



## Rapport

# Onderzoek verpleeghuiszorg

De relatie tussen concentratiemaatstaven en de marktuitskomsten  
kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid

19 november 2021



## Inhoudsopgave

<b>1</b>	<b>Managementsamenvatting</b>	<b>4</b>
<b>2</b>	<b>Inleiding</b>	<b>7</b>
<b>3</b>	<b>Achtergrond</b>	<b>9</b>
3.1	Beschrijving van de markt voor verpleeghuiszorg	9
3.1.1	Kwaliteit	9
3.1.2	Toegankelijkheid	10
3.1.3	Betaalbaarheid	12
3.2	Bevindingen uit eerder onderzoek naar samenhang van concurrentie-indicatoren en kwaliteit van verpleeghuiszorg	15
<b>4</b>	<b>Methode en conceptueel model</b>	<b>18</b>
4.1	Methode	18
4.2	Conceptueel model	20
4.2.1	Conceptueel model kwaliteit	20
4.2.2	Conceptueel model toegankelijkheid	22
4.2.3	Conceptueel model betaalbaarheid	23
4.3	Gesprekken met stakeholders	24
<b>5</b>	<b>Beschrijvende statistieken en operationalisatie</b>	<b>26</b>
5.1	Gegevensbestanden	26
5.1.1	Openbaar databestand (ODB) kwaliteit	26
5.1.2	Vektis declaraties AW319	26
5.1.3	Vektis AGB register	27
5.1.4	Wachttijden	27
5.1.5	CBS informatie	28
5.1.6	SCP informatie	28
5.1.7	Financiële gegevens	28
5.2	Combinatie van gegevens uit bronnen	29
5.2.1	Vektis declaraties en kwaliteit	29
5.2.2	Vektis declaraties en wachttijden	29
5.2.3	Vektis declaraties en overige kenmerken	30
5.3	Concentratiemaatstaven	30
5.4	Kwaliteit	34
5.4.1	Structuurindicatoren	34
5.4.2	Procesindicatoren	35
5.4.3	Uitkomstindicatoren	38
5.5	Toegankelijkheid	40
5.6	Betaalbaarheid	43
5.7	Overige indicatoren	47
5.7.1	Stedelijkheid	47
5.7.2	Statusscore	48
5.7.3	Financiële indicatoren	49

---

5.7.4	Zorgprestaties met behandeling	51
<b>6</b>	<b>Resultaten</b>	<b>53</b>
6.1	Bevindingen gesprekken stakeholders	53
6.2	Kwaliteit	56
6.2.1	Uitkomstindicatoren	56
6.2.2	Procesindicatoren	63
6.3	Resultaten toegankelijkheid	70
6.4	Resultaten betaalbaarheid	73
6.5	Beperkingen van het onderzoek	78
<b>7</b>	<b>Conclusie</b>	<b>81</b>
7.1	Kwaliteit	81
7.2	Toegankelijkheid	83
7.3	Betaalbaarheid	84
7.4	Context van resultaten	84
<b>8</b>	<b>Bijlagen</b>	<b>86</b>
8.1	Literatuur	86
8.2	Beschikbare indicatoren niet opgenomen in de analyse	88
8.3	Representativiteit kwaliteitsgegevens	91
8.4	Resultaten aanbevelingsscore naar bron kwaliteitsscore	92

## 1 Managementsamenvatting

De Autoriteit Consument en Markt (ACM) heeft onderzoek gedaan om beter inzicht te krijgen in de werking van verpleeghuiszorg. We hebben op basis van beschikbare gegevens, ondersteund door gesprekken met stakeholders, onderzocht in hoeverre er een verband bestaat tussen concentratiemaatstaven en kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van verpleeghuiszorg. Door deze nieuwe inzichten verwacht de ACM haar toezicht beter te kunnen uitvoeren.

De kwantitatieve analyses zijn gebaseerd op beschikbare gegevens uit 2018. Daarnaast hebben we ter ondersteuning van de analyses gesprekken gevoerd met stakeholders. We hebben verschillende indicatoren gebruikt die informatie geven over de mate van concentratie in de markt, namelijk het aantal locaties in een gebied (Fascia count), het marktaandeel, de Herfindahl-Hirschman Index (HHI), de inverse Logit Competition Index (LOCI) en de Willingness to Pay (WTP). Daarnaast hebben we meerdere indicatoren gebruikt die de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van verpleeghuiszorg kunnen beïnvloeden.

### **Op basis van de beschikbare gegevens is er geen aantoonbare relatie gevonden tussen kwaliteit en concentratie maatstaven**

In de studie zijn de beschikbare en bruikbare kwaliteitsindicatoren gebruikt. Het gaat om de indicatoren: doorligwonden, het gesprek voeren over doorligwonden, de inzet van vrijheidsbeperkende maatregelen, de ervaringsscore verzameld door Zorgkaart Nederland of een meetbureau, afspraken over het levenseinde en een gecombineerde score over medicatiebeleid. Op basis van de uitgevoerde analyses is nagenoeg geen aantoonbaar verschil in de score van de kwaliteitsindicatoren gevonden die samenhangt met de concentratie maatstaven.

### **Op basis van de beschikbare gegevens is er een positieve relatie tussen concentratie maatstaven en toegankelijkheid in termen van wachtlijsten**

Op basis van de uitgevoerde analyses zien we dat meer geconcentreerde locaties, meer wenswachtenden hebben. Daarnaast zien we dat als er relatief minder locaties in de omgeving zijn, er meer wenswachtenden zijn (10% significantieniveau).

### **Op basis van de beschikbare gegevens is er geen betekenisvolle relatie tussen concentratie maatstaven en betaalbaarheid**

Met geen betekenisvolle relatie bedoelen we dat de coëfficiënten van de concentratie maatstaven wel laten zien dat meer concentratie samengaat met een kleinere korting ten opzichte van het NZa maximum (oftewel een hogere prijs), maar de coëfficiënten zijn niet statistisch significant. Alleen bij een analyse waarbij de locaties met beschikbare kwaliteitsinformatie zijn meegenomen, hebben we een significante relatie gevonden van de prijskorting met 3 van de 5 gebruikte concentratie maatstaven, waarvan één op 10% significantieniveau. Gecorrigeerd voor kwaliteitsverschillen, gaat meer concentratie samen met een lagere korting en daarmee een hogere prijs. In geld uitgedrukt is dit effect echter zeer beperkt.

### **De context is van belang bij de interpretatie van de resultaten**

De resultaten moeten geïnterpreteerd worden in het licht van huidige en toekomstige veranderingen op het gebied van verpleeghuiszorg. Sinds de introductie van het kwaliteitskader in 2017 worden er jaarlijks extra middelen beschikbaar gesteld om de kwaliteit van verpleeghuiszorg naar een hoger niveau te brengen (Zorginstituut, 2017). Daarvan zijn de effecten op de kwaliteit in 2018, maar ook ten

tijde van het onderzoek mogelijk nog niet volledig tot uiting gekomen. Uit onder andere de recente voortgangsrapportage van het programma Waardigheid en Trots blijkt dat de kwaliteit van verpleeghuiszorg de afgelopen jaren is verbeterd (Waardigheid & Trots, 2021). Daarnaast zijn de afgelopen jaren de wachtlijsten toegenomen en is de verwachting dat er de komende jaren bijgebouwd moet worden om aan de stijgende vraag tegemoet te kunnen komen (Commissie Toekomst zorg thuiswonende ouderen, 2020). Gezien de toenemende vraag naar ouderenzorg en de druk die dat op het zorgstelsel zal geven, leidt dit onvermijdelijk tot een andere organisatie van zorg op de middellange termijn (Ministerie van VWS, 2021). Deze mogelijke veranderingen in de organisatie van de zorg kunnen de rol van concurrentie en/of de mate waarin verpleeghuizen de prikkel hebben om zich te onderscheiden beïnvloeden.

De beschikbare gegevens over 2018 hebben beperkingen, waardoor we de resultaten niet volledig kunnen generaliseren naar de gehele sector van verpleeghuiszorg. Zo hebben we, als we kijken naar kwaliteit, van 84% van de omzet van verpleeghuiszorg ingekocht door zorgkantoren ook kwaliteitsgegevens beschikbaar. Mogelijk hebben niet alle zorgaanbieders de kwaliteitsgegevens opgeleverd of is de koppeling niet gelukt doordat de KvK-gegevens en AGB-codes niet te koppelen waren. Als we de kwaliteitsgegevens als uitgangspunt nemen, dan hebben we 65% van de locaties met kwaliteitsgegevens kunnen koppelen aan zorg ingekocht door zorgkantoren. Hier speelt dat bij de kwaliteitsgegevens niet altijd duidelijk of ze WLZ-zorg hebben geleverd of zorg die valt onder een andere financieringsbron. Zoals hieronder verder toegelicht zijn ook de beschikbare kwantitatieve indicatoren voor kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid geen volledige weergave van de volledige marktuitkomsten. Daarnaast zouden de kwaliteitsgegevens die verzameld en beschikbaar worden gemaakt ook beter moeten aansluiten bij de kwaliteitsfactoren die er echt toe doen voor de ouderen. Juist dan kunnen deze gegevens gebruikt worden als sturingsinformatie om de zorg nog beter aan te laten sluiten bij de wensen van de ouderen en kunnen ouderen op basis van deze informatie die zorgaanbieder kiezen die het beste aansluit bij hun behoefte. Ondanks bovengenoemde beperkingen zijn wij van mening dat we waardevolle conclusies over de werking van verpleeghuiszorg in relatie tot concentratie aan het onderzoek kunnen verbinden.

#### **Er zijn verschillende mogelijke verklaringen voor de gevonden resultaten.**

Wij zien op basis van de gesprekken met stakeholders en relevante beleid- en onderzoeksdocumenten drie mogelijke verklaringen voor het ontbreken van een relatie tussen kwaliteit en concentratie.

De eerste mogelijke verklaring gaat over de aansluiting van beschikbare kwaliteitsinformatie op de belevingswereld van ouderen en welke elementen zij van belang vinden bij het maken van een keuze voor een verpleeghuis. De verzamelde kwaliteitsinformatie gaat vooral over waar de zorg volgens het kwaliteitskader aan moet voldoen, zoals doorligwonden of afspraken rondom het levenseinde. Deze informatie overlapt niet volledig met die elementen die ouderen belangrijk vinden bij hun keuze voor een bepaalde verpleeghuislocatie (denk bijvoorbeeld aan aandacht voor levensbeschouwing of aandacht van het personeel). De tweede mogelijke verklaring gaat over de wachtlijsten en de prikkel daarvan op de kwaliteit. Deze verklaring heeft betrekking op zowel de zorgverlenings- als de zorginkoopmarkt. Tijdens de gesprekken werd door een aantal verpleeghuizen aangegeven dat zij door de wachtlijsten verzekerd zijn van cliënten en dat zij om die reden geen prikkel hebben meer cliënten aan te trekken door de kwaliteit te verhogen. Ten derde, de verpleeghuizen die we gesproken hebben geven aan dat de intrinsieke motivatie om goede zorg te leveren en druk om te voldoen aan het kwaliteitskader voor voldoende prikkel zorgen om goede kwaliteit te leveren. Eventuele concurrentiedruk voegt daar volgens hen niets aan toe. Uit het onderzoek komt daarnaast naar voren dat zorgkantoren bij de inkoop weliswaar de dialoog voeren met verpleeghuizen over de kwaliteit van

de zorg, bijvoorbeeld door de uitwisseling van best practices door verpleeghuizen. Volgens zorgkantoren leidt een minder goede kwaliteit vervolgens echter zelden tot gevolgen voor de inkoop (minder volume inkopen of lagere prijzen). Verder hebben zorgkantoren gezien de grote vraag en het beperkte aanbod de verpleeghuizen (en zeker de grote) nodig om te voldoen aan de zorgplicht.

