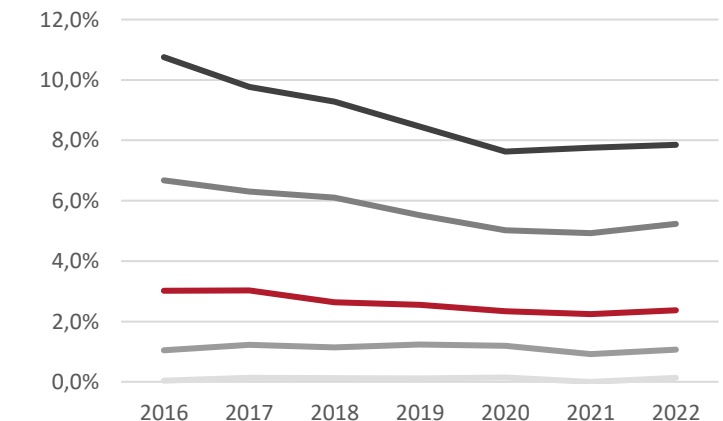


— -10% — -25% — Mediaan — +25% — +10%

## Huurlasten blijven ondanks hoge inflatie redelijk stabiel

Naast het hebben van vastgoed in eigendom huren veel zorginstellingen een gedeelte van hun vastgoedportefeuille. De gemiddelde kosten voor huur en leasing liggen tussen de 2% en 3%. In 2022 is er bij de instellingen die relatief hoge huurlasten hebben een lichte stijging te zien van de gemiddelde huurlasten. De stijging van de huurlasten komt waarschijnlijk door de gestegen inflatie. Huurcontracten worden in de meeste gevallen jaarlijks geïndexeerd met inflatie (hoewel er ook veel verhuurders zijn die in het 2022 maatwerk hebben toegepast).

Figuur 21 – Ontwikkeling huur en leasing\*

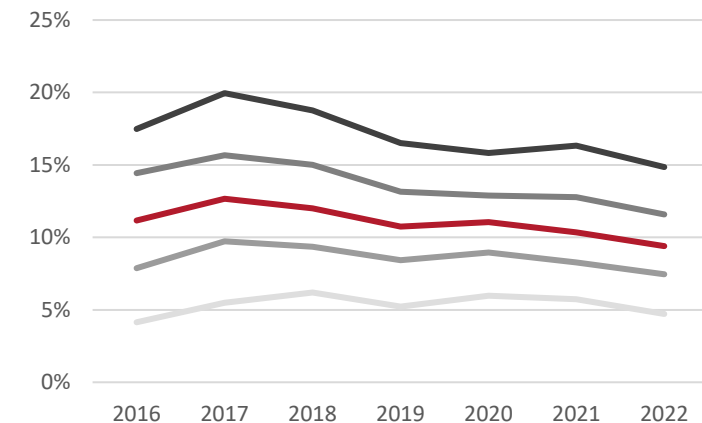


# De EBITDAR-marge laat al sinds 2017 een dalende trend zien. Wegvallen compensatie zorgt voor druk op het resultaat

## EBITDAR-marge daalt tot onder de 10%

In 2017 lag de gemiddelde EBITDAR-marge op 12,7%. De gemiddelde EBITDAR-marge is in 2022 gedaald tot 9,4%. De EBITDAR-marge is een benadering voor de operationele marge. Een goede operationele marge is ook noodzakelijk om voldoende ruimte te hebben voor investeringen. De stijging van de personeelskosten en de overige bedrijfskosten zorgt voor een daling van de EBITDAR-marge. Het effect van deze stijging was in 2020 en 2021 beperkt zichtbaar vanwege de covid-compensatie. Nu de compensatie is weggefallen, daalt de EBITDAR-marge weer. Daarnaast is de daling van de EBITDAR-marge groter dan de daling van het resultaat. De druk op de EBITDAR-marge wordt dus deels opgevangen door lagere investeringen, wat ook weer leidt tot lagere rentelasten (geen nieuwe financiering).

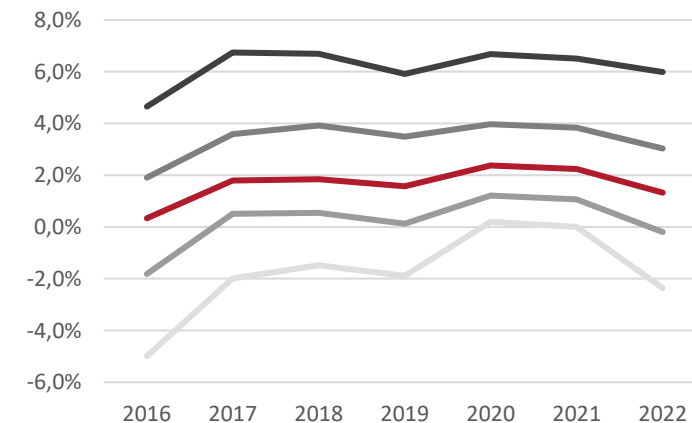
Figuur 22 – Ontwikkeling EBITDAR



## Resultaat op laagste punt sinds 2016

De VVT-sector laat een trendbreuk zien in 2022. In 2016 lag het gemiddelde resultaat rond de 0,3%. In 2018 steeg het resultaat naar 1,9%. In 2020 en 2021 steeg het gemiddelde resultaat tot boven de 2,0%. Dit waren echter twee bijzondere jaren. Zorginstellingen kregen vanwege covid en een hoge inflatie met flinke kostenstijgingen te maken. Daar staat tegenover dat zorginstellingen compensatie voor covid en de hoge energielasten hebben ontvangen. 2022 is in die zin weer een “normaler” jaar. Het gemiddelde resultaat lag in 2022 op 1,3%. 25% van de instellingen realiseerde een resultaat van 0,0% of lager.

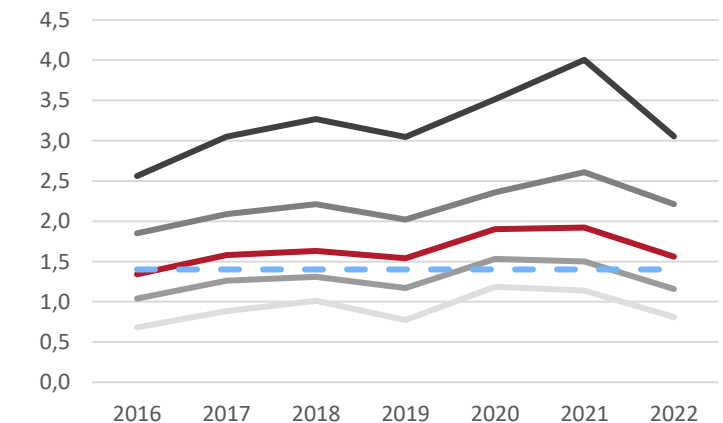
Figuur 23 – Ontwikkeling resultaat



## DSCR daalt in 2022, maar blijft binnen de norm

De DSCR geeft aan in welke mate de zorgaanbieder haar rente- en aflossingsverplichtingen kan financieren uit haar operationele kasstroom (EBITDAR). Een DSCR van 1,0 geeft aan dat de operationele kasstroom exact voldoende is om aan de rente- en aflossingsverplichtingen te voldoen en is daarmee de ondergrens. Als de DSCR lager is dan 1,0, dan is er sprake van een liquiditeitsprobleem. Financiers hanteren vaak een DSCR-norm van minimaal 1,4. In 2016 lag de DSCR gemiddeld op 1,3 en steeg geleidelijk naar 1,9 in 2020. In 2022 is de gemiddelde DSCR gedaald naar 1,6.

Figuur 24 – Ontwikkeling DSCR



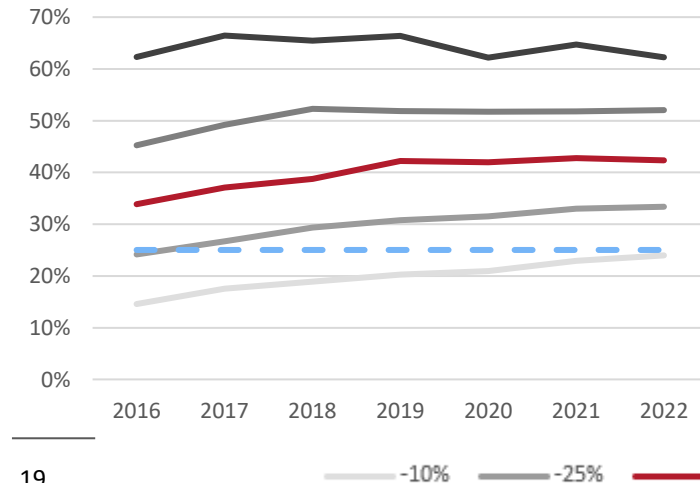
# Zorginstellingen zijn de afgelopen jaren meer liquide middelen gaan aanhouden, mogelijk door uitstel van investeringen

## Solvabiliteit ligt ruim boven de norm

De solvabiliteit is de verhouding tussen het eigen vermogen en het totale vermogen op de balans. Financiers hanteren bij aanvraag van financiering een minimale solvabiliteitseis van 25%.

Terwijl de andere financiële ratio's in 2022 gedaald zijn, is de solvabiliteit toegenomen. De gemiddelde solvabiliteit was in 2016 33,9%. In 2022 bedroeg deze 42,3%. Vangwege de positieve resultaten die zorginstellingen de afgelopen jaren hebben behaald, is de vermogenspositie verbeterd.

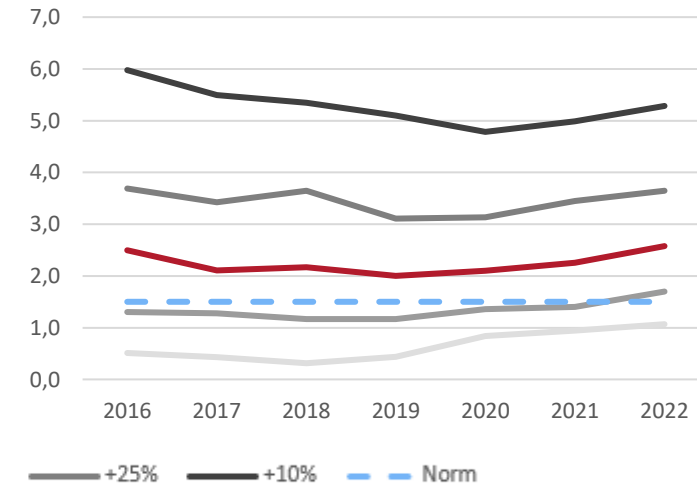
Figuur 25 – Ontwikkeling solvabiliteit



## Zorginstellingen houden meer liquide middelen aan

De liquiditeitspositie lag in 2016 op 2,5 maanden omzet. De liquiditeitspositie daalde tot 2,0 in 2019, om vervolgens te stijgen tot 2,6 in 2022. Financiers hanteren een minimale liquiditeitseis van 1,5 maanden omzet. Mogelijke verklaring voor de verbeterde liquiditeitspositie is dat zorginstellingen minder zijn gaan investeren. De terughoudendheid om te investeren komt voort uit de gestegen bouwkosten en de onzekere financiële positie van zorginstellingen.

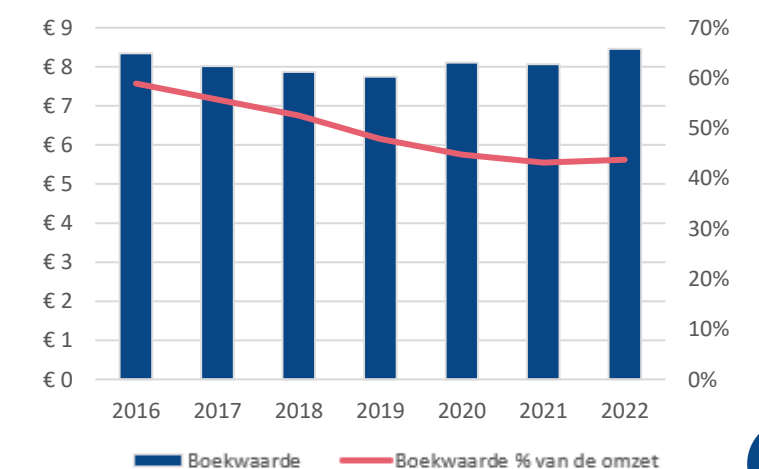
Figuur 26 – Ontwikkeling liquiditeit



## Materiële vaste activa laat t.o.v. omzet dalende lijn zien

De totale materiële vaste activa (MVA) bedroegen in 2016 € 8,3 miljard. In 2019 daalde de totale MVA tot € 7,7 miljard. Ultimo 2022 bedraagt de totale MVA € 8,5 miljard. Dit betekent dat de totale MVA tussen 2016 en 2022 met circa € 200 miljoen (1,4%) is toegenomen. De procentuele groei van de MVA ligt lager dan de inflatie; dit is een indicatie dat er waarschijnlijk te weinig geïnvesteerd is. Ten opzichte van de omzet is de totale MVA gedaald van 59% van de omzet in 2016 naar 44% in 2022. De investeringen houden geen gelijke tred met de omzetontwikkeling.

Figuur 27 – Ontwikkeling boekwaarde (links in miljarden, recht in procenten)



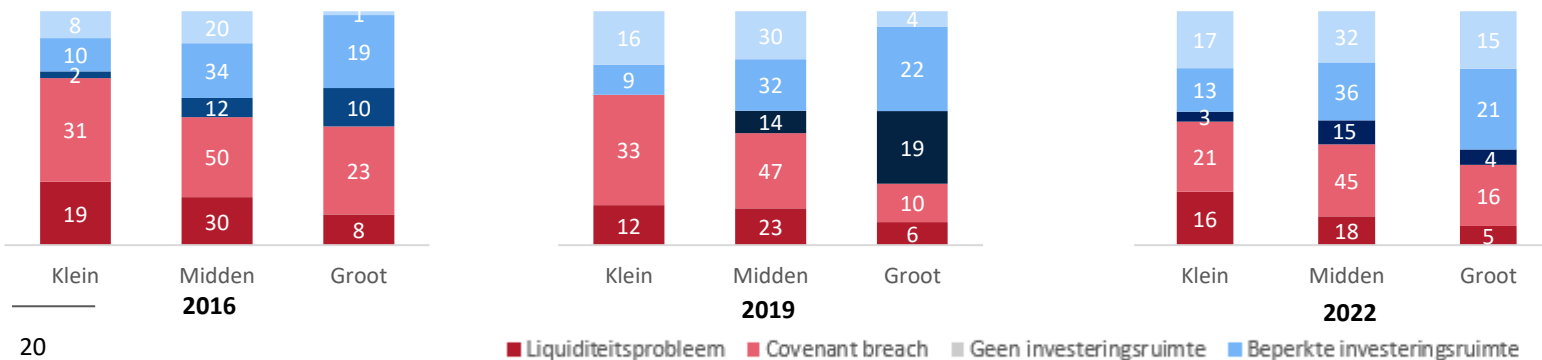
# Wegvallen covid-compensatie en structureel hoge kosten lijken een grote impact te hebben op de financiële gezondheid

## Aantal financieel ongezonde instellingen neemt in 2022 toe

Op deze pagina is de financiële gezondheid van de individuele zorginstellingen weergegeven voor de periode 2016 tot en met 2022. De combinatie van verschillende financiële ratio's geeft een beter beeld van de financiële gezondheid. De methodiek die gebruikt is om de financiële gezondheid te bepalen is te vinden in bijlage 2. Op basis van het gehanteerde financieel kader hadden 161 zorginstellingen (58%) een liquiditeitsprobleem of convenant breach in 2016. Het aantal instellingen met een liquiditeitsprobleem daalt van 161 naar 131 tussen 2016 en 2019.

In 2020 daalt het aantal zorginstellingen met een liquiditeitsprobleem of convenant breach van 131 naar 100 (36% van de zorginstellingen). De verslagjaren 2020 en 2021 zijn vanwege covid bijzondere jaren. De financiële resultaten worden onder andere beïnvloed door de covid-compensatie die zorginstellingen vanuit de overheid hebben ontvangen.

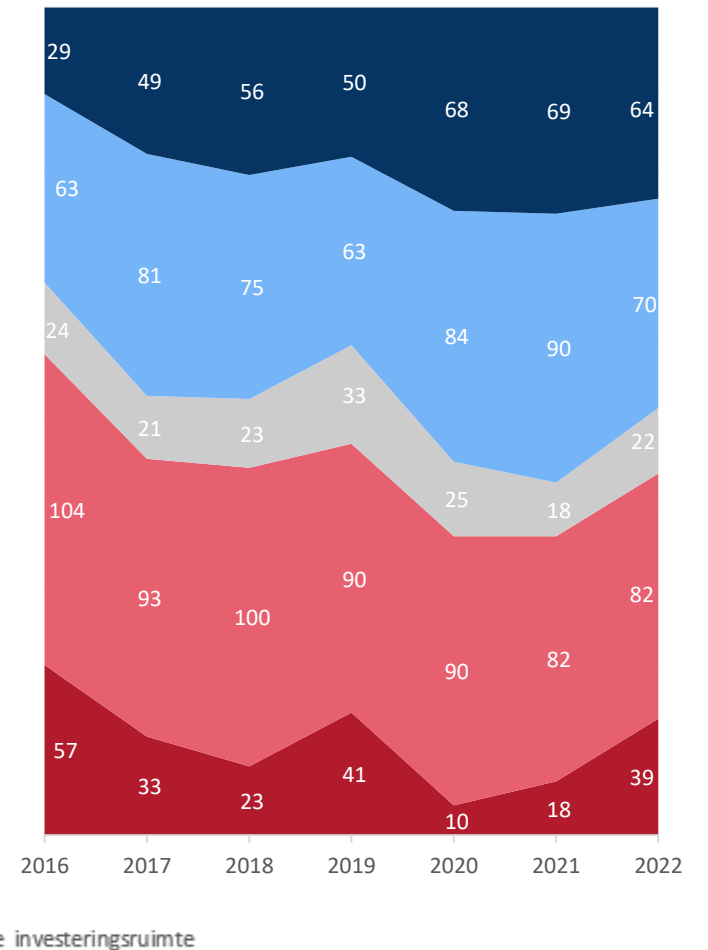
Figuur 28 – Ontwikkeling financiële gezondheid naar grootte



2022 kan gezien worden als weer een “normaler” jaar. De covid-compensatie is grotendeels weggevallen. De kosten liggen echter nog steeds op een hoog niveau (met name de personeelskosten), waarvoor geen volledige dekking is in de tarieven. Het aantal zorginstellingen dat een liquiditeitsprobleem of convenant breach heeft stijgt van 100 in 2021 naar 121 in 2022 (44% van de zorginstellingen).

In onderstaande grafieken is inzichtelijk gemaakt hoe de financiële gezondheid zich ontwikkelt voor kleine, gemiddelde en grote zorginstellingen. In 2016 hebben de kleinere zorginstellingen een slechtere financiële positie dan de gemiddelde en grote zorginstellingen. In 2019 is duidelijk zichtbaar dat de financiële gezondheid van grote instellingen beter is dan die van kleine en gemiddelde zorginstellingen. In 2022 is de financiële gezondheid van kleine zorginstellingen verbeterd ten opzichte van 2019. De financiële gezondheid van grote zorginstellingen is verslechterd.

Figuur 29 – Ontwikkeling financiële gezondheid zorginstellingen



# 3 Toekomstige investeringscapaciteit



# 3.1 Methodiek en uitgangspunten

# De prognose is gebaseerd op de begroting van 9 geselecteerde zorginstellingen

## Methodiek en proces

- De analyse wordt uitgevoerd voor negen instellingen. Het betreft één kleine (> € 5 miljoen en < € 15 miljoen), vier middelgrote (> € 15 miljoen en < € 100 miljoen) en vier grote (< € 15 miljoen) zorgaanbieders. Tevens is rekening gehouden met een vorm van geografische en financiële (gezondheid) spreiding. Minimaal 50% van de totale omzet is gerelateerd aan de Wlz. De resultaten zijn geanonimiseerd opgenomen in deze presentatie.
- Het functioneel ontwerp van het model is opgesteld door Finance Ideas. De scenario's zijn tot stand gekomen in overleg met de stuurgroep (bestuurders van enkele zorginstellingen, vertegenwoordigers van ActiZ, advocaten van MBF). De uitgangspunten voor en de uitkomsten van de doorrekeningen zijn getoetst bij de werkgroep (financials van de betrokken zorginstellingen).
- De input die is gebruikt voor de individuele meerjarenprognose van de negen instellingen is opgenomen in onderstaande tabel.

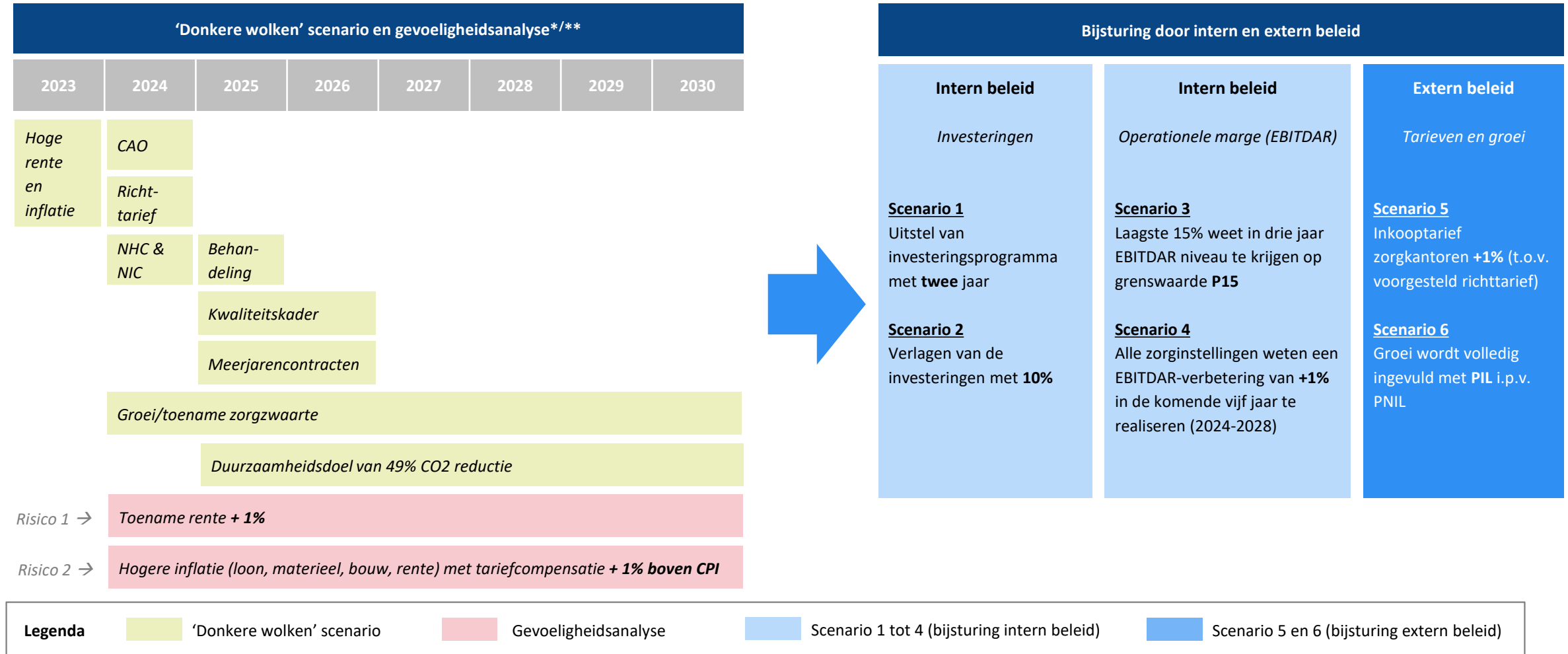
### Input voor (individuele) meerjarenprognose

- ✓ Jaarrekening 2021 en 2022 (Balans en W&V)
- ✓ Begroting 2023 (W&V)
- ✓ Investeringsprognose per instelling (2023 – 2030)
- ✓ Investeringsprognose duurzaamheid (2023 – 2030, i.r.t. Green Deal)
- ✓ Verloop van afschrijvingen en boekwaarde van huidige MVA (ultimo 2022)
- ✓ Verloop van aflossingen en rente van huidige leningportefeuille
- ✓ Huurmutaties (reeds gecommiteerd)
- ✓ Corrigeren voor eenmalige effecten uit de begroting (normalisaties)
- ✓ Eenmalige balansmutaties (normalisaties)





# We maken onderscheid tussen het ‘donkere wolken’ scenario, een gevoeligheidsanalyse en bijsturingsmogelijkheden



\* De effecten uit het ‘donkere wolken’ scenario baseren wij op de Meerjarige voorlopige kaderbrief Wlz 2023-2028 (Ministerie van VWS, 2023b) en de Definitieve kaderbrief Wlz 2024 (Ministerie van VWS, 2023a).

\*\* Ten behoeve van de overzichtelijkheid zijn in de figuur alleen de (structurele) ontwikkelingen met een impact > € 50 miljoen opgenomen. In het ‘donkere wolken’ scenario wordt daarnaast ook rekening gehouden met ombuigingen a.g.v. valpreventie bij 65-plussers en extra ruimte i.h.k.v. pandemische paraatheid en overheveling paramedische zorg. Op de volgende pagina’s worden (o.a.) deze uitgangspunten nader toegelicht.