We hebben in het onderzoek geen goede verklaring kunnen vinden voor de positieve relatie van concentratie met het aantal wenswachtenden bij een verpleeghuis. In een markt waar wachtlijsten zijn, mag verwacht worden dat aanbieders gaan uitbreiden om zo aan de vraag te voldoen. De gevonden relatie kan een indicatie zijn dat de prikkel om capaciteit uit te breiden het minst sterk is bij verpleeghuizen in meer geconcentreerde markten. Ze lopen immers weinig risico dat wenswachtenden een ander verpleeghuis kiezen. Verpleeghuizen geven aan dat ondanks de patiëntvolgende inkoop van de zorgkantoren zij niet zondermeer het risico nemen om de capaciteit uit te breiden. Daarbij geldt dat fysieke belemmeringen om uit te breiden (vastgoed, grond) en de moeite om goed personeel te werven, een grotere rol spelen bij de onzekerheid om uit te breiden dan het budget van het zorgkantoor. Aangezien het financiële risico voor uitbreiding vooral bij het verpleeghuis ligt, zou een mogelijke verklaring (van een hogere wenswachtendenlijst bij verpleeghuizen met meer marktmacht) kunnen zijn, dat de prikkel om uit te breiden het minst sterk is bij verpleeghuizen met meer marktmacht. Deze verpleeghuizen lopen, omdat er minder alternatieve verpleeghuizen in de buurt zijn, immers minder risico dat cliënten een andere organisatie kiezen. Deze mogelijke verklaring van de prikkel voor capaciteitsuitbreiding in relatie tot concentratie werd echter niet herkend door de stakeholders.

Er zijn verschillende mogelijke verklaringen voor de niet betekenisvolle relatie van concentratie met betaalbaarheid. De eerste mogelijke verklaring is – en deze wordt door de ondervraagde zorgkantoren herkend, dat prijsdifferentiatie een ondergeschikte rol speelt bij de zorginkoop. Dit blijkt ook uit de gesprekken met verpleeghuizen die aangeven dat de tarieven van zorg in de meeste zorgkantoorregio's vast staan. Alleen in uitzonderlijke situaties waarin de patiëntenpopulatie of de context waarin de zorg geleverd wordt sterk afwijkt, kunnen er maatwerkstariefafspraken worden gemaakt. De beperkte variatie van de prijzen zien we tevens terug in de declaratiedata en komt ook naar voren in het recente kwalitatieve onderzoek uitgevoerd door ESHPM (Bakx, Schut & Wouterse, 2020). Dit kan komen doordat zorgkantoren geen financieel risico dragen op de uitvoering van de zorginkoop, wat de prikkel doet afnemen om de beste zorg voor de beste prijs in te kopen. Een andere mogelijke verklaring voor de beperkte variatie in de prijzen is dat de kostenniveaus in organisaties in grote mate overeenkomen. Uit het onderzoek komt naar voren dat de beperkte variatie van tarieven in sterkere mate geldt voor de 'intramurale' ZZP's. Bij VPT is er meer variatie in de afgesproken prijs en er wordt een hogere gemiddelde korting ten opzichte van het NZa-maximum bedongen. Dit kan mogelijk worden veroorzaakt door een grotere variatie in de kostenniveau tussen VPT-aanbieders.

Een nadere toelichting op de implicaties van de studie voor het toezicht van de ACM zijn omschreven in het consultatiedocument "Concentratietoezicht op de verpleeghuissector".

## 2 Inleiding

De vraag naar ouderenzorg zal de komende jaren door vergrijzing sterk toenemen. Uit de middellange ramingen van het Centraal Plan Bureau (CPB) blijkt dat de uitgaven aan zorg die valt onder de Wet langdurige zorg (Wlz) de komende jaren het hardst zullen stijgen van alle uitgaven aan zorg (van 18 miljard in 2017 naar 30 miljard in 2025). Een andere belangrijke ontwikkeling in de sector is de introductie van het kwaliteitskader voor verpleeghuiszorg, dat sinds 2017 een impuls geeft voor extra personeel, technologie en innovatie. Deze ontwikkelingen vragen nu, maar ook in de toekomst om een andere organisatie van verpleeghuiszorg.

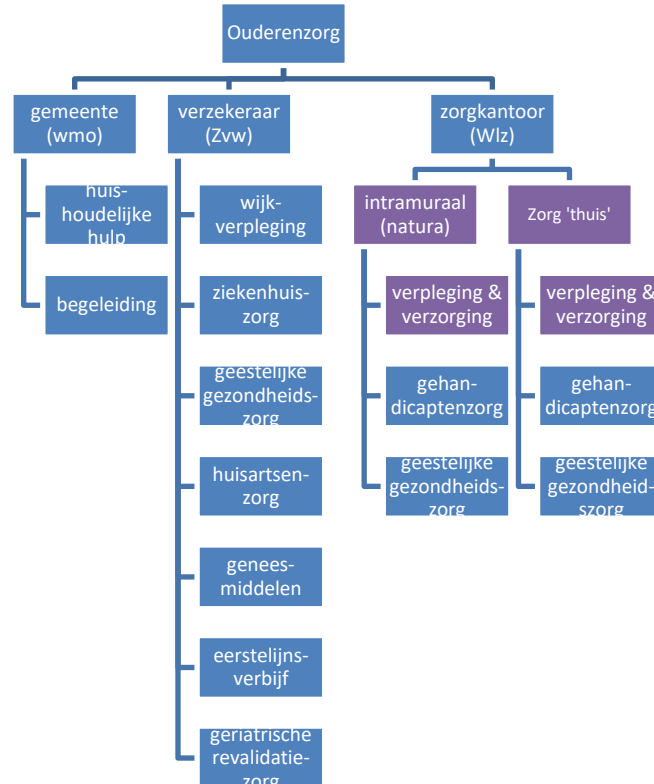
Als ouderen zorg nodig hebben, kunnen zij met meerdere partijen te maken krijgen. De gemeente regelt huishoudelijke hulp en begeleiding. De verzekeraar doet de inkoop van wijkverpleging, ziekenhuiszorg, huisartsenzorg, geneesmiddelen en GGZ, maar ook het eerstelijnsverblijf en geriatrische revalidatiezorg. Het zorgkantoor regelt zorg thuis of verblijf in een verpleeghuis als ouderen 24-uurs toezicht of zorg nodig hebben.

In deze studie hebben we specifiek gekeken naar de verpleging en verzorging die wordt aangeboden vanuit de Wet langdurige zorg (Wlz), met uitzondering van de leveringsvormen Modulair pakket thuis (MPT) en het Persoonsgebonden budget (PGB).

Het gaat om personen die 24-uurs toezicht of zorg nodig hebben, zie het paarse gedeelte in Figuur 1. De meeste personen die Wlz-zorg ontvangen, krijgen verpleging & verzorging (92%) en krijgen deze zorg in natura in een verpleeghuis (>80%) (Vektis, 2018). De Wlz-zorg omvat verpleging, persoonlijke verzorging, begeleiding, behandeling, vervoer naar behandeling en/of begeleiding, verstrekken van eten en drinken, schoonhouden van de woonruimte en logeeropvang. Het is echter ook mogelijk om Wlz-zorg 'thuis' te ontvangen. Een cliënt ontvangt zorg bijvoorbeeld in een aanleunwoning, aangepaste woning, geclusterde woning die de persoon zelf huurt of waarvan hij eigenaar is. Er zijn verschillende leveringsvormen voor zorg thuis:

- Volledig pakket thuis (VPT) wordt geleverd door één Wlz-zorgaanbieder.
- Modulair pakket thuis (MPT) wordt geleverd door één of meerdere Wlz-zorgaanbieders
- Persoonsgebonden budget (PGB): de verzekerde ontvangt een budget waarmee hij zelf zorg kan inkopen.

Figuur 1 Soorten zorg die ouderen kunnen ontvangen naar wet en uitvoerder



De ACM is onderzoek naar de verpleeghuiszorg gestart naar aanleiding van een stijging van het aantal concentratiemeldingen van organisaties die Wlz-zorg aanbieden. Aangezien deze ondernemingen ook vallen binnen het toepassingsbereik van de Mededingingswet, dient deze wet ook als uitgangspunt bij de beoordeling van deze concentraties. Gezien de aard van de markt, wil de ACM door middel van deze studie meer inzicht krijgen in deze sector.

Deze rapportage bevat de bevindingen van de studie. De resultaten zijn tot stand gekomen door analyse van beschikbare gegevens over kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid van verpleeghuiszorg in termen van wachtlijsten. Daarnaast zijn gesprekken gevoerd met relevante stakeholders en beschikbare beleidsdocumenten bestudeerd.

Het rapport is als volgt opgebouwd: Eerst geven we achtergrondinformatie over de wijze waarop kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van verpleeghuiszorg tot stand komt. Vervolgens geven we toelichting op de onderzoeksmethode en gebruikte gegevens. Daarna presenteren we de bevindingen uit de gesprekken met de stakeholders en de resultaten van de kwantitatieve analyses. Tot slot, geven we een conclusie en reflecteren we op de bevindingen.



## 3 Achtergrond

In dit hoofdstuk beschrijven we de markt voor verpleeghuiszorg en geven een overzicht van de belangrijkste bevindingen uit nationaal en internationaal onderzoek naar de relatie van concurrentie en kwaliteit van ouderenzorg.

### 3.1 Beschrijving van de markt voor verpleeghuiszorg

Diverse partijen zijn betrokken bij de organisatie van verpleeghuiszorg zoals de zorgaanbieders, de zorgkantoren, het ministerie van VWS, IGJ en de NZa. Aan de hand van de driehoek kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid, geven we in een vogelvlucht een beschrijving hoe kwaliteit en toegankelijkheid van verpleeghuiszorg tot stand komen en hoe de zorg wordt betaald.

#### 3.1.1 Kwaliteit

Ouderen kiezen in de meeste gevallen samen met mantelzorgers de organisatie waar zij zorg willen ontvangen. De Raad van Ouderen<sup>1</sup> heeft met ouderen gesproken welke elementen zij belangrijk vinden bij de keuze. Ouderen geven aan dat kwaliteit, en informatie over 'zachte' kenmerken als geborgenheid, autonomie, diversiteit, zingeving, aandacht voor levensvragen en palliatieve zorg belangrijk zijn. Daarnaast speelt ook de stabiliteit, zoals financiële gezondheid en stabiliteit van de zorgorganisatie een rol bij de keuze (Raad van Ouderen, 2019). Deze 'zachte' kenmerken worden veelal niet geregistreerd. Uit onderzoek in opdracht van het ministerie van VWS naar de beleving van verpleeghuiszorg blijkt dat bij de oriëntatie men vooral zoekt naar een prettige leefomgeving (bijvoorbeeld in de vorm van hygiëne en bejegening). Ouderen die ervaringen hebben (onder andere voor hun naasten) met verpleeghuiszorg vinden hygiëne, beschikbaarheid van medische zorg, de sfeer en betrokkenheid van personeel belangrijk bij hun kwaliteitsoordeel. Verder is de barrière om te verhuizen groot als de oudere eenmaal in het verpleeghuis zit en de kwaliteit tegenvalt. Zo'n latere verhuizing vraagt veel organisatie van naasten en professionals en heeft grote impact op de oudere (Motivaction, 2016). Uit onderzoek van de Patiëntenfederatie naar de informatiebehoefte bij de keuze voor een verpleeghuis komt naar voren dat ouderen nabijheid van het verpleeghuis bij familie of waar men nu woont belangrijk vinden. Ook zijn sfeer, identiteit en specialisatie van belang. Ouderen vinden ook de kundigheid van het personeel, passende activiteiten, wachttijd, kwaliteit van zorg die past bij de persoon, informatie over de omgeving, en ervaringen van anderen belangrijk (Patiëntenfederatie, 2019).