# Toelichting uitgangspunten ‘donkere wolken’ scenario - gerelateerd aan opbrengsten

## Uitgangspunten ‘donkere wolken’ scenario (opbrengsten)

- De sector is in 2022 geconfronteerd met hoge inflatie, die pas in 2023 (t+1) deels in de tarieven is geland. Het uitgangspunt van de meerjarenprognose is de instellingsspecifieke begroting van 2023. De balans uit de jaarrekening voor 2022 dient als basis voor de vermogens- en liquiditeitspositie.
- Voor de ontwikkeling van de Wlz-tarieven (componenten loon en materieel) in 2024 hebben we de prijsindexcijfers van de NZa gehanteerd (respectievelijk de OVA en PPC). Daarbij is rekening gehouden met de jaarlijkse nacalculatie. De tariefontwikkeling van de Zvw en Wmo hebben we gelijkgetrokken met de Wlz (met als verschil dat bij de Wlz en Zvw de verhouding loon/materieel 78%/22% is, en bij Wmo 90%/10%).
  - Voor 2025 wordt ervan uitgegaan dat de effecten van de CAO (waarover later meer) volledig in de OVA en daarmee in de tarieven landen. Tevens wordt rekening gehouden met een nacalculatie-effect.
  - Voor de periode 2026-2028 wordt voor de tariefontwikkeling uitgegaan van de inflatieverwachting van het CPB; vanaf 2029 wordt uitgegaan van een evenwichtsniveau van 2,0%.
- De NIC volgt dezelfde ontwikkeling als de component materieel (PPC-index). Voor de NHC wordt uitgegaan van de vaste jaarlijkse indexatie van 2,5%.
- Conform de herijking van de NZa (2023a) hanteren we in de analyse een tariefkorting op de NHC en NIC van respectievelijk -4,2% en -2,6%. De extra investeringsmiddelen voor duurzaamheid (0,18% per jaar in de periode 2019-2048) zijn in het kader van de herijking naar voren gehaald. Dit impliceert dat de jaarlijkse indexatie vanaf 2024 2,5% bedraagt (in plaats van 2,7%, zoals in het recente verleden het geval was).
- Daarnaast gaan we – op basis van de Meerjarige voorlopige kaderbrief Wlz (2023-2028), de Definitieve kaderbrief Wlz 2024 en de Ontwerpbegrotingen Wlz (2023 en 2024) – uit van een aantal taakstellingen op de Wlz-tarieven (componenten loon en materieel):
  - Valpreventie bij 65-plussers: taakstelling van -0,05% (2024), -0,03% (2025) en -0,02% (2026-2030).
  - Meerjarige contracteerruimte en contracten met budgetafspraken: taakstelling van -0,80% (2025) en extra budget ter hoogte van +0,38% (2026).
  - Doorontwikkeling kwaliteitskader verpleeghuiszorg: taakstelling van -1,18% (2025) en -0,90% (2026).
  - Pandemische paraatheid: extra budget ter hoogte van +0,07% (2024).
  - Ombuiging behandeling: taakstelling van -0,58% (2025).
  - Verschuiving budget paramedie naar Wlz-kader: extra budget ter hoogte van +0,04% (2024), +0,02% (2025) en +0,02% (2026).
- Verder gaan we – op basis van de meerjarige kaderbrief – uit van een verzwaring/groeiruimte van 3,15% per jaar tussen 2023 en 2030. De groeiruimte is niet verbijzonderd naar deelsector; daarom hanteren we het gemiddelde van 3,15%. In de analyse hanteren we de aanname dat deze extra zorg volledig wordt ingevuld met PNIL. Hierbij is het uitgangspunt dat de kosten voor PNIL een factor 1,65 zijn dan de kosten voor PIL. In de tarieven is rekening gehouden met inzet van PIL, waardoor de extra kosten wegvallen tegen de extra opbrengsten. Er ontstaat echter een margeverlies, omdat PNIL duurder is dan PIL. Daar staat tegenover dat bij groei een grotere dekkingsbijdrage ontstaat (op basis van de aanname dat de overhead gelijk blijft). De overhead in de VVT bedraagt in 2022 gemiddeld 16,2% (Benchmark Care Berenschot).\*
- Op basis van het gepubliceerde inkoopbeleid zou het nieuwe richttariefpercentage oorspronkelijk 95,5% (vanaf 2024) bedragen. Op 13 september hebben de zorgkantoren besloten om het richttariefpercentage voor de V&V-sector in 2024 te verhogen naar 96,4% (ZN, 2023c). Het is niet duidelijk wat het richttariefpercentage voor de jaren 2025 en verder zal zijn. In de voorliggende rapportage wordt uitgegaan van een richttarief van 96,4% in 2024 (tariefeffect van +0,6%) en een richttarief van 95,95% voor 2025 en navolgende jaren (tariefeffect van -0,45%, gebaseerd op het gemiddelde van 95,5% en 96,4%).



# Toelichting uitgangspunten 'donkere wolken' scenario - gerelateerd aan kosten

## Uitgangspunten 'donkere wolken' scenario (kosten)

- Ten aanzien van de ontwikkeling van de loonkosten wordt de nieuwe CAO voor de VVT als uitgangspunt genomen. Het cumulatieve effect in 2024 en 2025 bedraagt respectievelijk 9,9% en 4,4%. Daarbij wordt ervan uitgegaan dat zorgaanbieders in 2023 reeds rekening hebben gehouden met een cao-effect van 3,0%. Voor de periode 2026-2028 wordt voor de kostenontwikkeling uitgegaan van de inflatieverwachting van het CPB; vanaf 2029 wordt uitgegaan van een evenwichtsniveau van 2,0% (= streefinflatie ECB).
- Voor de ontwikkeling van de bouwkosten wordt aangesloten op de Leidraad economische parameters dPi 2023 van de ILT/Aw (2023).
- Inzake de ontwikkeling van de overige kosten wordt uitgegaan van de inflatieverwachting van het CPB; vanaf 2029 wordt uitgegaan van een evenwichtsniveau van 2,0% (= streefinflatie ECB).
- De energiekosten stijgen harder dan de tarieven. Er zit relatief veel verschil tussen het basisniveau van energiekosten bij instellingen, als gevolg van de afsluitdatum van het energiecontract. Voor 2024 gaan we voor de energiekosten uit van de ontwikkeling van de verwachte kale gasprijs per m<sup>3</sup> conform marktverwachtingen ICE (2023), namelijk € 0,50 per m<sup>3</sup>. Er vindt een normalisatie plaats op basis van een instellingsspecifieke factor (kale gasprijs begroting 2023 versus verwachte gasprijs 2024).
- Investerings in alle activa zijn ingerekend op basis van de opgave door de zorgaanbieders. Hierin zijn inbegrepen investeringen in duurzaamheid. De energiekosten dalen in de periode 2025-2030 stapsgewijs met een derde ten opzichte van 2024, als gevolg van deze verduurzaming.
- Ten aanzien van de financieringslasten is rekening gehouden een rente van 4,59% in 2023, gebaseerd op de 10-jaars IRS (02-10-2023), rekening houdend met een opslag voor geborgde en een opslag voor ongeborgde financiering. Voor het aandeel geborgde/ongeborgde leningen is rekening gehouden met een verhouding van 50%/50%. Vanaf 2024 gaan we uit van een rente van 5,09% (10-jaars IRS forward rente + onzekerheidsopslag van 50 basispunten).
- Nieuwe financiering wordt jaarlijks automatisch aangetrokken, met als uitgangspunt dat de zorginstelling maximaal 80% van de jaarlijkse investeringen extern financiert. Overliquiditeit wordt eerst ingezet. Dit is een theoretische benadering, omdat als de ratio's niet voldoen, de financiering niet kan worden aangetrokken. We kiezen voor deze methode, omdat er anders een onderschatting is van de aflossingen en rente en daarmee de impact op een aantal ratio's (onder andere de DSCR).
- Het 'donkere wolken' scenario bevat nog geen vorm van bijsturing. Het scenario geeft inzicht in de impact van de externe ontwikkelingen die op de sector afkomen. Zorginstellingen die zich met deze ontwikkelingen geconfronteerd weten, zullen zelf gaan bijsturen. Bij de interpretatie van de uitkomsten dient dit te worden meegenomen.



# Overzicht uitgangspunten 'donkere wolken' scenario

Parameter	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	Toelichting
<b>Indexatie</b>									
Tariefindexatie Wlz (loon/materieel)	6,88%	6,13%	5,48%	2,50%	2,40%	2,10%	2,00%	2,00%	Verhouding 78%/22% (gemiddelde ZP 4 t/m ZP 7)
Tariefindexatie NHC		2,50%	2,50%	2,50%	2,50%	2,50%	2,50%	2,50%	Beleidsregel NZa (NHC/NIC)
Tariefindexatie NIC		4,61%	3,89%	2,50%	2,40%	2,10%	2,00%	2,00%	Beleidsregel NZa (NHC/NIC)
Tariefindexatie Zvw		6,13%	5,48%	2,50%	2,40%	2,10%	2,00%	2,00%	Vergelijkbaar met OVA-ruimte en PPC-index voor de Wlz
Tariefindexatie Wmo		6,37%	5,73%	2,50%	2,40%	2,10%	2,00%	2,00%	Verhouding 90%/10%
Inflatie	3,90%	3,80%	2,60%	2,50%	2,40%	2,10%	2,00%	2,00%	2023-2028 (CPB, Macro Economische Verkenning 2024 & Verkenning 2025-2028), 2029 e.v. (streefinflatie ECB)
Loonkostenontwikkeling (VVT)	3,00%	9,87%	4,39%	2,50%	2,40%	2,10%	2,00%	2,00%	AAG rekentool + enkele aannames. Uitgangspunt dat in 2023 de zorgaanbieders rekening hebben gehouden met 3% (niet de volledige OVA-ruimte)
Prijsindex bouwkosten	5,00%	3,00%	2,50%	2,30%	2,30%	2,30%	2,30%	2,30%	Leidraad economische parameters dPi 2023 (ILT/Aw)
Prijsstijging energie			2,60%	2,50%	2,40%	2,10%	2,00%	2,00%	Normalisatie van energiekosten in 2024 o.b.v. verwachte kale gasprijs en individuele kale contracttarieven zorgaanbieders, ontwikkeling met inflatie
Besparing energiekosten		0,00%	6,67%	6,67%	6,67%	6,67%	6,67%	0,00%	Reductie energiekosten 33% (peildatum 2024) tussen 2025 en 2029 (gerelateerd aan duurzaamheidsinvesteringen)
Verwachte marktrente	4,59%	5,09%	5,09%	5,09%	5,09%	5,09%	5,09%	5,09%	Verwachte marktrente + opslag geborgd (70 basispunten) en opslag ongeborgd (170 basispunten). Risico-opslag 50 basispunten vanaf 2024
<b>Tariefeffecten (structureel)</b>									
Tariefeffect Wlz VVT (richtttarief zorgkantoren)		0,60%	-0,45%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	Van 95,8% naar 96,4% in 2024; voor jaren erna gemiddelde (95,95%) aangehouden van oorspronkelijk gecommuniceerd richtttarief van 95,5% en het nieuwe percentage van 96,4%
Tariefeffect Wlz VVT (valpreventie)		-0,05%	-0,03%	-0,02%	-0,02%	-0,02%	-0,02%	-0,02%	Taakstelling € 30/35/38 miljoen in 2024/2025/2026, daarna structureel jaarlijks paar miljoen extra erbij (uitgangspunt evenredig verdeeld over de deelsectoren)
Tariefeffect Wlz VVT (meerjarig contracteren)		0,00%	-0,80%	0,38%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	Taakstelling € 135/70 miljoen in 2025/2026, daarna structureel € 70 miljoen
Tariefeffect Wlz VVT (doorontwikkeling kwaliteitskader)		0,00%	-1,18%	-0,90%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	Taakstelling € 200/350 miljoen in 2025/2026, daarna structureel € 350 miljoen
Tariefeffect Wlz VVT (pandemische paraatheid)		0,07%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	Extra budget (structureel) € 19 miljoen Wlz vanaf 2024 (uitgangspunt evenredig verdeeld over de deelsectoren VVT en GHZ)
Tariefeffect Wlz VVT (ombuiging behandeling)		0,00%	-0,58%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	Taakstelling (structureel) € 170 miljoen Wlz vanaf 2025 (uitgangspunt evenredig verdeeld over de deelsectoren)
Tariefeffect Wlz VVT (overheveling paramedische zorg)		0,04%	0,02%	0,02%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	Extra budget € 13/19,5/26 miljoen Wlz in 2024/2025/2026, daarna structureel € 26 miljoen (uitgangspunt evenredig verdeeld over de deelsectoren)
Tariefontwikkeling NHC		-4,20%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	In 2024 tariefkorting NHC (herijking NZa)
Tariefontwikkeling NIC		-2,60%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	In 2024 tariefkorting NIC (herijking NZa)
Tariefbijdrage duurzaamheid		0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	In 'donkere wolken' scenario geen additionele tariefbijdrage
<b>Groei/zorgzwaarte</b>									
Margeverlies a.g.v. omzetgroei		-0,31%	-0,31%	-0,31%	-0,31%	-0,31%	-0,31%	-0,31%	Aanname: groei o.b.v. VPT, geen vastgoedinvesteringen, invullen o.b.v. PNIL (extra kosten), overhead blijft gelijk (relatief gezien minder kosten)

## 3.2 'Donkere wolken' scenario

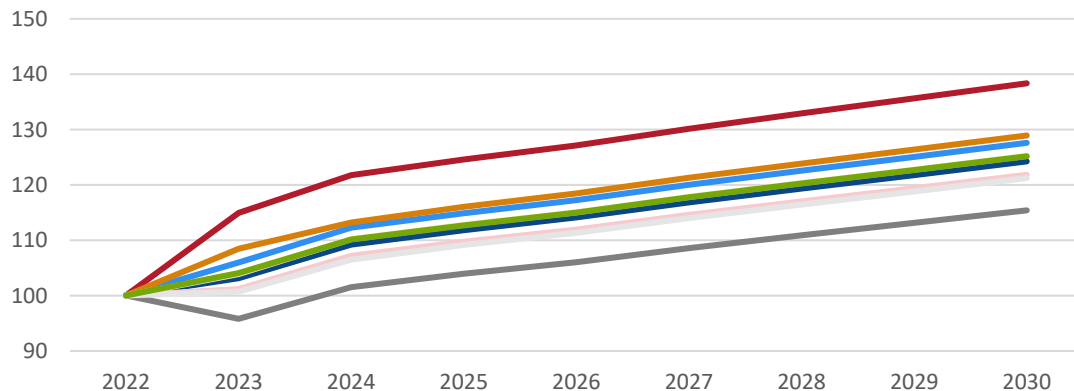
# Cao-loonstijging leidt tot een forse toename van de totale personeelskosten

## Ontwikkeling ratio's 'donkere wolken' scenario

- De kosten voor PNIL (als % van de totale personeelskosten) zijn in 2022 gemiddeld met 2,1%-punt gestegen. In de begroting 2023 rekenen alle zorginstellingen op een daling van de inzet van PNIL. De gemiddelde daling voor de begroting 2023 is 4,8%-punt.
- In 2024 wordt rekening gehouden met een cao-loonstijging van 9,9%. De personeelskosten (als % van de omzet) stijgen in 2024 gemiddeld met 3,3%-punt. Bij 2 van de 9 instellingen bedragen de personeelskosten vanaf 2025 meer dan 80% van de omzet.
- Bij het bepalen van de Wlz-tarieven wordt rekening gehouden met de kostenontwikkeling van loon en materieel (zie slide 27). De Wlz-tarieven (gewogen gemiddelde componenten loon en materieel) worden in 2024 en 2025 geïndexeerd met respectievelijk 6,13% en 5,48%. Er is echter ook sprake van diverse ombuigingen. Dit leidt ertoe dat de Wlz-tarieven minder hard stijgen dan de loonkosten.

Figuur 30 – Wlz-opbrengsten stijgen minder hard dan de kosten

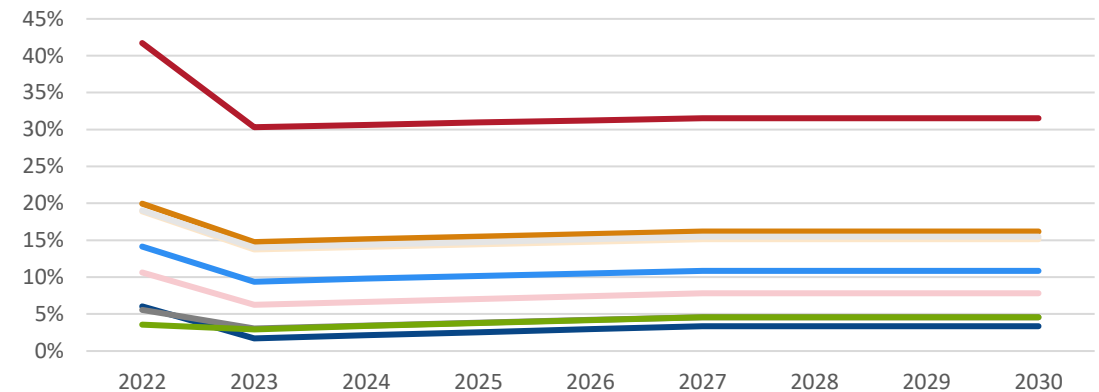
### Ontwikkeling Wlz-opbrengsten (index 2022=100)



— Zorginstelling A — Zorginstelling B — Zorginstelling C — Zorginstelling D — Zorginstelling E  
 — Zorginstelling F — Zorginstelling G — Zorginstelling H — Zorginstelling I — Norm

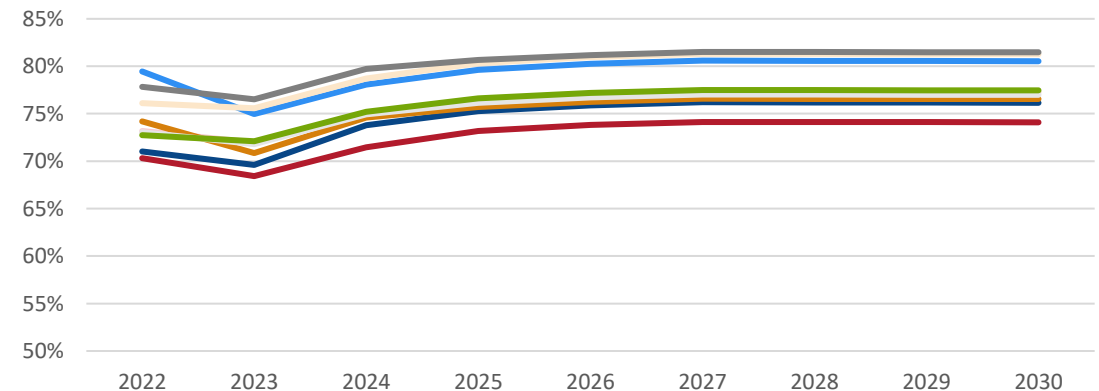
Figuur 31 – Zorginstellingen houden rekening met een daling van PNIL in 2023

### Ontwikkeling PNIL (als percentage van de personeelskosten)



Figuur 32 – De personeelskosten stijgen als gevolg van de cao-loonstijging

### Ontwikkeling personeelskosten (als percentage van de opbrengsten)



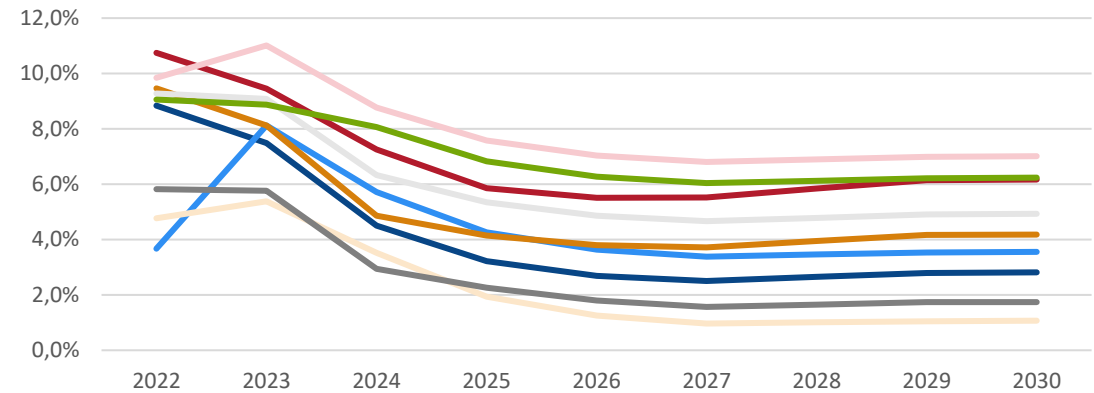
# Zonder bijsturing zetten de externe ontwikkelingen de toekomstige EBITDAR-marge verder onder druk

## Ontwikkeling ratio's 'donkere wolken' scenario

- In 2022 ligt de gemiddelde EBITDAR-marge op 7,9%. Op basis van begroting 2023 daalt bij 5 van de 9 instellingen de EBITDAR-marge. In 2024 daalt de gemiddelde EBITDAR-marge tot 5,8%. Een daling van de EBITDAR-marge betekent ook dat de investeringsruimte wordt beperkt.
- De cao-loonstijging in 2024 en 2025 heeft een grote impact op de operationele marges van zorginstellingen. Daarnaast stijgen de Wlz-opbrengsten in met name 2025 minder hard vanwege de tariefdruk (doorontwikkeling kwaliteitskader, meerjarig contracteren, ombuiging behandeling etc.). Daar staat tegenover dat er sprake is van een stijging van het richttariefpercentage in 2024.
- De investeringsopgave op basis van het eigen beleid van de zorginstellingen leidt tot een toename van de kapitaallasten (afschrijvingen en rente). Bij 6 van de 9 instellingen liggen de kapitaallasten (als percentage van de omzet) in 2030 hoger dan in 2023.
- Het effect van de stijging van de kapitaallasten verschilt per instelling. Instelling C heeft een kleine omvang (omzet < € 15 miljoen), en moet de komende jaren haar volledige vastgoedportefeuille vernieuwen. Deze investeringen hebben een groot effect op de kapitaallasten. Grotere instellingen kunnen investeringen, meer spreiden waardoor het effect op de kapitaallasten beperkter is. Het geschetste effect is kenmerkend voor kleinere zorginstellingen met vastgoed in eigendom.

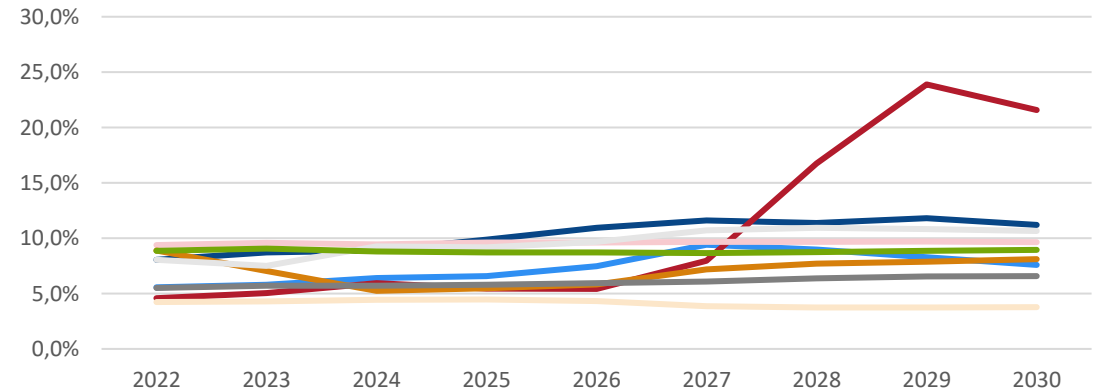
Figuur 33 – De EBITDAR daalt vanaf 2023 voor alle instellingen

## Ontwikkeling EBITDAR-marge



Figuur 34 – De kapitaallasten stijgen tussen 2023 en 2030 gemiddeld met 2,8%-punt

## Ontwikkeling kapitaallasten



■ Zorginstelling A  
 ■ Zorginstelling B  
 ■ Zorginstelling C  
 ■ Zorginstelling D  
 ■ Zorginstelling E  
■ Zorginstelling F  
 ■ Zorginstelling G  
 ■ Zorginstelling H  
 ■ Zorginstelling I  
 - - - Norm



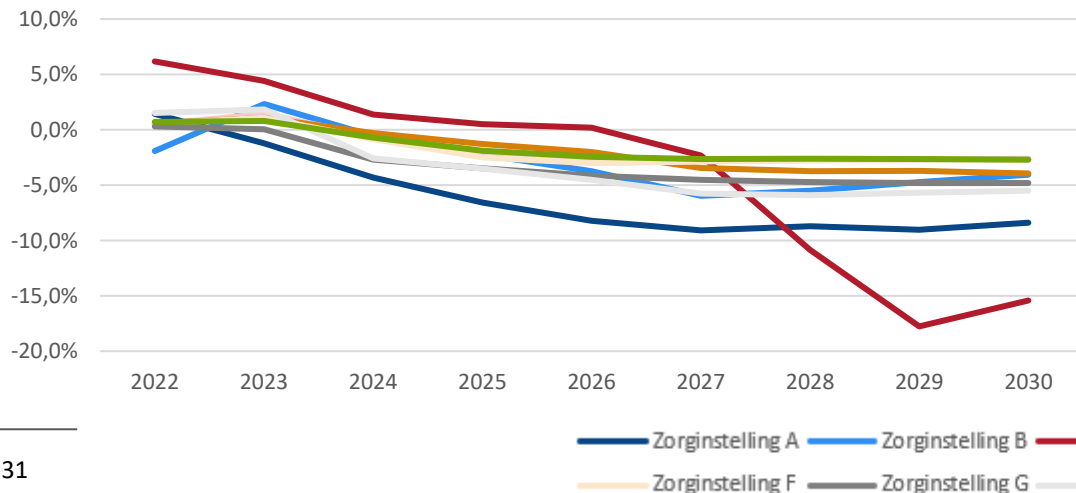
# Zowel de externe ontwikkelingen als de investeringsambitie zorgen ervoor dat het resultaat daalt

## Ontwikkeling ratio's 'donkere wolken' scenario

- In 2022 hebben 8 van de 9 instellingen een positief resultaat gerealiseerd. Als gevolg van de druk op de EBITDAR-marge (Wlz-tariefdruk en cao-loonstijging) en stijgende kapitaallasten daalt het resultaat. Vanaf 2024 weet maar één instelling een positief resultaat te realiseren.
- De Wlz-tariefdruk en de cao-loonstijging hebben een grote impact op het zorgresultaat. In 2022 was het zorgresultaat bij 3 van de 9 instellingen positief. Vanaf 2024 realiseert geen enkele instelling een positief zorgresultaat, en de daling zet in 2025 verder door. Ten opzichte van 2022 is het zorgresultaat in 2030 gemiddeld met 3,6%-punt gedaald.
- Het vastgoedresultaat is onvoldoende om het negatieve zorgresultaat te compenseren. De NHC-, NIC- en huuropbrengsten zijn te laag om de afschrijvingen en rentelasten op te vangen.