De kwaliteit van verpleeghuiszorg is de afgelopen jaren vaak onderwerp van gesprek geweest. In 2015 lanceerde het ministerie van VWS het programma 'waardigheid en trots, liefdevolle zorg voor onze ouderen' met het doel om de kwaliteit van zorg te verbeteren (Ministerie van VWS, 2015). In 2017 is vervolgens het kwaliteitskader verpleeghuiszorg vastgesteld door het Zorginstituut (Zorginstituut, 2017). In het kwaliteitskader staat omschreven wat cliënten en hun naasten mogen verwachten van verpleeghuiszorg. Het hoofddoel van verpleeghuiszorg is een zo goed mogelijke bijdrage te leveren aan de kwaliteit van leven van de cliënt, door een optimale interactie tussen cliënt, zorgverlener en

<sup>1</sup> De Raad van Ouderen adviseert het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en andere partijen die actief zijn in de ouderenzorg en vraagt aandacht voor relevante thema's. De raad bestaat uit ouderen die ook actief zijn in regionale en landelijke ouderennetwerken

zorgorganisatie in het zorg- en behandelproces. Volgens het kwaliteitskader beoordeelt de cliënt in hoeverre hij of zij tevreden is over de bijdrage van de geleverde zorg aan de beoogde kwaliteit van leven. De vier aandachtspunten voor kwaliteit van zorg zijn compassie, uniek zijn, autonomie en zorgdoelen. Eerder identificeerde een Taskforce van het Ministerie van VWS dat de domeinen persoonsgerichte zorg, veilige zorg, ruimte voor welbevinden en comfort bieden in de laatste jaren bepalend zijn voor de kwaliteit van verpleeghuiszorg (Coolen, 2015).

Diverse partijen hebben verantwoordelijkheden om goede zorg te leveren. Het bestuur van een zorgorganisatie heeft de verantwoordelijkheid voor het leveren van goede zorg. De zorgkantoren dienen kwalitatief goede zorg in te kopen. De IGJ houdt toezicht op de minimale vereiste voor kwalitatief goede en veilige zorg. Het kwaliteitskader is onderdeel van het toetsingskader van de IGJ. Het toetsingskader van de IGJ bestaat in de kern uit drie onderdelen: sturen op kwaliteit en veiligheid, persoonsgerichte zorg, en deskundigheid en inzet van personeel en kan worden aangevuld met andere wettelijke en veldnormen gericht op specifieke onderwerpen, zoals medicatieveiligheid of infectiepreventie. De IGJ kan ingrijpen als er sprake is van tekortkomingen in de goede en veilige zorg aan cliënten en daarmee aan bepaalde (veld)normen niet wordt voldaan. Zorgkantoren hebben de zorgplicht om genoeg zorg van goede kwaliteit in te kopen voor hun verzekerden. Daarvoor sluiten zij contracten af met zorgorganisaties, waarin zij onder andere afspraken maken over de kwaliteit van zorg. Hiervoor wordt per zorgorganisatie en locatie een kwaliteitsverslag en afspraken gemaakt over de wijze waarop de zorgorganisatie laat zien dat de zorg van goede kwaliteit is. Op deze manier kan het zorgkantoor maatregelen nemen als niet wordt voldaan aan de afspraken die zijn gemaakt. Om aan het kwaliteitskader te voldoen zijn extra middelen beschikbaar gesteld om de zorg te leveren: 85% van het budget moeten zorgorganisaties besteden aan extra personeel, hoewel gemotiveerd afwijken mogelijk is. Het overige deel moet besteed worden aan innovatieve technologie die de zorgverlening ondersteunen zoals domotica, wearables, telemonitoring en e-health. De NZa houdt toezicht op de zorgkantoren bij de uitvoering van het kwaliteitskader (zie Memorie van toelichting, Wet langdurige zorg).

### 3.1.2 Toegankelijkheid

Om toegang te krijgen tot Wlz-zorg is een indicatiestelling nodig. Het principe is dat een aanvrager een aanvraag indient bij het CIZ (Centrum Indicatiestelling Zorg), het CIZ beoordeelt de aanvraag, en na een positieve beslissing gaan aanvrager en zorgkantoor de benodigde zorg regelen. Bij de aanvraag wordt ook een bepaald zorgprofiel aangegeven en eventueel het verpleeghuis van voorkeur. Hoe zwaarder het zorgprofiel hoe vaker deze in een verpleeghuis wordt afgenomen (De Jonge, 2020). De NZa (2021a) stelt dat er duidelijk regionale verschillen zitten in de Wlz-indicaties, maar uit onderzoek van de Algemene Rekenkamer in 2018 blijkt dat, in de jaren 2015-2017, er geen verschil zat in toewijzingsprocedures of -snelheden tussen gemeentes: als gemeentes al beleid hadden om mensen snel naar de Wlz te verwijzen dan wordt dat niet teruggezien in de gegevens. De regionale verschillen in indicaties worden verklaard door verschillen in bevolkingssamenstelling (Algemene Rekenkamer, 2018) of specifiek zorgaanbod (NZa, 2021a). Verder blijkt dat het eerder aanvragen van een Wlz-indicatie niet leidt tot een grotere kans op het krijgen van de indicatie, omdat leeftijd een indicator is voor het wel of niet toewijzen (Algemene Rekenkamer, 2018).

De aanvrager wordt veelal ondersteund door familie en vrienden maar kan ook informatie ontvangen van wijkverpleegkundigen, huisartsen, ziekenhuizen en revalidatieklinieken (BMC Advies, 2017). Zorgkantoren lijken nagenoeg geen rol te spelen. Hoewel de meerderheid van de aanvragers het proces met het CIZ positief ervaren, geeft ruim een derde aan dat de aanvraag (heel) moeilijk was. Dat laatste kan een drempel opwerpen voor sommigen om toegang tot een verpleeghuis te krijgen. Verder lijkt het proces van zorgtoewijzing complexer te zijn geworden sinds de komst van de Wlz en vinden mensen het niet altijd duidelijk of ze zorg thuis mogen ontvangen of verplicht naar een

verpleeghuis moeten. Ook meldt BMC Advies (2017) dat bij zo'n 25% van de mensen er geen keuze voor een verpleeghuis mogelijk was omdat de zorgvraag urgent was. De meerderheid kon bij het verpleeghuis van voorkeur terecht; waar dit niet kon kwam dat door wachtlijsten. Het SCP (2019) heeft de particuliere verpleeghuiszorg onderzocht. Bij de meeste particuliere verpleeghuizen is de zorg gericht op ouderen met hoge of middeninkomens, op kleinschalige locaties. Deze initiatieven komen voort uit bevoegen zorgprofessionals en ondernemers, vaak om te laten zien dat de zorg anders en 'beter' kan zijn. Sommigen leveren vooral zorg vanuit winstoogmerk en de geboden zorg is daar ook van goede kwaliteit; SCP wijst daarbij zelf op de wettelijke kwaliteitseisen. Het onderzoek stelt dat de meerwaarde van particuliere verpleeghuiszorg voor de bewoners zit in kleinschaligheid, cliëntgerichtheid en dat er meer keuzeruimte is in het aanbod. Daarentegen kunnen ouderen met de meest complexe zorgvragen veelal niet terecht bij particuliere verpleeghuizen.

De komende twintig jaar zal het aantal ouderen in de samenleving stijgen waardoor er meer vraag naar verpleeghuiszorg komt (TNO, 2019; NZa, 2021a). In combinatie met verminderde beschikbaarheid van mantelzorgers (NZa, 2021a) zal dit leiden tot de vraag naar extra verpleeghuiscapaciteit: zowel door hogere instroom van cliënten als langere verblijfsduur (TNO, 2020). TNO onderzocht hoeveel extra zou moeten worden gebouwd om deze ontwikkeling het hoofd te bieden. Hun projectie geeft aan dat er minstens een verdubbeling qua capaciteit nodig is. TNO (2019) geeft aan dat dit een indicatie op landelijk niveau is, en dat er afstemming op regionaal niveau nodig is om oplossingen te zoeken voor capaciteitsknelpunten. Dit is ook duidelijk uit de verschillende regionale capaciteitsplannen (ZN, 2020). Verder stelt TNO (2020) dat het realiseren van nieuwe locaties niet gemakkelijk is omdat bouwlocaties schaars zijn, en bouwen (zowel nieuw als renovatie) verloopt in een langzaam tempo. Een oplossing volgens TNO is om ook verpleeghuiszorg buiten de muren van het verpleeghuis aan te bieden. Een andere factor is om onderscheid te maken tussen cliënten met een somatische en psychogeriatrische grondslag (TNO, 2020), want hun zorgbehoefte en verblijfsduur verschillen.

De verpleeghuiscapaciteit wordt niet alleen bepaald door vastgoed/woonruimte. De zorg moet ook verleend worden door personeel. Het personeelsprobleem wordt besproken door SEO (2019): sinds 2012 is er een daling van het aantal werkenden in medische en verzorgende beroepen. Zij wijten dit aan beleidswijzigingen die erop waren gericht om de zorgkosten beheersbaar te houden. De grootste daling was zichtbaar bij het aantal werkenden in verzorgenden beroepen. Dit resulteerde in veel langdurig openstaande vacatures eind 2018, het jaar dat we beschouwen in dit rapport. Dit betekent dat het lastig is voor verpleeghuizen om voldoende personeel te contracteren, waardoor ze mogelijk minder cliënten kunnen bedienen, wat weer een effect kan hebben op de wachtlijsten van het verpleeghuis. SEO (2019) stelt ook dat de arbeidsmarkt niet optimaal functioneert: er is veel in- en uitstroom van werknemers. Dit komt de continuïteit van de zorg niet ten goede: overgebleven verzorgenden hebben te maken met een hogere werkdruk en dit zorgt mogelijk voor een hogere uitstroom, zeker omdat de vraag naar personeel alleen maar hoger wordt. SEO stelt dat er in de toekomst een oplossing moet komen om te voorkomen dat er overmatig veel personeel uit de zorgsector vertrekt. Het SCP (2019) identificeert dat het aanbod van particuliere verpleeghuiszorg een bepaalde type zorgpersoneel trekt, wat mogelijk ten koste gaat van reguliere zorgaanbieders. Ook zijn particuliere verpleeghuizen vaak kleinschalig, waardoor wijzigingen in het aantal cliënten effect kan hebben op de behoefte aan personeel. Daarom kiezen sommige particuliere aanbieders voor flexibel inzetbare werknemers. Het SCP (2019) stelt de vraag of de toename in flexibele werknemers in de verpleeghuiszorg een wenselijke ontwikkeling is.

Minister De Jonge (2020) beschrijft de ontwikkelingen in de vraag naar verpleeghuiszorg van recente jaren. Waar het aantal geregistreerd wachtenden steeg tot en met 2019, zijn er in 2020 minder actief

wachtenden wat komt doordat meer mensen zich als niet-actief wachtende hebben geregistreerd. Deze laatste ontwikkeling wordt gewijd aan de coronacrisis omdat mensen liever de zorg aan huis ontvangen dan in een verpleeghuis. Verder is er sinds 2018 een groeiende groep mensen die een Wlz-indicatie hebben en als niet-actief wachtende staan geregistreerd, zodat zij eerder zorg kunnen gaan ontvangen wanneer het noodzakelijk wordt. Uit steekproefonderzoek blijkt dat zo'n 80% van de niet-actief wachtenden adequate zorg ontvangen en pas zorg in een verpleeghuis accepteren als het hun locatie van voorkeur betreft. Ook blijkt dat cliënten die in 2019 al in een verpleeghuis geplaatst zijn dat ze gemiddeld genomen 23 dagen wachtten op opname.