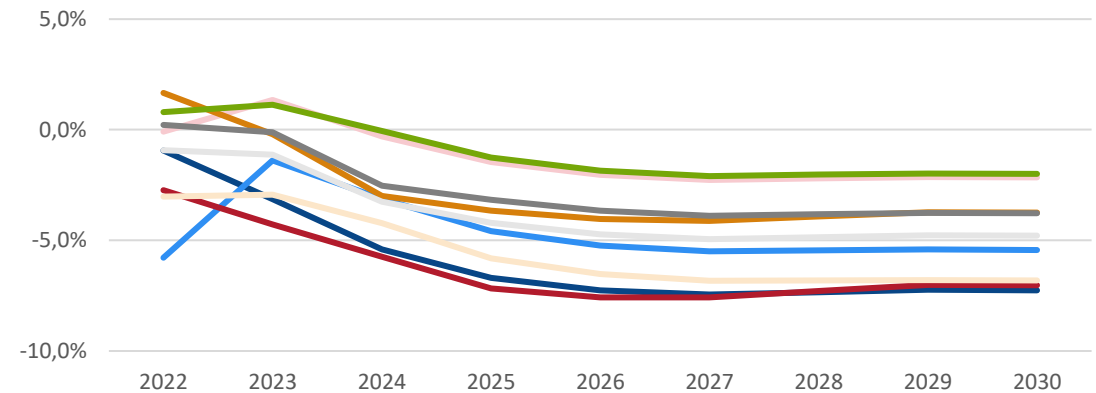
Figuur 35 – 8 van de 9 zorginstellingen realiseren vanaf 2024 een negatief resultaat

### Ontwikkeling resultaatratio



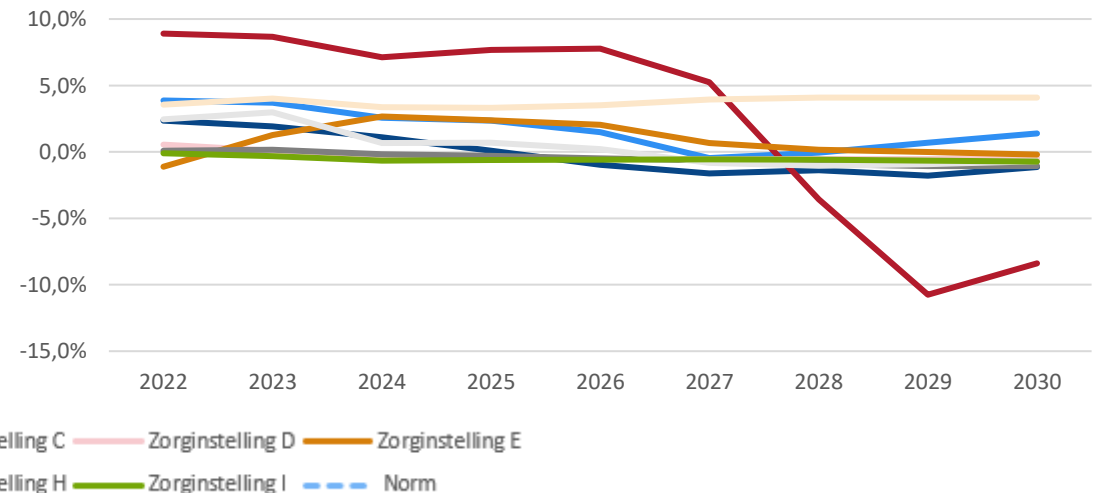
Figuur 36 – Vanaf 2024 is het zorgresultaat van alle instellingen negatief

### Ontwikkeling zorgresultaat



Figuur 37 – In 2030 realiseren 2 van de 9 instellingen een positief vastgoedresultaat

### Ontwikkeling vastgoedresultaat





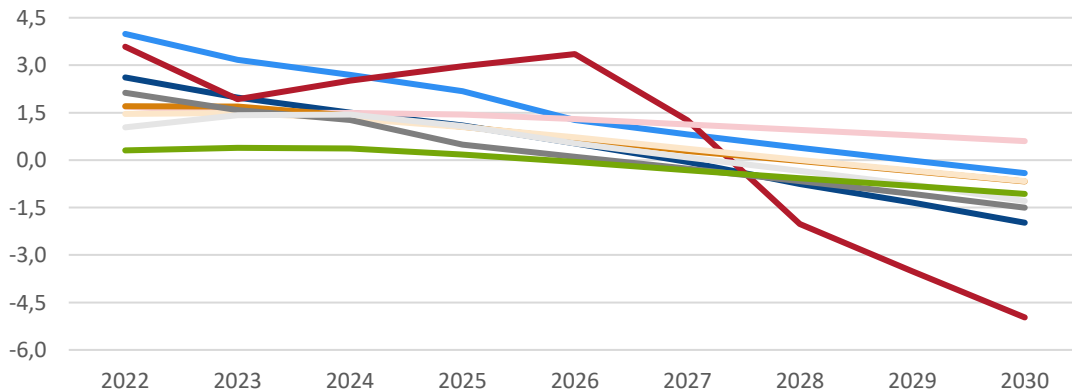
# Zonder bijsturing dreigt voor het merendeel van de instellingen in 2024 een convenant breach van de DSCR

## Ontwikkeling ratio's 'donkere wolken' scenario

- De gemiddelde DSCR daalt van 1,8 in 2022 naar 0,5 in 2030. Vanaf 2024 voldoen 8 van de 9 instellingen niet aan de DSCR-norm. Bij instellingen die de DSCR-norm in haar bancaire convenanten hebben staan, leidt deze daling tot een mogelijke convenant breach.
- Bij 2 van de 9 instellingen ligt de solvabiliteit vanaf 2025 onder de gewenste norm van 25%. De daling wordt onder andere veroorzaakt door een daling van het eigen vermogen (als gevolg van negatieve resultaten). In 2030 voldoet geen enkele instelling aan de norm.
- Bij investeringen is het uitgangspunt dat er voor maximaal 80% financiering wordt aangetrokken. De liquiditeit van alle instellingen is uiteindelijk onvoldoende om het overige deel van de investeringen zelf te financieren en het negatieve effect op de marge op te vangen.

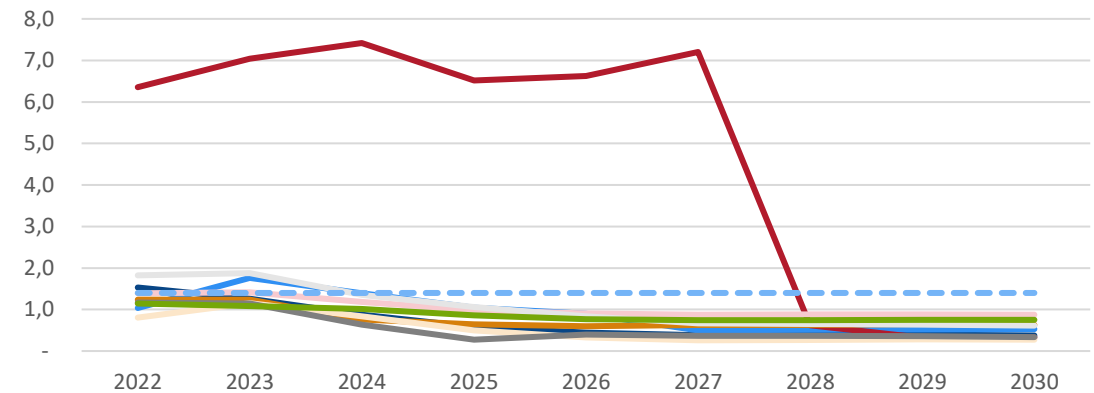
Figuur 38 – In 2030 hebben 8 van de 9 instellingen een negatieve liquiditeit

## Ontwikkeling liquiditeit (als maanden omzet)



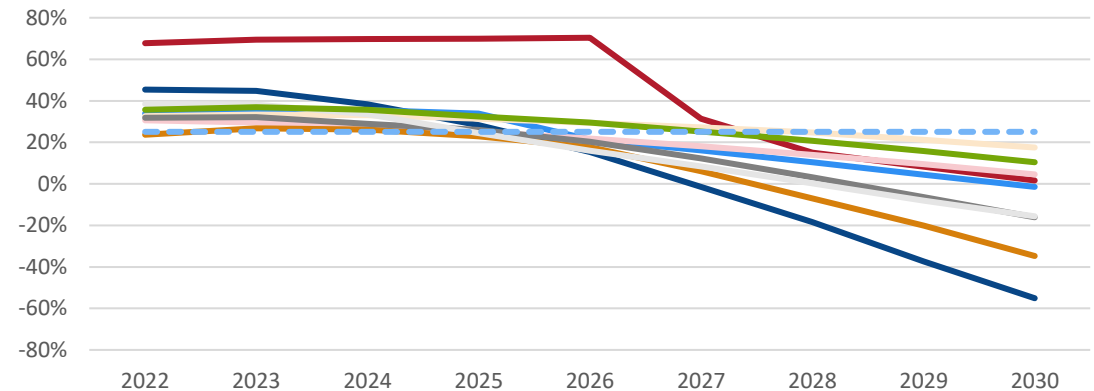
Figuur 39 – Bij 8 van de 9 instellingen komt de DSCR vanaf 2024 onder de norm te liggen

## Ontwikkeling DSCR



Figuur 40 – Bij alle instellingen daalt de solvabiliteit tot onder de norm

## Ontwikkeling solvabiliteit



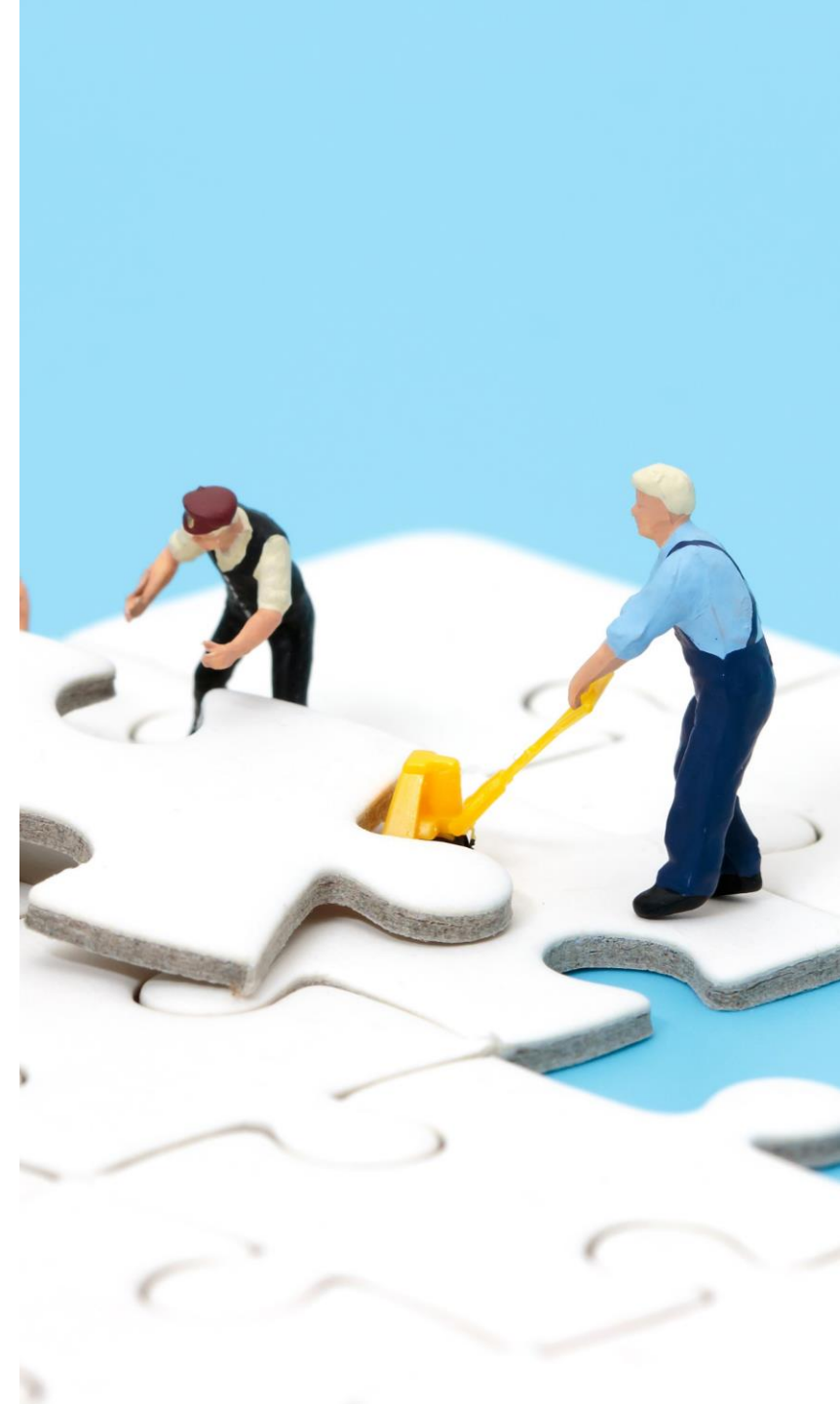
— Zorginstelling A — Zorginstelling B — Zorginstelling C — Zorginstelling D — Zorginstelling E  
 — Zorginstelling F — Zorginstelling G — Zorginstelling H — Zorginstelling I — Norm



# Financierbaarheid van alle zorginstellingen komt zonder bijsturing onder druk te staan

## Conclusies 'donkere wolken' scenario

- De uitgangspunten in het 'donkere wolken' scenario hebben een negatieve impact op de ontwikkeling van de financiële ratio's. Bij 8 van de 9 instellingen daalt het resultaat tot onder nul vanaf 2024. In de periode daarna weet geen enkele instelling (zonder bijsturing) het resultaat te verbeteren.
- De impact op de ratio's ontstaat vanuit een druk op de operationele marge door de tariefdruk (Wlz) en de cao-loonstijging. Deze twee factoren hebben een grote impact in de jaren 2024 en 2025.
- In het 'donkere wolken' scenario voldoet geen enkele instelling in 2030 aan de financiële kaders ten aanzien van de DSCR, solvabiliteit en liquiditeit. Dit betekent dat deze zorginstellingen zonder bijsturing niet financierbaar zijn.
- Om de investeringsopgave (instandhouding vastgoed, digitalisering en duurzaamheid) te realiseren, ontstaat er een financieringsbehoefte en daarmee hogere financieringslasten. De operationele marge is echter onvoldoende om de stijgende kapitaallasten (afschrijvingen en rente) op te vangen, wat leidt tot een negatief resultaat.
- Zonder bijsturing (zie hoofdstuk 3.4) leiden de 'donkere wolken' voor alle 9 de instellingen tot een structurele vermogensafbouw. Gedurende de prognoseperiode ontstaat bij alle instellingen een liquiditeitsprobleem; daarnaast dalen de DSCR en solvabiliteit tot onder de norm die banken hanteren. In de praktijk zullen de banken geen financiering verstrekken als de financiële ratio's niet voldoen aan het financieel kader.