Tot slot concludeert Minister De Jonge dat de huidige registratie van wachtlijsten onvoldoende informatie biedt (wat in lijn is met NZa, 2021a). Er is samen met het Zorginstituut voorgesteld dat per 2021 er vier categorieën zijn: (i) urgent wachtenden (plaatsing binnen 4 weken); (ii) actief wachtenden (plaatsing zo snel mogelijk, liefst bij voorkeursaanbieder); (iii) wachtend op voorkeur, en (iv) wacht uit voorzorg (geen opnamewens maar gaan aangeven wanneer bemiddeling tot opname nodig is). Deze methode wordt tegenwoordig gehanteerd (ZN, 2021; Zorginstituut, 2021).

### 3.1.3 Betaalbaarheid

De betaalbaarheid van verpleeghuiszorg kent verschillende dimensies. De cliënt betaalt een eigen bijdrage die afhankelijk is van het inkomen, vermogen, leeftijd, huishouden en de geleverde zorg (maximum bedrag 2020 € 2.419,40 per maand). Het centraal administratie kantoor (CAK) int deze eigen bijdrage. De eerste vier maanden geldt een lage eigen bijdrage, vervolgens geldt meestal een hoge eigen bijdrage.

Op nationaal niveau wordt jaarlijks bepaald hoeveel financiële middelen er beschikbaar zijn voor Wlz zorg. De minister van VWS communiceert via de definitieve kaderbrief het macrobedrag voor de contracteerruimte voor de zorginkoop van zorg in natura en voor het persoonsgebonden budget (pgb). De contracteerruimte voor zorg in natura bedraagt €21,315 miljard en het beschikbare bedrag voor pgb's is 2,672 miljard in 2020.<sup>2</sup> Naast het budgettair kader is €10 miljoen beschikbaar voor innovatie, €50 miljoen voor transitie-middelen (het gaat om middelen om zorgaanbieders te ondersteunen om aan het Kwaliteitskader te voldoen) en €1,1 miljard voor de extra middelen kwaliteitskader verpleeghuiszorg. De NZa adviseert het ministerie van VWS over de hoogte en toereikendheid van de contracteerruimte. De verdeling over de zorgkantoren is gebaseerd op de uitstaande indicaties op peilmoment in het voorgaande jaar in de zorgkantoorregio. Daarnaast worden zorgkantoren, Wlz-uitvoerders en de Sociale Verzekeringsbank (SVB) gecompenseerd voor de beheerskosten (in 2020 werd dit vastgesteld op €238,31 miljoen).

Zorgkantoren moeten ervoor zorgen dat mensen met een Wlz-indicatie tijdig toegang hebben tot passende zorg, met aandacht voor het individuele welzijn. Daarnaast informeren en ondersteunen zij waar nodig en bemiddelen ze naar passende zorg. Zorgkantoren zorgen ervoor dat de ingekochte zorg doelmatig en rechtmatig is, dat wil zeggen dat er een balans tussen kosten, volume en kwaliteit is en dat het binnen de kaders van wet- en regelgeving valt. In de memorie van toelichting van de Wlz wordt genoemd dat van zorgkantoren wordt verwacht dat zij aanbieders zorgvuldig onderling vergelijken op klanttevredenheid, kwaliteit en doelmatigheid van zorg en dat deze criteria bij de contractafspraken een rol spelen. Echter, de zorgkantoren lopen geen financieel risico op de gemaakte zorgkosten en concurreren niet om consumenten. In de memorie van toelichting van de Wlz wordt wel ingegaan op de mogelijkheden om zorg door zorgkantoren risicodragend uit te voeren, wat een mogelijkheid kan zijn om de prikkels voor doelmatige inkoop te versterken. De NZa houdt toezicht

<sup>2</sup> In 2018 betrof de contracteerruimte voor zorg in natura (zin) € 17,850 miljard. De contracteerruimte voor het experiment persoonsvolgende inkoop bedroeg € 0,720 miljard. Het beschikbare bedrag voor pgb's betrof € 2,400 miljard.

op rechtmatigheid en doelmatigheid van de 31 zorgkantoren en het CAK. Omdat de indicatiestelling door het CIZ wordt uitgevoerd bestaat het risico dat de capaciteit en vraag niet goed bij elkaar aansluiten en er dus wachtlijsten ontstaan.

Gedurende de bekostigingscyclus van de inkoop door de zorgkantoren worden op drie momenten afspraken gemaakt:

- Budgetafspraken: Het jaar voorafgaand aan een budgetjaar maken de zorgaanbieders en het zorgkantoor budgetafspraken. Hierin worden veelal voor 1 november van het voorgaande jaar productieafspraken gemaakt over de prijs en volumes per prestatiecode welke worden opgestuurd naar de NZa. De beschikbare middelen worden vervolgens toegekend aan de verschillende zorgkantoren.
- Herschikkingsafspraken: Gedurende het jaar kunnen de productieafspraken tussen de zorgaanbieder en het zorgkantoor worden aangepast in de herschikkingsronde, afhankelijk van onder- of overproductie. Deze herschikkingen op zorgaanbieder niveau moeten halverwege november van het budgetjaar bij de NZa worden ingediend. Op zorgkantoorniveau kunnen eventueel ook gelden voor zorg in natura en pgb worden herschikt. Ook tussen zorgkantoren kunnen gelden herschikt worden.
- Nacalculatie afspraken. Voor 1 juni van het jaar na het budgetjaar moet de nacalculatie worden ingediend bij de NZa. Eind juli/begin augustus zal de NZa een beschikking afgeven over de ingediende nacalculatie. Indien er overproductie is ten opzichte van de budgetronde of herschikkingsronde, kan deze eventueel gehonoreerd worden als er elders onderproductie is (allereerst binnen het concern van de zorgaanbieder en daarna met de landelijk resterende onderproductie). Als de resterende landelijk overproductie niet volledig vergoed kan worden, dan wordt de overproductie naar rato vergoed. De niet vergoede kosten komen dan voor rekening van de aanbieder (als er geen extra middelen beschikbaar worden gesteld).

Zorgverzekeraars Nederland (ZN) stelt een landelijk (meerjarig) inkoopkader op waarin op hoofdlijnen wordt aangegeven hoe de zorginkoop binnen de Wlz (naast verpleeghuiszorg de gehandicaptenzorg en langdurige GGZ) zal verlopen de komende periode. Dit landelijke inkoopkader is het vertrekpunt voor de zorgkantoren bij de opstelling van het zelfstandige inkoopbeleid. Voor 2021-2023 hadden zorgkantoren in ZN-verband een meerjarig inkoopkader opgesteld. In dit inkoopkader was onder andere opgenomen dat zorgkantoren een prijsdifferentiatie toe wilden gaan passen. Alle aanbieders zouden een landelijk basistarief percentage van 94% ontvangen, met de mogelijkheid van een 2% opslag. Een aantal zorgaanbieders heeft hier bezwaar tegen aangetekend. Hiervoor zijn zij door de rechter in het gelijk gesteld, en is zorgkantoren verboden de inkoopprocedures voor 2021 voort te zetten, tenzij er met onderzoek aangetoond wordt dat de tariefkortingspercentages reëel zijn. Of er sprake is van reële tarieven moet volgens de rechter ten minste per sector worden vastgesteld, wat niet betekent dat de vergoede tarieven voor elke aanbieder kostendekkend moeten zijn. Er loopt nog een hoger beroep. In het algemeen gaan de betrokken zorgkantoren in 2021 de basistariefpercentages van de NZa-maximumtarieven 2020 met indexering toepassen (Ministerie van VWS, 2020b).

Zorgkantoren geven in het inkoopbeleid hun visie op de wijze waarop de zorg georganiseerd en geleverd moet worden, zoals de betekenis van cliëntvolgend beleid of de invulling van cliëntondersteuning bij de keuze voor een verpleeghuis. Zorgkantoren maken hierin verschillende beleidsmatige afwegingen. Als voorbeeld, zo gaat VGZ in haar inkoopdocument 2018-2020 in op haar doelstelling om de wachtlijsten aan te pakken, meer keuzevrijheid te realiseren voor thuiswonende Wlz-cliënten en cliënten langer thuis laten wonen door meer inzet van VPT en MPT. Zilveren Kruis ging in 2018 in op het oplossen van regionale knelpunten, het verbeteren van de zorginfrastructuur en

het belang van leren van elkaar en het delen van innovaties en best practices. Menzis vroeg in 2018 aandacht voor cliëntondersteuning, het belang van persoonsvolgende bekostiging en waarde gerichte zorg, en de beheersing van de kosten, om op deze manier wachtlijsten en verschraving van zorg te voorkomen. Daarnaast wordt in het inkoopdocument aangegeven hoe de inkoopprocedure precies verloopt, welke deadlines worden gehanteerd en hoe de contracteerruimte die bij de NZa ingediend zal worden tot stand komt. Verder wordt aangegeven hoe de monitoring van de uitputting van de contracteerruimte plaatsvindt en hoe wordt omgegaan met onder- en overproductie en de eventuele herverdeling.

In de uiteindelijke contracten zijn in ieder geval tarief- en volumeafspraken opgenomen. De meeste zorgprestaties kennen maximumtarieven. De individuele zorgactiviteiten die een zorgaanbieder uitvoert worden ingedeeld in prestaties, de zogenaamde zorgzwaartepakketten. Een zorgzwaartepakket (hierna ook: zzp) bestaat uit een volledig pakket van verblijfszorg dat aansluit op de zorg die de cliënt nodig heeft en die geleverd wordt tegen een afgesproken tarief<sup>3</sup>. Zowel voor intramuraal en VPT zijn er 10 categorieën (1vv tot en met 10vv) waarbij 1vv tot en met 3vv meer gericht zijn op verzorging, 4vv tot en met 8vv gericht zijn op verpleging, 9vv gericht op herstel en 10vv gericht op palliatieve verpleging. Voor 3vv tot en met 10vv is er een prestatie met en zonder behandeling. Tot slot is nog de prestatie crisisopvang/spoedzorg vv met behandeling. In totaal levert dit 19 relevante intramurale prestaties/zzp's (dit is inclusief de crisisopvang) en 18 vpt prestaties/zzp's op.

Naast deze prestaties zijn er middelen beschikbaar om kwaliteitsmaatregelen te nemen die passen binnen het kwaliteitskader (in 2017 en 2018 via de opslag waardigheid en trots en in de huidige setting via een toeslag). Deze gelden zijn alleen beschikbaar voor aanbieders van intramuraal verblijf en VPT voor zover zij zpp vv<sup>4</sup> of hoger aanbieden. Tot slot zijn er nog enkele aparte toeslagen voor het aanbieden van zorg voor gespecialiseerde zorg (bv Huntington, invasieve beademing)<sup>4</sup>.

In de inkoopdocumenten presenteren de zorgkantoren een percentage van het maximumtarief dat zij als uitgangspunt nemen voor de onderhandeling. De meeste zorgkantoren hanteren zo'n vast percentage voor alle zorgprestaties. Menzis hanteert een differentiatie tussen aanbieders op basis van in welke klasse (A, B of C) een zorgaanbieder (op basis van een vragenlijst) is ingedeeld. De tarieven lopen van 94% tot 97% van het NZa maximumtarief per zorgprestatie. Van aanbieders in de klasse A wordt daarnaast verwacht dat ze actief meedenken en meewerken met het plaatsen van moeilijk plaatsbare cliënten en onder andere het leveren van spiegelinformatie. Verder krijgen deze aanbieders voorrang bij toekennen van middelen om regionale knelpunten op te lossen. De zorgkantoren volgen het landelijk kader waarin wordt aangegeven dat de NHC- en NIC-vergoeding 100% van het NZa-maximum tarief zal bedragen.

Naast het ontvangen van zorg in natura, een VPT of MPT kunnen ouderen die zorg en verpleging nodig hebben, er ook voor kiezen zelf zorg in te kopen via een PGB. Na toekenning van de indicatie door het CIZ dient de cliënt goedkeuring van het zorgkantoor te krijgen om zorg via een PGB in te kopen. Aan de hand van de gestelde indicatie en vastgestelde tarieven wordt het budget bepaald. De cliënt zoekt een geschikte zorgverlener en maakt daarmee afspraken over de verleende zorg en het tarief. De SVB regelt de betalingen direct aan de zorgverlener.

<sup>3</sup> Sinds 2018 worden de vergoedingen voor de normatieve huisvestingscomponent en de normatieve inventariscomponent opgenomen in het integrale tarief van een prestatie en niet meer apart vergoed. In eerdere jaren werden de normatieve huisvestings- en inventariscomponent afzonderlijk gedeclareerd.

<sup>4</sup> We hebben vooral de situatie 2018 omschreven, welke deels verschilt ten opzichte van 2020.

De context waarin de verpleeghuiszorg wordt aangeboden is constant aan veranderingen onderhevig. In de 'Dialognota Ouder worden 2020-2040' van het ministerie van VWS (2020) worden verschillende beleidsopties geschetst, dit bij de constatering dat bij ongewijzigd beleid de uitgaven aan 65+-ers fors zullen toenemen tot zo'n € 60 miljard in 2040. In de notitie worden verschillende beleidsopties gepresenteerd die de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid kunnen beïnvloeden. Ten aanzien van de betaalbaarheid zijn onder meer de volgende beleidsopties relevant: verzekerd pakketten versmallen, beperk WLZ tot zwaardere zorg, meer eigen betalingen/inkomensafhankelijkheid, het scheiden van wonen en zorg en populatiebesteding voor de doelgroep ouderen. Voor een verdere bespreking van de beleidsopties wordt verwezen naar de 'Dialognota Ouder worden 2020-2040'. Daarnaast wordt er nagedacht over een andere financiering. In 2020 heeft de NZa een advies gepresenteerd voor een nieuwe bekostiging van verpleeghuiszorg, de integrale vergelijking. Met de integrale vergelijking wil de NZa het volgende bereiken "...dat de tarieven voor alle zorgaanbieders van verpleeghuiszorg hoog genoeg zijn om zorg te leveren volgens het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg. Maar niet te hoog, zodat de verpleeghuiszorg toegankelijk en betaalbaar blijft." (NZa 2020: p3). In dit model worden aanbieders vergeleken op basis van de kosten die zij maken en de zorg die ze leveren. Verder moet het model de doelmatigheid stimuleren door van elkaar te leren. Het model moet nog verder doorontwikkeld worden voordat het toegepast kan worden. Het einddoel is dat de integrale vergelijking verwerkt wordt in de (aanbieder specifieke) tariefregulering van de NZa.

### 3.2 Bevindingen uit eerder onderzoek naar samenhang van concurrentie-indicatoren en kwaliteit van verpleeghuiszorg

Internationaal zijn meerdere onderzoeken gedaan naar de samenhang van concurrentie en kwaliteit van verpleeghuiszorg. Een deel van deze onderzoeken gaat over de invloed van openbare informatie over kwaliteit op de kwaliteit van verpleeghuiszorg. Met behulp van een literatuuronderzoek dat eerder door de Erasmus Universiteit is uitgevoerd, hebben we acht artikelen geselecteerd die zijn samengevat in Tabel 1 en waarvan we de resultaten kort bespreken in deze paragraaf.

In het algemeen is er weinig onderzoek uitgevoerd naar de invloed van concurrentie op kwaliteit van verpleeghuiszorg. Daarnaast is vooral onderzoek in de Verenigde Staten uitgevoerd en slechts één onderzoek in het Verenigd Koninkrijk. Vijf onderzoeken hebben betrekking op de samenhang tussen concurrentie en kwaliteit van het verpleeghuis. Drie onderzoeken vinden een negatieve relatie en twee een positieve. De onderzoeken die een negatieve relatie vinden geven hiervoor twee oorzaken. De eerste oorzaak (publicaties 4 en 5 uit Tabel 1) is dat de toename van concurrentie zorgt voor een lagere prijs waardoor de opbrengsten daalden en dit vervolgens de kwaliteit negatief beïnvloedde. De tweede oorzaak die genoemd wordt (publicaties 4 en 6 uit Tabel 1) is dat een markt met meer concurrentie voor lagere kwaliteit zorgt omdat de cliënten in die markt door het grotere aanbod een minder goed zicht hebben op de kwaliteit van de verpleeghuizen. Deze oorzaken zijn echter niet expliciet onderzocht in de onderzoeken zelf. Drie onderzoeken gaan over de invloed van het beschikbaar komen van openbare informatie over kwaliteit op deze kwaliteit van verpleeghuizen, waarbij onderscheid gemaakt is naar meer en minder concurrerende markten. Alle drie de onderzoeken vonden een positieve relatie tussen het beschikbaar komen van openbare informatie over kwaliteit en de kwaliteit van verpleeghuizen. De grootste effecten waren zichtbaar in meer concurrerende markten. Hieruit bleek ook dat het belangrijk is dat de openbare informatie transparant moet zijn en duidelijk te interpreteren door toekomstige cliënten om echt effect te kunnen hebben (en waarbij de mate van concurrentie de grootte van het effect mede beïnvloedt).

Er worden in de geraadpleegde onderzoeken verschillende kwaliteitsindicatoren gebruikt. Twee onderzoeken (publicaties 1 en 8 uit Tabel 1) gebruiken structuurindicatoren, waarbij voornamelijk gekeken wordt naar de inzet van (gediplomeerd) personeel. Drie onderzoeken (publicaties 2, 4 en 7 uit Tabel 1) gebruiken alleen uitkomstindicatoren waarbij gekeken wordt naar bijvoorbeeld aanwezigheid van doorligwonden, veiligheidsmaatregelen en pijn. Twee onderzoeken (publicaties 3 en 6 uit Tabel 1) gebruiken zowel structuur als uitkomstindicatoren en één onderzoek (publicatie 5 uit Tabel 1) gebruikt de score van de reportcard die gepubliceerd wordt, dit is een variabele met 4 levels die gebaseerd is op zowel structuur-, uitkomst- en procesindicatoren.

De onderzoeken hebben plaatsgevonden in landen waar verpleeghuiszorg en de manier waarop de zorg is georganiseerd anders zijn dan de Nederlandse situatie. Verder speelt bij de onderzoeken in het algemeen dat ze hebben plaatsgevonden in slechts één staat van Amerika terwijl de marktstructuur per staat heel verschillend kan zijn, of dat de onderzoeken alleen non-profit verpleeghuizen mee hebben genomen, waardoor de resultaten niet volledig te vertalen zijn naar de gehele markt. In alle onderzoeken wordt aangegeven dat er in de relatie tussen concurrentie en kwaliteit sprake is van endogeniteit. In vijf van de onderzoeken is hiermee rekening gehouden door een instrumentele variabele mee te nemen in de modelschattingen en in drie daarvan worden de modellen met en zonder instrumentale variabele vergeleken. Twee onderzoeken (publicaties 3 en 5 uit Tabel 1) concluderen dat toevoegen van een instrumentele variabele een positieve invloed heeft op de relatie tussen concurrentie en kwaliteit, terwijl één onderzoek (publicatie 4 uit Tabel 1) een negatieve invloed vindt. Een andere belangrijke beperking is dat bij de onderzoeken (gedeeltelijk) gebaseerd is op informatie die de verpleeghuizen zelf rapporteren en die dus niet objectief vastgesteld zijn.

**Tabel 1 beschrijving literatuur onderzoeken concurrentie en kwaliteit van verpleeghuizen**

Num-mer	jaar	auteurs	effect	conclusie	land	Analys e-jaren
1	2010	Zinn, J.S., Weimer, D.L., Spector, W., & Mukamel, D.B.	positief	De mate waarin verpleeghuizen geloven dat openbare informatie van invloed is op de keuze voor een verpleeghuis hangt samen met de kans dat zij substantieel investeren in deze indicatoren. In markten met veel concurrentie zijn verpleeghuizen met een lage kwaliteitsscore eerder geneigd te investeren in meer of beter opgeleid of betaald personeel dan verpleeghuizen met hoge kwaliteit	USA	2007
2	2011	Grabowski, D.C., & Town, R.J.	positief	De introductie van openbare informatie leidt in een meer concurrerende markt tot verbetering van kwaliteit in verpleeghuizen.	USA	1999-2005
3	2011	Park, J., & Werner, R.M.	positief	Betere financiële prestaties hangen licht samen met hogere kwaliteit, maar alleen nadat er openbare informatie beschikbaar is gekomen. Dit effect is het grootst voor verpleeghuizen in meer concurrerende markten	USA	1997-2006
4	2012	Bowblis, J.R.	negatief	Als er rekening gehouden wordt met endogeniteit in de relatie tussen concurrentie en kwaliteit dan daalt de kwaliteit van verpleeghuizen als de	USA	1999, 2005



markt meer concurrerende wordt.						
5	2014	Forder, J., & Allen, S.	negatief	Kwaliteit en prijs dalen bij een toename van concurrentie. Het negatieve effect op kwaliteit komt door het negatieve effect op de prijs, meer concurrentie zorgt voor dalende opbrengsten waardoor de kwaliteit ook afneemt	UK	2010
6	2016	Kim, A.S.	negatief	Als er relatief weinig aanbieders in de markt zijn zorgt dit ervoor dat consumenten beter geïnformeerd zijn over kwaliteit van aanbieders en dit zorgt voor een verbetering van de prestaties. Toename van informatie is ook belangrijk voor de aanbieders zodat zij zich kunnen vergelijken met andere aanbieders die hun concurrenten zijn. Dit werkt ook kwaliteit verhogend.	USA	2013
7	2016	Zhao, X.	positief	Hoewel het effect van concurrentie op kwaliteit van een verpleeghuis meestal vrij beperkt is, wordt dit significant sterker door toename van informatie transparantie	USA	2006-2011
8	2019	Hackman, M.B.	positief	Regelgeving die leidt tot meer concurrentie laat een kleine toename van de kwaliteit van een verpleeghuis zien. Verpleeghuizen verbeteren de kwaliteit, gemeten als aantal gediplomeerde verplegers per inwoner ook als de vergoeding voor Medicaid omhoog gaat.	USA	2000-2002

## 4 Methode en conceptueel model

In dit hoofdstuk geven we een toelichting op de gehanteerde onderzoeksmethodiek, de gebruikte modelschattingen en de beschrijvende statistieken van de gegevens.

### 4.1 Methode

In dit onderzoek hanteren we een cross-sectionele onderzoeks aanpak. Bij cross-sectioneel onderzoek verklaren we de variatie tussen observaties, in dit onderzoek verpleeghuislocaties. Door middel van een regressie wordt de relatie getoetst tussen de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van een verpleeghuislocatie, de mate van concentratie, en andere kenmerken. Deze onderzoeksopzet is niet afhankelijk van data over meerdere jaren. De belangrijkste reden dat we gegevens gebruiken over één jaar is de wisseling van gemeten kwaliteitsindicatoren over de jaren. Het nadeel is dat we geen uitspraken kunnen doen over de ontwikkeling van de kwaliteit van een locatie over tijd.