# 3.3 Gevoeligheidsanalyse



# Hogere inflatie heeft een klein effect op de financiële ratio's als deze in de tarieven wordt gecompenseerd

## Gevoeligheidsanalyse

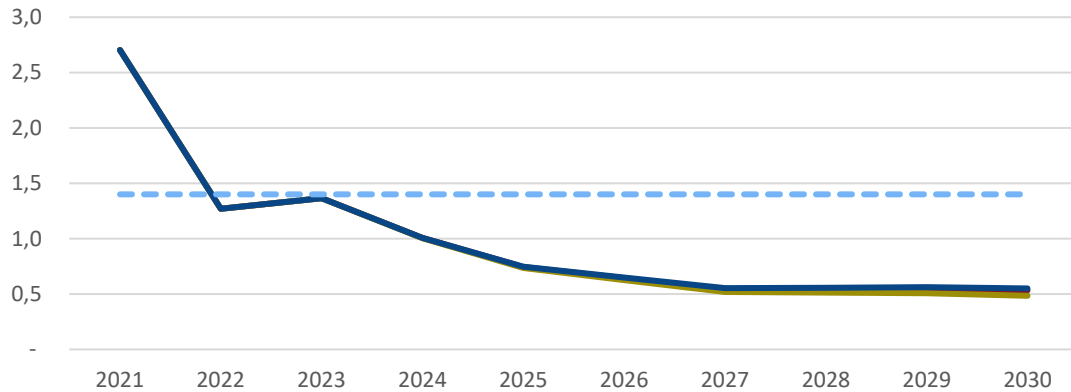
- De gevoeligheidsanalyse geeft inzicht in de ontwikkeling van de financiële ratio's (ten opzichte van het 'donkere wolken' scenario) wanneer de rente of inflatie stijgt. De impact zoals beschreven in de tabel betreft de mutatie in 2030 ten opzichte van de 'donkere wolken'.
- Een stijging van de marktrente heeft een klein effect op de financiële ratio's. Ultimo 2030 ligt het resultaat gemiddeld 0,4%-punt lager.
- Een hogere inflatie zal naar verwachting een beperkt effect hebben. Reden voor het beperkte effect is dat het uitgangspunt is dat de hogere inflatie in hetzelfde jaar in de tarieven wordt gecompenseerd. Alleen voor de NHC staat de jaarlijkse index min of meer vast (er kan een herijking plaatsvinden, maar dat is gebaseerd op een 30-jaars gemiddelde). Wanneer de bouwkosteninflatie en rente toenemen, heeft dit een negatief effect op de financiële ratio's.
- Bij een toename van de inflatie met 1% daalt de solvabiliteit ten opzichte van de 'donkere wolken' met 4,1%-punt en het resultaat met 0,6%-punt.

Risico's	Toelichting	Impact	Solvabiliteit %-punt	DSCR punt	Resultaat %-punt	Liquiditeit Aantal maanden
Hogere rente	De marktrente in het 'donkere wolken' scenario komt neer op 4,59% voor 2023 en 5,09% voor 2024 en verder. In dit scenario berekenen we het risico als deze rente met 1% stijgt vanaf 2024.		-1,5%*	0,0	-0,4%	-0,1 maand
Hogere inflatie	De inflatie (loon en materiële kosten) ligt in dit scenario jaarlijks 1% hoger dan de inflatieverwachting van het CPB. Dit vertaalt zich in hogere materiële kosten, hogere loonkosten, hogere huurlasten, hogere bouwkosten en hogere rente. We gaan er in dit scenario vanuit dat de hogere inflatie wel in hetzelfde jaar in de tarieven wordt gecompenseerd, met uitzondering van de NHC en de NIC.		-4,1%	-0,1	-0,6%	-0,2 maand
<i>Methodiek</i>	<i>In deze gevoeligheidsanalyse hebben we de risico's individueel doorgerekend</i>					
<b>Legenda</b>	Zeer klein	Klein	Beperkt	Groot	Zeer groot	

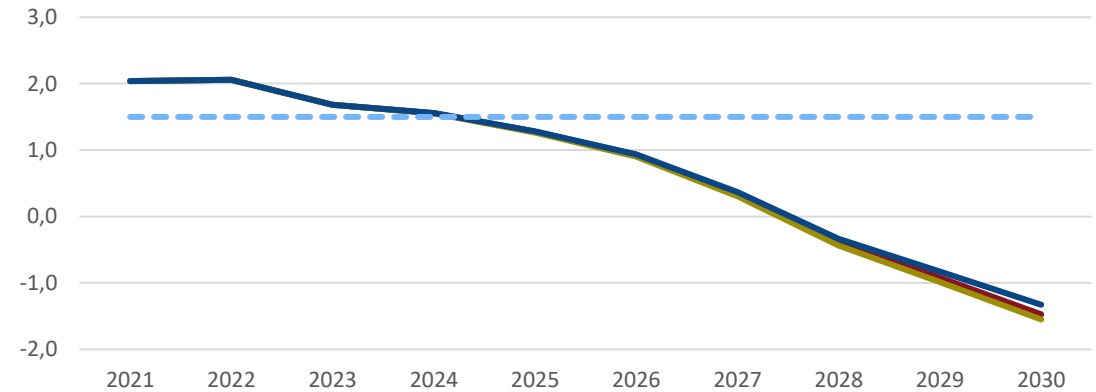


# De impact van hogere rente of inflatie op de financiële ratio's is beperkt, maar het grootst op het resultaat

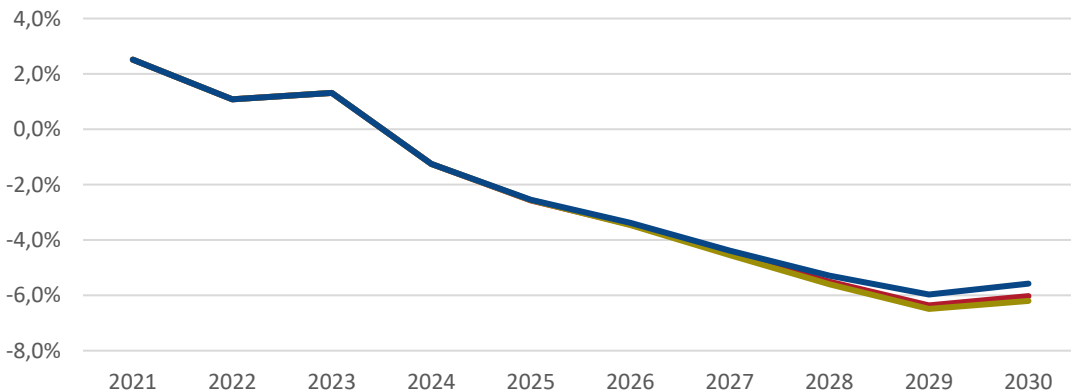
Figuur 41 – Ontwikkeling DSCR (gemiddeld)



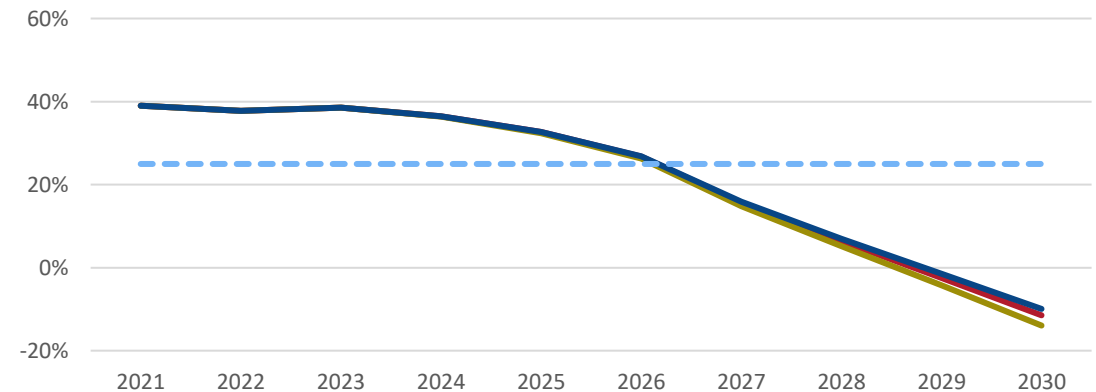
Figuur 43 – Ontwikkeling liquiditeit (gemiddeld)



Figuur 42 – Ontwikkeling resultaat (gemiddeld)



Figuur 44 – Ontwikkeling solvabiliteit (gemiddeld)



## 3.4 Bijsturingsmogelijkheden

# Effect bijsturing verschilt per instelling. Invulling groei/verzwaring met PIL heeft het meest positieve effect op de financiële ratio's

	Bijsturing	Toelichting	Impact	Solvabiliteit %-punt	DSCR punt	Resultaat %-punt	Liquiditeit # maanden
INVESTERINGEN	Uitstel investeringen met 2 jaar	In dit scenario stellen zorginstellingen vanaf 2024 alle investeringen met 2 jaar uit. Dit leidt ertoe dat de piek in de kapitaallasten meer gespreid wordt over de tijd.		+12,3%*	0,0	+1,4%	+0,9 maand
	Verlagen investeringen met 10%	Een andere bijsturingmogelijkheid is dat zorginstellingen de investeringen wel doorgang laten vinden, maar in versoberde vorm. In dit scenario besparen de zorginstellingen 10% op alle geplande investeringen.		+3,0%	0,0	+0,6%	+0,3 maand
EBITDAR	EBITDAR naar minimaal P15	In dit scenario gaan we ervan uit dat de 15% instellingen met de laagste EBITDAR deze weten te verbeteren naar de EBITDAR van P15 (percentiel 15%). Dat wil zeggen, alle instellingen die vanaf 2024 een EBITDAR-marge van 5,5% of lager hebben, zijn in staat om minimaal een EBITDAR van 5,5% te realiseren.		+18,5%	+0,4	+1,9%	+1,2 maand
	EBITDAR verbeteren met 1%	Zorginstellingen sturen in dit scenario bij door middel van het verbeteren van de operationele marge (EBITDAR). Elke zorginstelling weet in 2024 een verbetering van de EBITDAR-marge van 1% te realiseren. Dit is een modelmatige exercitie. Hierbij is niet op instellingsniveau gekeken naar de uitgangspositie.		+9,4%	+0,2	+1,2%	+0,6 maand
EXTERN	Inkooptarief zorgkantoren +1%	Zorgkantoren zijn verplicht om zorginstellingen gemiddeld genomen kostendekkende tarieven te bieden. Wanneer blijkt dat een groot deel van de zorgaanbieders de komende jaren met het richttarief in de problemen komt, dan is het een scenario dat het basistarief omhoog gaat. In dit scenario hanteren we het uitgangspunt dat het basistarief vanaf 2025 voor elke zorginstelling met 1% omhoog gaat naar 96,95% (ongeacht het vertrekpunt).		+7,5%	+0,1	+0,9%	+0,5 maand
	Groei wordt volledig ingevuld met PIL i.p.v. PNIL	In dit scenario gaan we ervan uit dat de verzwaring/groei van 3,15% per jaar tussen 2024 en 2030 volledig wordt ingevuld met PIL in plaats van PNIL. Dit betekent een jaarlijkse verbetering van de operationele marge van 0,82%.		+31,0%	+0,6	+3,9%	+2,0 maand