In cross-sectioneel onderzoek kunnen we er niet zomaar vanuit gaan dat concentratie kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid direct beïnvloedt. De aanname is dat minder concentratie de aanbieders stimuleert om betere kwaliteit te bieden of een lagere prijs te vragen, waardoor ze meer cliënten kunnen aantrekken. Er kan echter sprake zijn van endogeniteit in termen van omgekeerde causaliteit. Zo kan een hogere kwaliteit ervoor zorgen dat cliënten verder willen reizen. De relevante markt wordt hierdoor groter waardoor er minder concentratie lijkt te zijn. Het kan zelfs zo zijn dat een goede aanbieder theoretisch gezien de hele markt naar zich toetrekt. Ook kan de vestigingslocatie van een organisatie theoretisch gezien afhangen van de aangeboden kwaliteit in de markt (een nieuw verpleeghuis zal zich niet zomaar vestigen naast een zeer goed verpleeghuis, het is dan voor de toetreders minder eenvoudig om cliënten aan te trekken). Dit endogeniteitsprobleem speelt ook bij het meten van de relatie tussen concentratie en betaalbaarheid. Meer concentratie vergroot de verkoopmacht van een verpleeghuis. Tegelijkertijd is er de prikkel om nieuwe locaties te vestigen in gebieden (mits er natuurlijk aan voorwaarden wordt voldaan zoals inzicht in prijs) waar de prijs boven de marginale kosten ligt, een zogeheten omgekeerde causaliteit. Als we kijken naar toegankelijkheid, dan bestaat er ook hier een risico op omgekeerde causaliteit. Veel marktmacht van een organisatie kan leiden tot hogere wachtlijsten (de cliënten hebben geen alternatieven), terwijl een hoge wachtlijst ook tot meer concentratie kan leiden (de beschikbare plaatsen worden toch wel gevuld, zeker bij de aanwezigheid van zorgplicht van het zorgkantoor) en kan daarmee mogelijk effecten hebben op de onderhandelde prijs en geleverde kwaliteit. Tegelijkertijd kan een relatief hoog aantal wenswachtenden ook een proxy zijn van kwaliteit: men is bereid te wachten om een plaats te krijgen bij de kwalitatief goede aanbieder. Bij de uitgevoerde analyses hebben we geen rekening kunnen houden met de mogelijke aanwezigheid van endogeniteit en omgekeerde causaliteit. Met de beschikbare, geaggregeerde gegevens kunnen we een onderzoeksmethode die rekening houdt met endogeniteit, een instrumentele variabele regressie, niet uitvoeren. Zo hebben we bijvoorbeeld onvoldoende cliëntkenmerken die we kunnen gebruiken voor de constructie van een instrumentele variabele aan de hand van schattingen van een keuzemodel (zie bijvoorbeeld Cooper et al., 2011). We verwachten

echter dat het effect van mogelijke endogeniteit en omgekeerde causaliteit klein zijn en niet tot kwalitatief andere resultaten zullen leiden.<sup>5</sup>

Om de relatie tussen concentratiemaatstaven en kwaliteit, toegankelijk en betaalbaarheid te bepalen maken we gebruik van regressies. De standaard regressie is de kleinste kwadraten methode, in het Engels ordinary least squares (OLS) genoemd. Om een goede en betrouwbare OLS regressie uit te voeren moet aan een aantal voorwaarden worden voldaan. Zo is er de aanname van lineariteit en homoscedasticiteit. Er is een lineaire relatie tussen de afhankelijke en onafhankelijke variabelen waarbij er geen relatie bestaat tussen de waarde van de onafhankelijke variabele en de residuen. Verder moeten de residuen een normale verdeling volgen met een gemiddelde van 0 en constante variantie. Een derde assumptie is dat de residuen onafhankelijk van elkaar zijn. In dit onderzoek is dit minder van toepassing omdat we gebruik maken van een cross-sectie waardoor er geen sprake is van autocorrelatie. Echter, omdat we werken met gegevens van meerdere vestigingen van één onderneming kunnen de residuen toch gecorreleerd zijn (de vestigingen hebben eenzelfde kwaliteitsbeleid of hanteren dezelfde prijzen). Om dit probleem te ondervangen corrigeren we de standaardfouten in de regressies voor deze mogelijk effecten van dezelfde onderneming (cluster robuuste standaardfouten). Tot slot moeten de residuen onafhankelijk zijn van de onafhankelijke variabelen. Dit betreft de eerder besproken endogeniteit.

De regressievorm wordt ook bepaald door de kenmerken en verdeling van de afhankelijke variabelen. Indien de afhankelijke variabele een normale verdeling heeft, dan volstaat veelal een OLS regressie. In dit onderzoek werken we echter vaak met percentages zoals het percentage cliënten dat een verpleeghuis aanbeveelt. Deze variabele heeft geen normale verdeling: de waarden die voor kunnen komen liggen tussen 0% en 100%, inclusief deze waarden. Een OLS regressie volstaat niet omdat de waarden die voor kunnen komen begrensd zijn en de OLS regressie waarden kan voorspellen buiten het interval [0%, 100%]. Verder is het belangrijk dat de 0% en 100% een inhoudelijke betekenis hebben. Voor dit soort afhankelijke variabelen maken we gebruik van de zogenaamde 'fractional regression' die de grenswaarden 0 en 100 expliciet meeneemt in de schatting. Bij zo'n fractionele regressie kan vervolgens voor een logit of probit verdeling worden gekozen, waarbij we bij weinig verschillen in modelfit de modellen vanwege uniformiteit schatten via de logit verdeling. Daarnaast hebben we een aantal afhankelijke variabelen die zich kenmerken als tellingen zoals het aantal wenswachtenden. Deze verdeling wordt aan de onderkant begrensd door 0 maar niet begrensd aan de bovenkant van de verdeling. Bij deze afhankelijke variabelen maken we gebruik van een negatief binomiaal model. Tot slot gebruiken we voor de variabele medicatiebeleid een ordinaal logit regressie. Deze variabele wordt gekenmerkt door categorieën waarbij een ordening mogelijk is. Omdat de coëfficiënten bij een fractional regression, een negatief binominaal model en een ordinaal logit regressie lastig direct te interpreteren zijn, presenteren we ook figuren waarin de effecten inzichtelijk worden gemaakt.

---

<sup>5</sup> Dit baseren we op additionele analyses: de modellen die we middels OLS hebben geschat, zijn ook via een structural equation model (SEM) geschat waarbij er rekening wordt gehouden met potentiële endogeniteit en omgekeerde causaliteit. Specifiek bij de analyse van betaalbaarheid worden in het SEM de prijseffecten enkele centen groter. In sectie 6.4 concluderen we dat het prijseffect geen economische relevantie heeft omdat deze maximaal 25 cent is. Derhalve concluderen we ook dat het totale prijseffect bij het SEM wel statistisch significant is maar nog steeds niet economisch relevant, en dat de resultaten in dit rapport kwalitatief niet anders zullen worden als we wel rekening houden met endogeniteit en omgekeerde causaliteit.

## 4.2 Conceptueel model

In deze paragraaf geven we een toelichting op het gehanteerde conceptuele model. Eerst beschrijven we het gehanteerde model dat gaat over de relatie van concentratiemaatstaven met kwaliteit. Vervolgens het model dat gaat over de relatie van concentratiemaatstaven met toegankelijkheid. Tot slot volgt het model dat gaat over de relatie van concentratiemaatstaven met betaalbaarheid.

### 4.2.1 Conceptueel model kwaliteit

Via het conceptuele model kwaliteit omschrijven we de relatie tussen kwaliteit, concentratiemaatstaven en andere kenmerken die het niveau van de geleverde kwaliteit kunnen verklaren. Kwaliteit is een veelomvattend begrip en wordt gemeten met verschillende indicatoren. Voor het bepalen van kwaliteit zijn we afhankelijk van de beschikbare en gemeten kwaliteitsindicatoren. In dit onderzoek hebben we gebruik gemaakt van de meetresultaten die beschikbaar worden gesteld in het Openbaar Databestand (ODB) in het jaar 2018 (zie voor een nadere toelichting hoofdstuk 5.1).

Een deel van de indicatoren is bruikbaar voor het doel van dit onderzoek. Bij de selectie van de indicatoren hebben we de bruikbaarheid beoordeeld aan de hand van het onderscheidend vermogen en registratiekwaliteit. In bijlage 8.2 is een tabel opgenomen met de reden waarom een indicator niet is opgenomen in deze studie.

Kwaliteitsindicatoren zijn grofweg onder te verdelen in de categorieën structuur-, proces- en uitkomstindicatoren. Op deze manier kunnen we ook de relatie tussen de indicatoren beter begrijpen (Donabedian, 2005). Structuurindicatoren beschrijven de kenmerken van het verpleeghuis die bepalen welke zorg op welke plek wordt geleverd, zoals bijvoorbeeld de inzet van personeel per cliënt of het ziekteverzuim van personeel. Procesindicatoren identificeren op welke manier zorg wordt geleverd. Het gaat hier om bijvoorbeeld het bespreken van doorligwonden en in hoeverre er afspraken rondom het levenseinde worden vastgelegd. Uitkomstindicatoren meten de uitkomsten van zorg. De beschikbare indicatoren die hier op enige wijze invulling aan geven zijn de mate van aanwezigheid van doorligwonden, de mate van inzet van vrijheidsbeperkende maatregelen en de mate waarin het verpleeghuis wordt aanbevolen<sup>6</sup>.

Om de relatie van uitkomstkwaliteit en concentratiemaatstaven te meten hebben we de volgende onderzoeksvragen geformuleerd:

- In hoeverre is er een samenhang tussen concentratiemaatstaven en kwaliteitsuitkomsten?
- In hoeverre is er een samenhang tussen structuurindicatoren en uitkomstindicatoren?
- In hoeverre is er samenhang tussen procesindicatoren en uitkomstindicatoren?

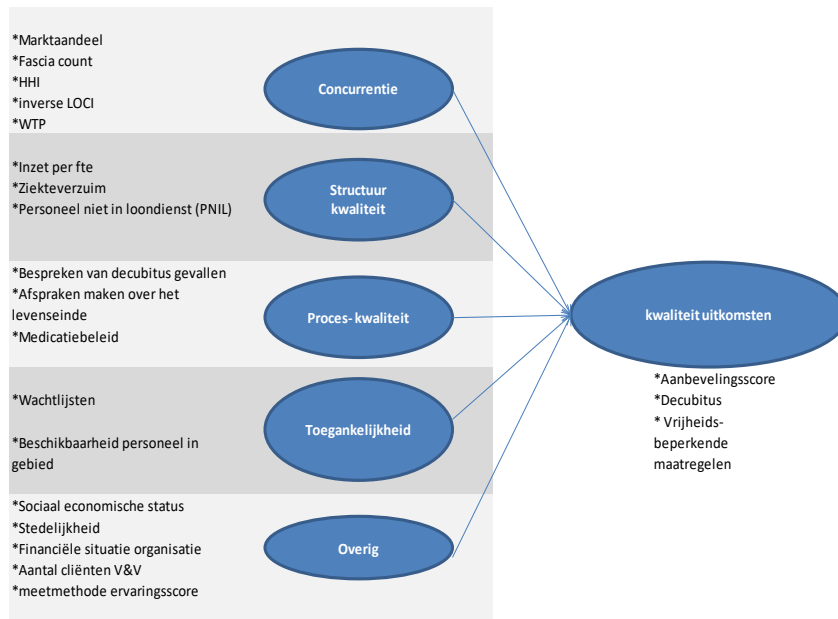
Door middel van de tweede en de derde onderzoeksvraag houden we rekening met de structuur- en proceskwaliteit die ook van invloed zijn op de geleverde uitkomst kwaliteit. Op basis van eerder uitgevoerd onderzoek is bekend dat de samenhang tussen structuurindicatoren en medisch inhoudelijke uitkomstindicatoren beperkt is (Hamers et al., 2016; Bakx et al., 2020 ).

---

<sup>6</sup> In de paragraaf met beschrijvende statistieken volgt een uitgebreidere beschrijving van de geselecteerde kwaliteitsindicatoren.

Figuur 2 bevat de weergave van het conceptuele model met kwaliteitsuitkomsten. Naast structuur- en proceskwaliteit houden we ook rekening met toegankelijkheid en overige kenmerken die van invloed kunnen zijn op uitkomstkwaliteit.

**Figuur 2 Conceptueel model kwaliteit uitkomsten**



Vanwege de sturing door IGJ op kwaliteitsnormen, verwachten we een sterkere samenhang van de ervaren kwaliteit met concentratie maatstaven ten opzichte van de medisch inhoudelijke uitkomstindicatoren. Vanuit de marktgedachte geldt in het algemeen de hypothese dat er bij minder concentratie een hogere kwaliteit wordt geleverd: aanbieders moeten concurreren om cliënten bijvoorbeeld door middel van een betere kwaliteit..

Als we kijken naar de samenhang tussen structuurindicatoren en kwaliteitsuitkomsten, dan verwachten we dat 'meer handen aan het bed' zorgt voor een betere ervaren kwaliteit. De indicator geeft echter geen informatie op welke momenten het personeel aanwezig is, terwijl dit de ervaren kwaliteit sterk kan beïnvloeden. Bij het ziekteverzuim verwachten we dat een hoger ziekteverzuim samenhangt met een lagere uitkomstkwaliteit. Verder verwachten we dat als er meer vaste medewerkers zijn, dit meer rust geeft voor de cliënten en daarmee betere kwaliteitsuitkomsten. In organisaties waar meer wordt gesproken over decubitus verwachten we een lager percentage decubitus. Tegelijkertijd verwachten we dat er in organisaties met een laag percentage decubitus een beperkte prikkel is om te sturen op gesprek over dit onderwerp. Het gesprek over het levenseinde en dit vastleggen in zorgprocessen kan positief bijdragen aan het welbevinden van cliënten. De Patiëntenfederatie heeft deze kwaliteitsindicator dan ook opgenomen in de online keuzehulp voor verpleeghuiszorg. Verder kan een beter medicatiebeleid leiden tot minder incidenten en daarmee een betere kwaliteit van zorg.

We verwachten dat hogere wachtlijsten een dempend effect hebben op de mate van concentratie. Als verpleeghuizen altijd vol zijn, hoeven zij minder hun best te doen om cliënten aan te trekken omdat er toch wachtlijsten zijn.

De dynamiek om zorg te leveren is in grote steden anders dan op het platteland. De kostprijs van gebouwen en personeel kunnen verschillen, maar ook het adherentiegebied kan bij een hogere

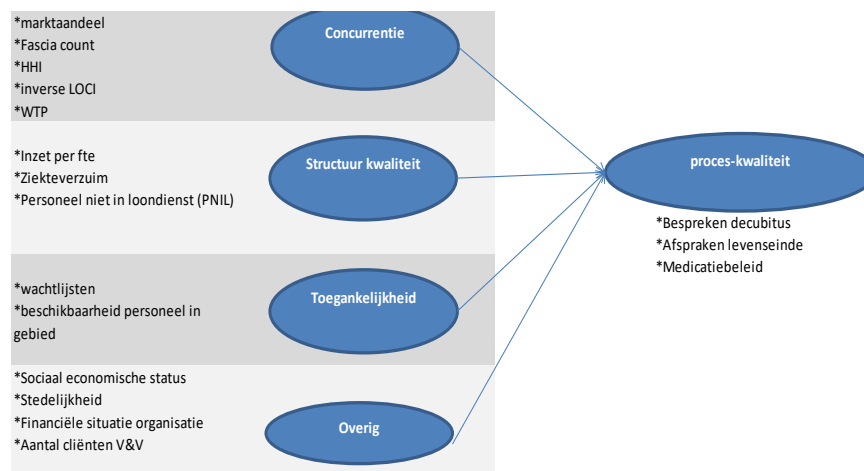
bevolkingsdichtheid potentieel kleiner zijn. De sociaal economische status (SES) van een gebied kan iets zeggen over de mogelijke zorgbehoefte, de mondigheid van de cliënt en de wijze waarop kwaliteit van zorg wordt ervaren. De financiële situatie van een organisatie kan iets zeggen over mogelijkheden die een organisatie heeft om goede zorg te leveren. De omvang van een organisatie of de focus op verpleging en verzorging binnen de organisatie kan verklarend zijn voor de kwaliteit die geboden wordt.

Als we kijken naar het conceptueel model waar we de relatie leggen tussen procesindicatoren en concurrentie dan zijn de onderzoeksvragen als volgt:

- In hoeverre is er een samenhang tussen concentratiemaatstaven en procesindicatoren ?
- In hoeverre is er een samenhang tussen structuurindicatoren en procesindicatoren?

In het conceptueel model met proces kwaliteit (zie Figuur 3) zijn de volgende elementen opgenomen: concentratiemaatstaven, structuurindicatoren, toegankelijkheid en overige kenmerken die ook de procesindicatoren kunnen beïnvloeden. We verwachten dat in situaties met meer concentratie, er minder prikkel is om processen rondom kwaliteit goed te organiseren. We verwachten dat de relatie van de structuurindicatoren naar procesindicatoren vergelijkbaar is met de relatie tussen structuurindicatoren en uitkomstkwaliteit. We verwachten dat ook de relatie met betrekking tot toegankelijkheid en de overige kenmerken een vergelijkbare richting heeft als bij de uitkomstkwaliteit.

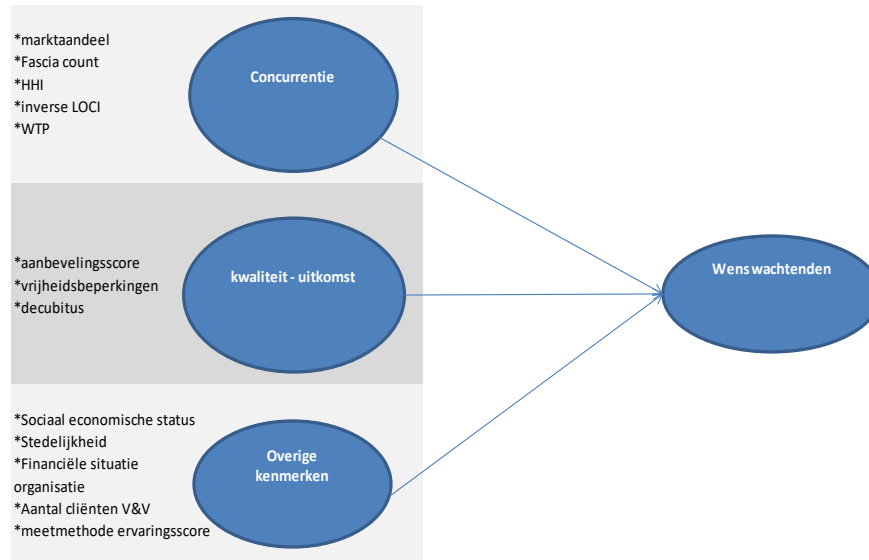
**Figuur 3 Conceptueel model proces-kwaliteit**



#### 4.2.2 Conceptueel model toegankelijkheid

Als we kijken naar toegankelijkheid, dan onderzoeken we de samenhang tussen concentratiemaatstaven en de hoogte van het aantal wenswachtenden (zie Figuur 4). Dit zijn personen die hebben aangegeven naar een specifiek verpleeghuis te willen gaan, maar enkel wanneer er plaats voor hen is.

Figuur 4 Conceptueel model toegankelijkheid



De volgende vraag staat centraal:

- In hoeverre is er een samenhang tussen toegankelijkheid en concentratiemaatstaven?

We bekijken daarbij de relatie tussen concentratiemaatstaven en wenswachtlijst. We verwachten dat als er meer concentratie is, de wenswachtlijst hoger is. Bij weinig concurrentie wordt een zorgaanbieder niet afgerekend voor het hebben van wachtlijsten omdat de cliënten toch weinig alternatieven hebben om uit te kiezen. Verder verwachten we een positieve relatie met uitkomstkwaliteit. Daarnaast verwachten we dat de volgende kenmerken ook van invloed kunnen zijn op het aantal wenswachtenden: sociaal economische status, financiële situatie van de organisatie, en de grootte in de vorm van het aantal cliënten V&V in het verpleeghuis.

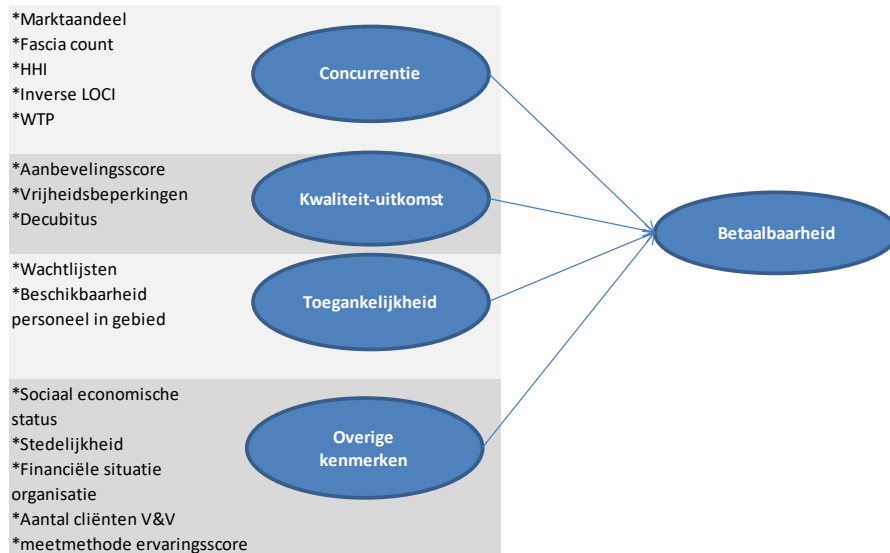
#### 4.2.3 Conceptueel model betaalbaarheid

Als we kijken naar betaalbaarheid en de samenhang met concentratiemaatstaven dan zijn de elementen opgenomen in Figuur 5 van belang. De volgende onderzoeksvraag staat daarbij centraal:

- In hoeverre is er een samenhang bestaat tussen betaalbaarheid en concurrentie?

Op basis van de marktgedachte verwachten we dat bij minder concentratie er hogere prijskortingen ten opzichte van het NZa-maximum worden afgesproken tussen het zorgkantoor en het verpleeghuis. Zorgaanbieders moeten een contract verdienen van het zorgkantoor door cliënten een lagere prijs te vragen. Daarnaast verwachten we op basis van de marktgedachte dat als de kwaliteit hoger is, de prijs dichterbij het maximumtarief ligt: een zorgkantoor zal letten op de prijs/kwaliteitsverhouding en zal dus bereid zijn een hoger prijs te betalen voor een betere kwaliteit. Met betrekking tot de wachtlijst verwachten we dat bij hogere wachtlijsten het zorgkantoor bereid is om meer te betalen: schaarse zorgt voor een hogere prijs. Verder zal een zorgkantoor willen betalen om zo de wachtlijst weg te werken. Gedurende de afsprakencycli kunnen afspraken echter herzien worden, de analyses gaan echter over de op voorhand gemaakte afspraken.

**Figuur 5 Conceptueel model betaalbaarheid**



### 4.3 Gesprekken met stakeholders

Naast de uitgevoerde kwantitatieve analyses hebben we gesproken met diverse stakeholders uit het veld, zie Tabel 2. We hebben gesprekken met de stakeholders gevoerd om de markt beter te begrijpen en ter versterking van de kwantitatieve analyses. Na het uitvoeren van de analyses hebben we de resultaten en mogelijke verklaringen voorgelegd aan verschillende stakeholders. De bevindingen van de gesprekken zijn opgenomen in hoofdstuk 6.1. De gesprekken zijn gevoerd ter ondersteuning van de analyses en de interpretatie van de resultaten.