## Legenda

Zeer klein



Klein



Beperkt



Groot

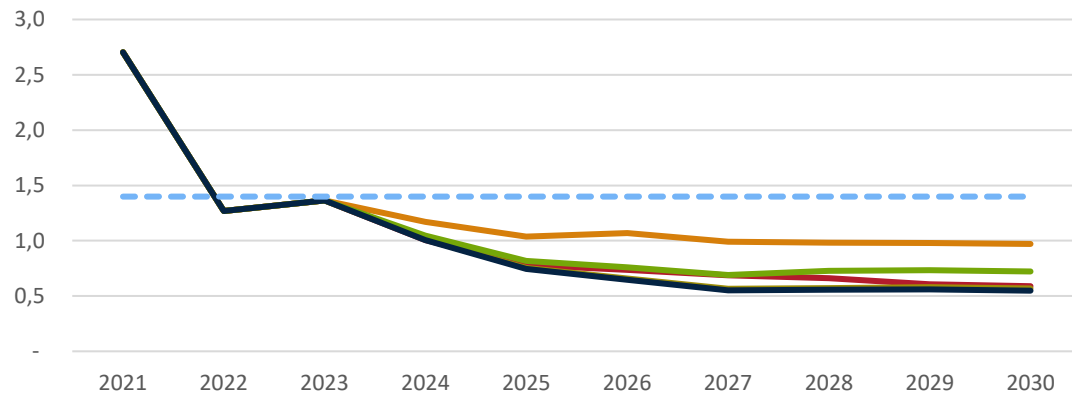


Zeer groot

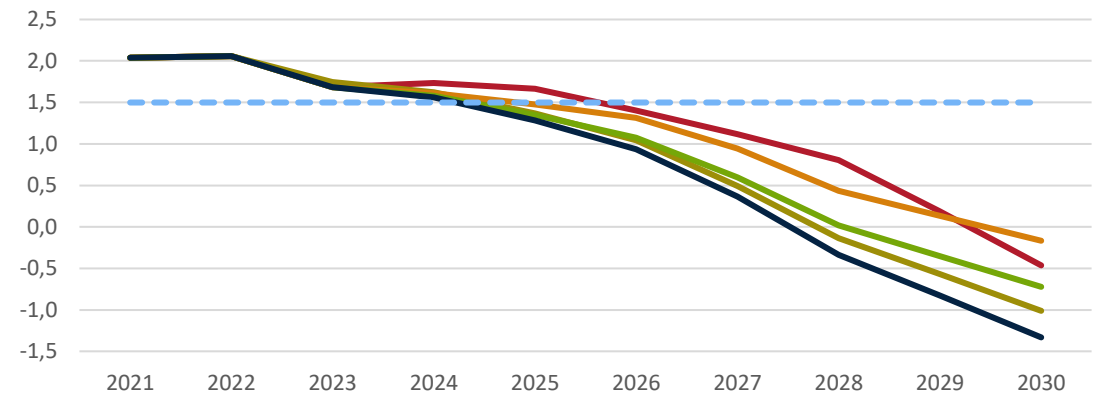


# Een verbetering van de EBITDAR-marge naar 5,5% heeft het grootste effect op de financiële ratio's

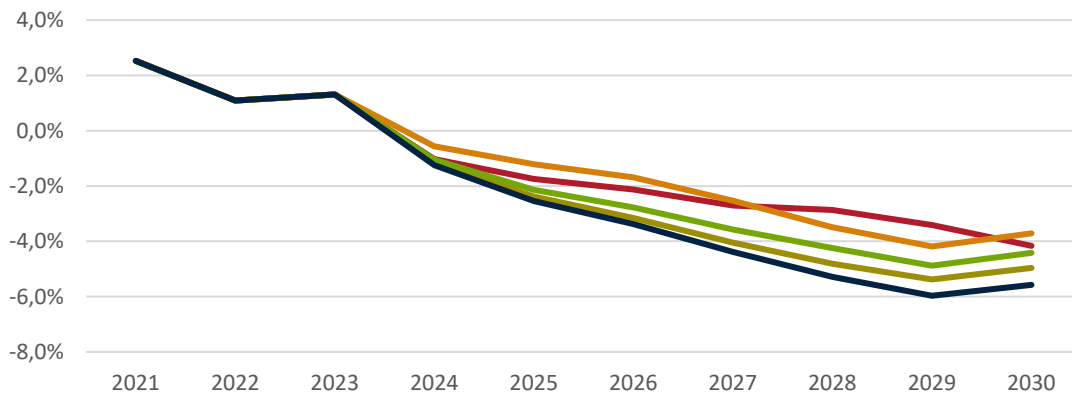
Figuur 45 – Ontwikkeling DSCR (gemiddelde)



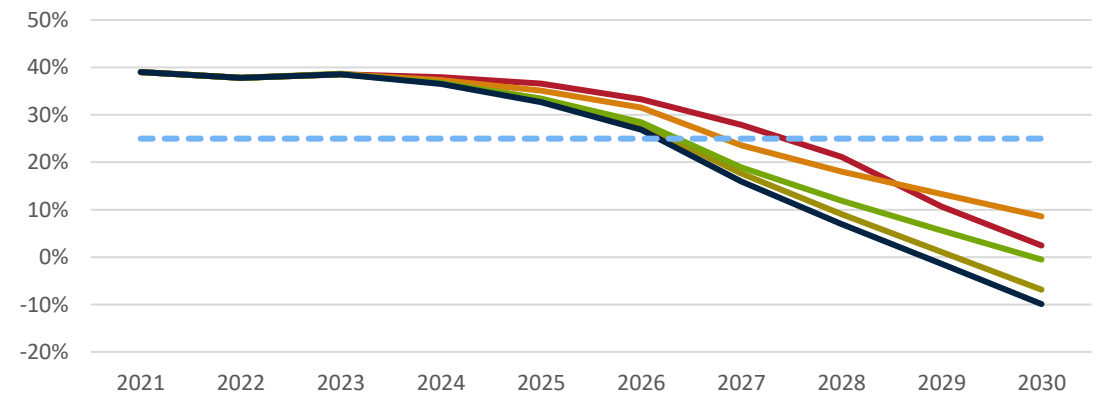
Figuur 47 – Ontwikkeling liquiditeit (gemiddelde)



Figuur 46 – Ontwikkeling resultaat (gemiddelde)



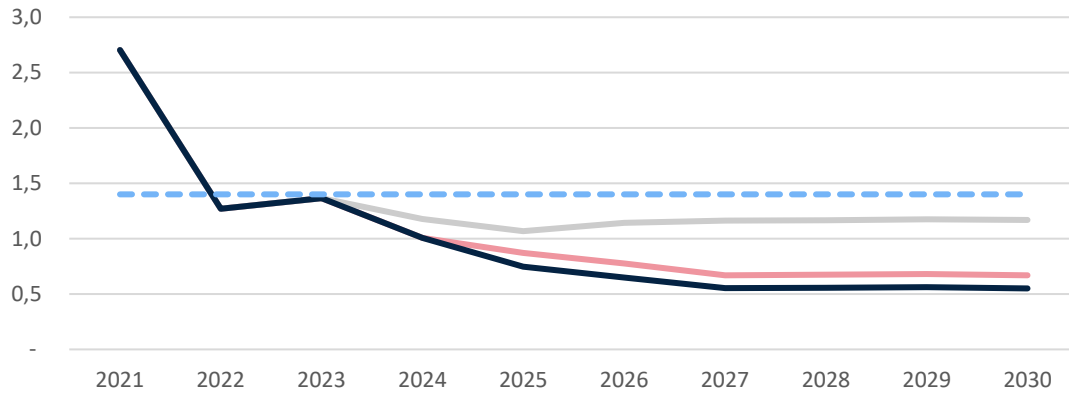
Figuur 48 – Ontwikkeling solvabiliteit (gemiddelde)



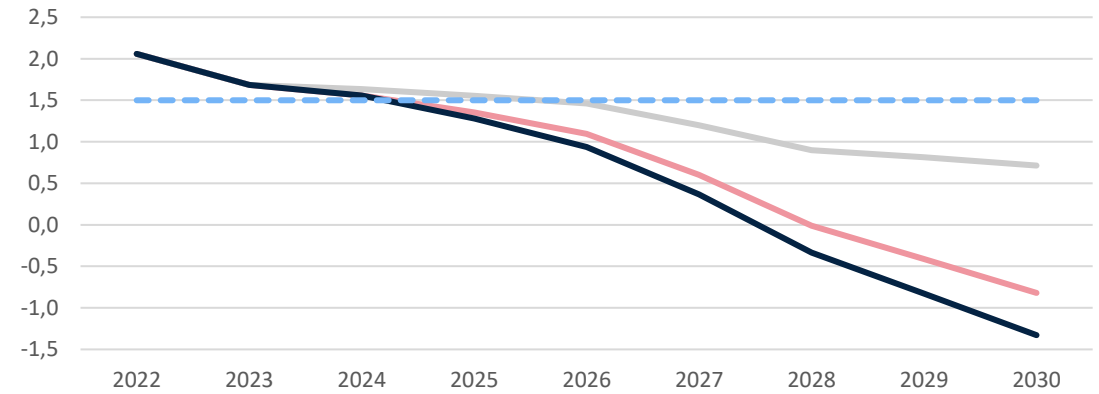


# De groei/toename zorgzwaarte invullen met PIL in plaats van PNIL heeft een groot positief effect op de financiële ratio's

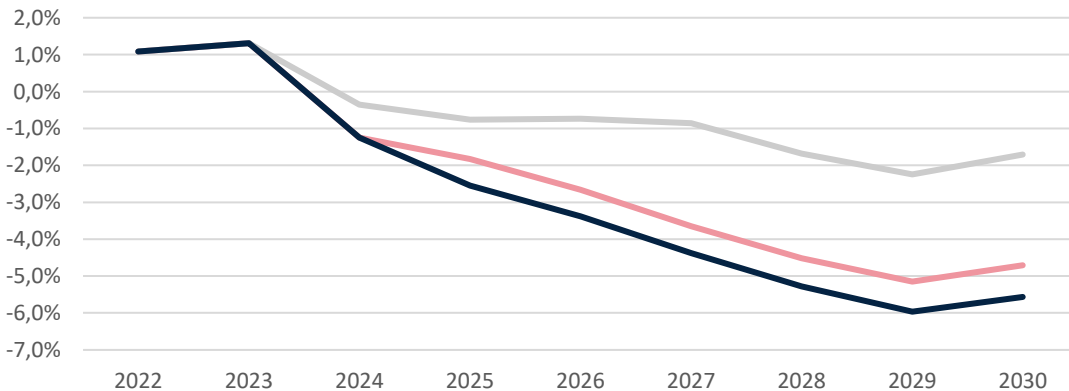
Figuur 49 – Ontwikkeling DSCR (gemiddelde)



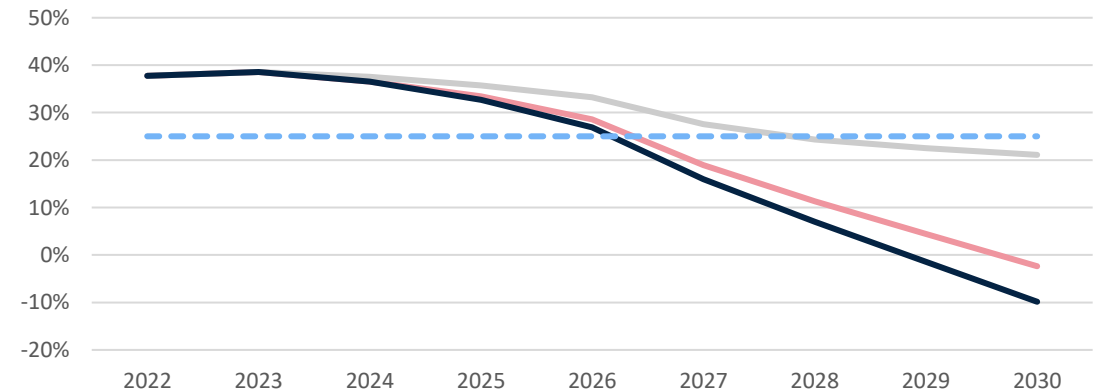
Figuur 51 – Ontwikkeling liquiditeit (gemiddelde)



Figuur 50 – Ontwikkeling resultaat (gemiddelde)



Figuur 52 – Ontwikkeling solvabiliteit (gemiddelde)



# 3.5 Conclusies



# Zonder bijsturing wordt de financiële druk onhoudbaar voor alle zorginstellingen

## Conclusies

- De 'donkere wolken' leiden tot een verslechtering van de financiële ratio's. Alle 9 instellingen uit de sample voldoen de komende jaren niet meer aan het financieel kader. Hierdoor zijn noodzakelijke investeringen voor kwaliteit en duurzaamheid niet financierbaar. Zonder bijsturing komt de continuïteit van de zorg in gevaar voor deze instellingen.
- De cao-loonstijging heeft in 2024 en 2025 de grootste impact aan de kostenkant. Aan de opbrengstenkant leidt de Wlz-tariefdruk (met name in 2025) tot een daling van de opbrengsten. Bij alle instellingen is de Wlz de grootste opbrengstenbron. Deze twee factoren hebben een negatief effect op de operationele marge van alle 9 instellingen.
- Instellingen kunnen zelf bijsturen door investeringen uit te stellen of in versoberde vorm door te voeren. De effectiviteit van deze maatregelen verschilt per instelling. Het effect is groter bij instellingen met een relatief grotere investeringsopgave. Uitstel van investeringen levert gemiddeld genomen een resultaatverbetering van 1,4%-punt op. Bij een versobering van de investeringen verbetert het resultaat gemiddeld met 0,6%-punt. De gevolgen van uitstel op de kwaliteit zijn en mogelijke bezetting zijn in de analyse niet meegenomen. Het is wel de verwachting dat uitstel van investeringen ook een negatieve impact heeft. Ook omdat uit de historische context blijkt dat er al langer minder is geïnvesteerd.
- Een effectievere maatregel voor zorginstellingen is het verbeteren van de operationele marge. Een verhoging van de EBITDAR-marge naar 5,5% (15<sup>e</sup> percentiel in 2022) heeft een grote impact op de financiële ratio's. Gemiddeld genomen levert dit een resultaatverbetering van 1,9%-punt op. Hierbij geldt dat de EBITDAR-verbetering die zorginstellingen hiervoor moeten realiseren fors is. Onduidelijk is of zorginstellingen, in de huidige context, in staat zijn om deze EBITDAR-verbetering te realiseren. Daarnaast is de genoemde EBITDAR-verbetering niet voldoende om aan het financieel kader te voldoen.
- Externe bijsturingen kunnen een bijdrage leveren aan de verbetering van de operationele marge van zorginstellingen. Als zorginstellingen tussen 2023 en 2030 een groei van jaarlijks 3,15% realiseren en zij deze invullen met PIL (in plaats van PNIL) vanwege een ruimere arbeidsmarkt die minder inzet op flexibilisering, dan leidt dit tot een gemiddelde resultaatverbetering van 3,9%-punt. Een verhoging van het basistarief naar 96,95% vanaf 2025 heeft tevens een positief effect, maar wel aanzienlijk minder.



# Geraadpleegde bronnen

- ActiZ (2023a). *Massaal protest van zorgorganisaties tegen nieuw inkoopkader langdurige zorg*. Geraadpleegd op 16 augustus 2023, van <https://www.actiz.nl/massaal-protest-van-zorgorganisaties-tegen-nieuw-inkoopkader-langdurige-zorg>
- ActiZ (2023b). *Ouderenzorgorganisaties spannen kort geding aan tegen zorgkantoren*. Geraadpleegd op 16 augustus 2023, van <https://www.actiz.nl/ouderenzorgorganisaties-spannen-kort-geding-aan-tegen-zorgkantoren>
- CBS (2023a). *Zorginstellingen; financiën en personeel*. Geraadpleegd op 13 september 2023, van <https://opendata.cbs.nl/#/CBS/nl/dataset/83626NED/table?ts=1694606285146>
- CBS (2023b). *Jaarmutaties consumentenprijsindex; vanaf 1963*. Geraadpleegd op 22 augustus 2023, van <https://www.cbs.nl/nl-nl/cijfers/detail/70936ned>
- CBS (2023c). *Consumentenprijzen*. Geraadpleegd op 22 augustus 2023, van <https://opendata.cbs.nl/#/CBS/nl/dataset/83131NED/table?ts=1667895131666>
- CBS (2023d). *Nieuwbouwwoningen*. Geraadpleegd op 22 augustus 2023, van <https://opendata.cbs.nl/#/CBS/nl/dataset/80444ned/table>
- CPB (2023a). *Macro Economische Verkenning 2024*.
- CPB (2023b). *Verkenning 2025-2028*.
- FZT (2022). *40% van de zorginstellingen verwacht negatief resultaat voor 2022*.
- ICE (2023). *Dutch TTF Natural Gas Futures*. Geraadpleegd op 1 september 2023, van <https://www.ice.com/products/27996665/Dutch-TTF-Natural-Gas-Futures/data?marketId=5614690>
- ILT/Aw (2023). *Leidraad economische parameters dPi 2023*.
- Ministerie van VWS (2023a). *Definitieve kaderbrief Wlz 2024*.
- Ministerie van VWS (2023b). *Meerjarige voorlopige kaderbrief Wlz 2023-2028*.
- NZa (2023a). *Beleidsregel normatieve huisvestingscomponent (nhc) en normatieve inventariscomponent (nic) geestelijke gezondheidszorg, forensische zorg en langdurige zorg - BR/REG-24117*.
- NZa (2023b). *Prijsindexcijfer voor materiële kosten*. Geraadpleegd op 5 oktober 2023, van <https://www.nza.nl/onderwerpen/prijsindexcijfers>
- Refinitiv Eikon (2023). *EUR 10 Years IRS Interest Rate Swap*.
- Tweede Kamer der Staten-Generaal (2022). *36 200 XVI - Vaststelling van de begrotingsstaten van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport voor het jaar 2023*.
- Tweede Kamer der Staten-Generaal (2023). *36 410 XVI - Vaststelling van de begrotingsstaten van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport voor het jaar 2024*.
- WFZ (2021). *Gewenste liquiditeitsbuffer bij WFZ-deelnemers*.
- ZN (2023a). *Nota van Inlichtingen 2024 vraag en antwoord*.
- ZN (2023b). *Onderbouwing richttariefpercentages Wlz*. Bijlage 7 bij inkoopbeleid 2024-2026 van elk zorgkantoor.
- ZN (2023c). *Zorgkantoren passen richttariefpercentages voor 2024 aan*. Geraadpleegd op 18 september 2023, van <https://www.zn.nl/actueel/zorgkantoren-passen-richttariefpercentages-voor-2024-aan/>



# # Bijlagen



# De overige personeelslasten bedragen naar schatting € 220 miljoen

## Wijziging rubricering jaarrekening

Voor de jaarrekening 2022 zijn enkele wijzigingen ten aanzien van de rubricering doorgevoerd. De post 'overige personeelskosten' was in 2021 gerubriceerd onder de personeelskosten; door wijziging van wet- en regelgeving worden deze kosten nu weergegeven onder de overige bedrijfskosten. Daarnaast wordt nu anders omgegaan met de rubricering van PNIL en kosten van uitbesteed werk aan derden. Deze waren eerst onderdeel van de rubriek 'Personeelskosten' maar vallen nu onder een aparte rubriek 'Kosten van uitbesteed werk en andere externe kosten'. Per zorginstelling is verschillend omgegaan met de wijziging van de rubricering; bij sommige zorginstellingen is deze wijziging namelijk nog niet doorgevoerd in de jaarrekening. De wijziging in rubricering bemoeilijkt de vergelijking tussen specifieke kostensoorten voor 2022 en de andere jaren. De wijziging heeft geen invloed op de totale kosten en de financiële ratio's.

## Impact wijziging rubricering op de personeelslasten

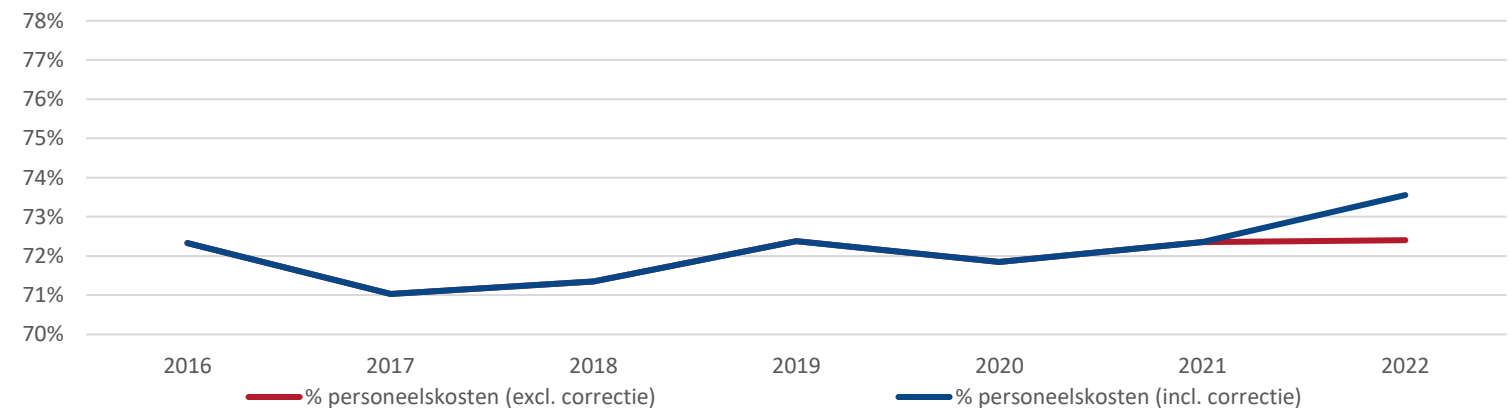
In onze sample stijgen de overige bedrijfskosten ten opzichte van 2021 met € 235 miljoen (136%). Een groot gedeelte van deze stijging kan verklaard worden door de wijziging van de rubricering. Om dit te kwantificeren is een aanname gedaan van wat de ontwikkeling zou zijn van de overige bedrijfskosten zonder wijziging van rubriceren. Verwacht wordt dat de overige bedrijfskosten (ongeveer) toenemen met de index van de

materiële kosten. De index van de materiële kosten in 2022 is 9,25% (NZa 2023b). Als we deze index toepassen op de overige bedrijfskosten, stijgen deze met circa € 15 miljoen, in plaats van de € 235 miljoen zoals hiervoor benoemd. Het verschil tussen deze twee waarden (€ 235 miljoen en € 15 miljoen) is een schatting van het aandeel overige personeelslasten binnen de overige bedrijfskosten. Zonder wijziging van de rubricering zouden de totale personeelslasten met € 220 miljoen meer zijn gestegen.

In de grafiek is inzichtelijk gemaakt wat de mogelijke impact is. Als we geen correctie toepassen, bedragen de totale personeelskosten in 2022 € 14 miljard, 72,4% van de opbrengsten. Met de correctie stijgen de totale personeelskosten naar € 14,2 miljard, 73,6% van de opbrengsten.

Omdat elke zorginstelling verschillend omgaat met de rubricering van de overige personeelslasten in de jaarrekening, is het niet mogelijk om het exacte effect te berekenen en kan alleen een schatting worden gemaakt. Met de gehanteerde aanname wordt duidelijk dat het effect (op sectorniveau) aanzienlijk is. Een grove schatting laat zien dat de personeelskosten met een additionele € 220 miljoen stijgen.

## Ontwikkeling personeelslasten



# De financiële gezondheid van zorginstellingen wordt bepaald door resultaat, EBITDAR, DSCR, solvabiliteit en liquiditeitspositie

## Categorieën financiële gezondheid

De **financiële gezondheid** van zorginstellingen is in dit onderzoek bepaald aan de hand van een selectie van financiële ratio's (zie tabel). Deze ratio's geven gezamenlijk een goed beeld van de investeringsruimte, de financierbaarheid en het faillissementsrisico van een zorginstelling. Samengevat geeft dit een indicatie van de financiële gezondheid. De indeling van de zorginstellingen in de verschillende categorieën van financiële gezondheid wordt stapsgewijs vastgesteld. In de eerste plaats wordt op individueel niveau gekeken of de instelling een liquiditeitsprobleem of convenant breach heeft. Een convenant breach is het overtreden of niet nakomen van een bepaling in de financieringsovereenkomst waarbij een zorginstelling autonomie verliest, investeringen worden stopgezet en er geen budget is voor transities zoals IZA. Indien dit het geval is, wordt de zorginstelling direct aangemerkt als financieel ongezond. Hierbij gelden criteria die gemiddeld genomen in de sector gehanteerd worden, maar niet per se voor elke individuele instelling gelden. Indien er geen liquiditeitsprobleem of convenant breach is, worden punten (1, 2, en 3 punten) toegekend op basis van de score op de financiële ratio's (resultaat, EBITDAR marge, DSCR, solvabiliteit en aantal maanden liquiditeit). De optelling van de individuele scores bepaalt de financiële gezondheid en investeringsruimte:

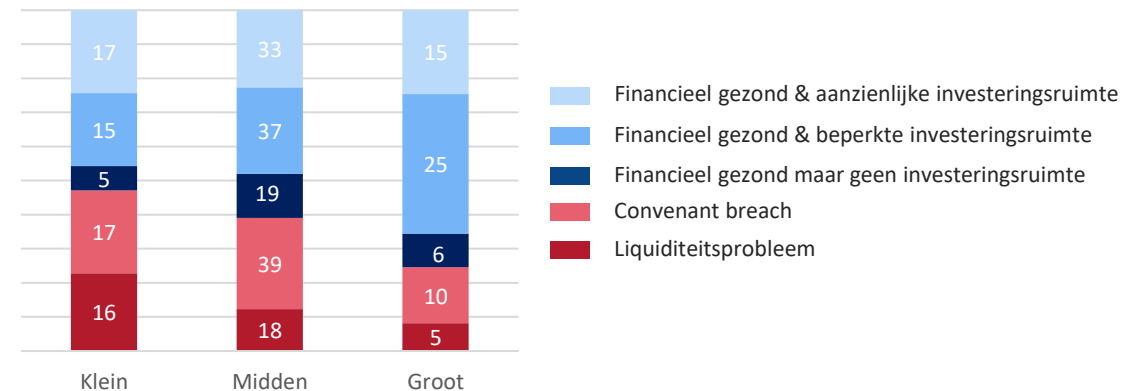
- 13 - 15 punten: financieel gezond & aanzienlijke investeringsruimte
- 10 - 12 punten: financieel gezond & beperkte investeringsruimte
- 5 – 9 punten: financieel gezond maar geen investeringsruimte

Voor 2022 hebben 39 zorginstellingen op basis van de classificatie een liquiditeitsprobleem en 66 zorginstellingen hebben een convenant breach.

## Puntensysteem voor categorisering financiële gezondheid van VVT-instellingen

	Financieel gezond			Financieel ongezond	
	3 punten	2 punten	1 punt	Convenant breach	Liquiditeitsprobleem
Resultaat marge <sup>1</sup>	> 2,0%	0,0 - 2,0%	< 0,0%	Drie jaar < 0%	
EBITDAR marge <sup>2</sup>	> 75 <sup>e</sup> percentiel	50 <sup>e</sup> – 75 <sup>e</sup> percentiel	25 <sup>e</sup> – 50 <sup>e</sup> percentiel	< 25 <sup>e</sup> percentiel	
DSCR <sup>3</sup>	> 2,5	2,0 - 2,5	1,3-2,0	1,0-1,3	< 1,0
Solvabiliteit <sup>4</sup>	> 30,0%	25 – 30,0%	20 - 25%	< 20%	
Liquiditeitspositie <sup>5</sup>	> 2 maanden	1-2 maanden	0 -1 maand	< 0 maand	

## Categorisering financiële gezondheid VVT-instellingen 2022





## Contact opnemen

Finance Ideas B.V.  
Weg der Verenigde Naties 1  
3527 KT Utrecht  
Telefoon: 030 – 232 0480

[info@finance-ideas.nl](mailto:info@finance-ideas.nl)  
[finance-ideas.nl](http://finance-ideas.nl)

Pim Diepstraten  
[pim.diepstraten@finance-ideas.nl](mailto:pim.diepstraten@finance-ideas.nl)

Luuk Geraets  
[luuk.geraets@finance-ideas.nl](mailto:luuk.geraets@finance-ideas.nl)

Corstiaan Verweij  
[corstiaan.verweij@finance-ideas.nl](mailto:corstiaan.verweij@finance-ideas.nl)