Tabel 2 Gesprekken stakeholders

Paralleel aan analyses			
Overheid	Verpleeghuizen	Zorgkantoren	Patiënten-organisaties
<ul style="list-style-type: none"><li>•NZA</li><li>•Zorginstituut</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>•4 bestuurders</li><li>•Actiz</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>•1 zorgkantoor</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>•Patiëntenfederatie / Zorgkaart Nederland</li><li>•Raad van Ouderen</li></ul>

Toets resultaten en mogelijke verklaringen			
Overheid	Verpleeghuizen	Zorgkantoren	Patiënten-organisaties
<ul style="list-style-type: none"><li>•NZA</li><li>•Zorginstituut</li><li>•IGJ</li><li>•VWS</li><li>•EZK</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>•3 bestuurders</li><li>•Actiz</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>•2 zorgkantoren</li><li>•ZN</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>•Patiëntenfederatie / Zorgkaart Nederland</li><li>•Raad van Ouderen</li></ul>

## 5 Beschrijvende statistieken en operationalisatie

In dit hoofdstuk geven we een toelichting op de gebruikte gegevens. We beschrijven eerst welke bestanden we hebben gebruikt en welke organisaties onderdeel zijn van de analyse. Vervolgens geven we een toelichting op de wijze waarop de verschillende databronnen zijn gekoppeld. Daarna geven we een beschrijving van de geïnccludeerde gegevens over kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid.

### 5.1 Gegevensbestanden

Voor de samenstelling van het analysebestand hebben we verschillende bestanden gebruikt. We geven een korte toelichting op de gebruikte gegevensbestanden.

#### 5.1.1 Openbaar databestand (ODB) kwaliteit

De verpleeghuizen zijn verplicht om jaarlijks kwaliteitsgegevens aan het Zorginstituut aan te leveren. De indicatoren bestaan uit inhoudelijke en randvoorwaardelijke thema's, die gezamenlijk informatie geven over kwaliteit van zorg.

In 2018 zijn drie categorieën indicatoren uitgevraagd. Indicatoren die gaan over de basisveiligheid, indicatoren ten behoeve van het toezicht van de IGJ en indicatoren vanuit het kwaliteitskader verpleeghuiszorg. De informatie is verzameld onder cliënten die vallen binnen de definitie van het kwaliteitskader. Het gaat om cliënten met een ZZP indicatie 4 t/m 10, die aangewezen zijn op 24-uurs zorg en ondersteuning vanuit de Wlz. Het primaire doel waarvoor de indicatoren basisveiligheid worden verzameld, is om zorgverleners en behandelaars informatie te geven of de zorg persoonsgericht en veilig is en om onderling te leren. De IGJ gebruikt de informatie, verkregen uit indicatoren, samen met informatie uit onder andere het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording, bij de Inspectie gemelde calamiteiten, eerdere Inspectiebezoeken en Zorgkaart Nederland bij de prioritering in het risicogestuurd toezicht. De indicatoren kwaliteitskader zijn de aanbevelingsscore en indicatoren over de samenstelling van het personeel. De aanbevelingsscore is verzameld door een meetbureau of betreft de aanbevelingsvraag van Zorgkaart Nederland.

Het bestand bevat kwaliteitsgegevens van 546 ondernemingen en 2333 kvk vestigingen. Een aantal kvk vestigingen levert op verschillende locaties zorg. In totaal gaat het om 2496 locaties met kwaliteitsgegevens.

#### 5.1.2 Vektis declaraties AW319

De Vektis declaratiegegevens bevatten alle declaraties van Wlz zorg ingekocht door zorgkantoren. Dit is exclusief zorg geleverd via PGB. Een deel van de AGB-codes betreft ondernemingen en een deel betreft vestigingen. Het bestand bevat zowel verpleeghuis- gehandicapten- en geestelijke gezondheidszorg. Het gaat om intramurale zorg, zorg geleverd via een volledig pakket thuis (VPT) en zorg geleverd via een modulair pakket thuis (MPT). Voor de selectie van verpleeghuiszorg gebruiken

we de Vektis declaratiegegevens uit het jaar 2018. We selecteren verpleeghuizen die intramurale verpleeghuiszorg voor ZZP's VV4 t/m VV10 leveren of die VPT aanbieden.

Declaraties worden geregistreerd op de code van de onderneming of de vestiging. Na combinatie van aanvullende gegevens vanuit het AGB register zien we dat het gaat om 560 ondernemingen en 1972 vestigingen die de ZZP's VV4 t/m VV10 intramuraal aanbieden. 300 ondernemingen en 663 vestigingen bieden verpleeghuiszorg via een VPT aan. Een deel van de verpleeghuizen biedt zowel intramurale zorg als zorg via een VPT. In totaal gaat het om 668 ondernemingen en 2068 vestigingen. De meeste ondernemingen leveren de informatie op het niveau van de AGB vestiging aan (362). Organisaties die op ondernemingsniveau declareren hebben in de meeste gevallen één bezoekslocatie (96%). Het gaat in totaal om 2380 unieke AGB-codes.

### 5.1.3 Vektis AGB register

Nagenoeg alle zorgorganisaties in Nederland hebben een AGB-registratie. Bij elke registratie hoort een unieke AGB-code. In alle administratieve processen binnen het zorgveld wordt de AGB-code gebruikt als identificerende sleutel. In het AGB-register staat alle noodzakelijke (zorg) informatie om het declareren van verleende zorg en het afsluiten van contracten tussen zorgverzekeraars en zorgorganisaties mogelijk te maken. We gebruiken informatie om de relatie tussen locaties en ondernemingen te bepalen en de bezoekslocaties te identificeren.

### 5.1.4 Wachttijden

Data over het aantal wachtenden is afkomstig van Zorginstituut Nederland<sup>7</sup>. We gebruiken de gegevens van februari 2018.

De data bevat het aantal wachtenden per verpleeghuis, indien er één of meerdere personen zijn geregistreerd. Hierbij wordt onderscheid gemaakt in zes verschillende categorieën:

1. Actief wachtenden, langer dan de treeknormen en geen overbruggingszorg
2. Actief wachtenden, langer dan de treeknormen met overbruggingszorg
3. Actief wachtenden, korter dan de treeknormen en geen overbruggingszorg
4. Actief wachtenden, korter dan de treeknormen met overbruggingszorg
5. Niet-actief wachtenden en geen overbruggingszorg
6. Niet-actief wachtenden met overbruggingszorg

Actief wachtenden zijn personen van wie de zorgbehoefte zo urgent is dat de zorg zal moeten worden aangeboden door een verpleeghuis dat capaciteit heeft, en dit kan (tijdelijk) een andere aanbieder dan de voorkeursaanbieder zijn. Dit zijn categorieën 1 t/m 4, en is in totaal bij 351 verpleeghuizen ingevuld. Sommige personen in zorg staan op de wachtlijst als actief wachtenden geregistreerd maar hebben geen verpleeghuis van voorkeur. Deze personen in zorg staan geregistreerd onder de kop "Nog geen voorkeursaanbieder bepaald". Niet-actief wachtenden (of wenswachtenden zoals ze in dit rapport worden genoemd) zijn personen die aangeven de geïndiceerde zorg alleen te willen ontvangen van hun voorkeursaanbieder. Dit zijn categorieën 5 en 6, en is in totaal bij 1690 verpleeghuizen ingevuld.

Er is geregistreerd hoeveel personen in zorg in absolute aantallen op de wachtlijst staan, en de verdeling tussen de verpleeghuizen per categorie. We maken gebruik van de absolute aantallen.

<sup>7</sup> Zie <https://istandaarden.nl/wachtlijsten>.

### 5.1.5 CBS informatie

We gebruiken gegevens van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) over 2018. Het gaat om de mate van stedelijkheid die wordt geoperationaliseerd door middel van de omgevingsadressendichtheid (OAD). OAD wordt berekend met behulp van alle adressen in Nederland. De OAD van een adres is het aantal adressen binnen een cirkel met een straal van één kilometer rondom dat adres, gedeeld door het oppervlakte van de cirkel. De OAD wordt uitgedrukt in adressen per vierkante kilometer. De OAD wordt afgeleid van het aantal in gebruik zijnde verblijfsobjecten, ligplaatsen en standplaatsen uit de basisregistratie adressen en gebouwen (BAG).

### 5.1.6 SCP informatie

Van het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) gebruiken we de statusscore. De registratie bevat gegevens over statusscore van viercijferige postcodegebieden met meer dan 100 huishoudens. De statusscores zijn tot stand gekomen met behulp van een principale componentenanalyse op de kenmerken gemiddeld inkomen in een postcodegebied, percentage mensen met een laag inkomen, percentage laag opgeleiden en percentage mensen dat niet werkt. We gebruiken hiervoor gegevens uit 2017, het laatste jaar waarin de statusscore is berekend.

### 5.1.7 Financiële gegevens

Zorginstellingen dienen jaarlijks een overzicht te leveren van hun financiële huishouding in het kader van de jaarverantwoording in de zorg. Deze data wordt beschikbaar gemaakt in de database DigiMV van het Centraal Informatiepunt Beroepen Gezondheidszorg (CIBG).

Elke jaarverantwoording rapporteert de standen aan het begin en aan het eind van het kalenderjaar. Ter illustratie, voor rapportagejaar 2017 betreft de eindstand de financiën op 31 december 2017. We gebruiken de financiële situatie van elke zorginstelling op 31 december 2017. Deze informatie is immers beschikbaar voor (potentiële) cliënten wanneer zij in 2018 een keuze willen maken voor een verpleeghuis. De DigiMV database heeft niet in elk jaar alle zorgaanbieders opgenomen. Indien beschikbaar, maken we gebruik van de eindstand uit jaarverantwoording 2017; indien deze niet beschikbaar is, gebruiken we de beginstand uit jaarverantwoording 2018. In totaal staan er 1811 verpleeghuizen in de dataset.

We hanteren drie verschillende financiële indicatoren, die allen worden gerapporteerd bij de economische ratio's in het hoofdoorzicht van de jaarverantwoording 2017. Dit zijn rentabiliteit<sup>8</sup>, liquiditeit<sup>9</sup> en solvabiliteit<sup>10</sup>.

<sup>8</sup> Rentabiliteit wordt berekend als de ratio tussen het bedrijfsresultaat voor financiële baten en lasten, en de totale activa.

<sup>9</sup> Liquiditeit wordt berekend als de ratio tussen de vlottende activa inclusief liquide middelen, en de totaal kortlopende schuld. De kortlopende schuld bestaat uit de somming van schulden uit hoofde van financieringstekort, schulden uit hoofde van te verrekenen subsidies (jeugd), en overige kortlopende schulden

<sup>10</sup> Solvabiliteit wordt berekend als de ratio tussen het eigen vermogen en de totale activa.

## 5.2 Combinatie van gegevens uit bronnen

Voor de samenstelling van het analysebestand zijn de gegevensbestanden gekoppeld. Hierbij is het Vektis declaratiebestand als uitgangspunt gebruikt.

### 5.2.1 Vektis declaraties en kwaliteit

Aangezien kwaliteitsinformatie geregistreerd kan zijn op het kvk-nummer of de AGB-code van de locatie van een organisatie en de declaratie meestal wordt ingediend op de AGB-code van de vestiging hebben we in eerste instantie gebruik gemaakt van de koppeling tussen kvk-nummer en AGB-code van de vestigingen. Vervolgens hebben we binnen ondernemingen de adreslocaties in combinatie met de naam van de locatie bekeken. Vervolgens hebben we aanvullend via de *Matchit* procedure namen geselecteerd waar >80% van de karakters overeenkomt (na verwijdering van onnodige karakters). Vervolgens hebben we KVK onderneming of AGB ondernemingen geselecteerd als de onderneming één adres heeft. Het grootste aandeel gekoppelde regels komt uit de koppeling op KVK nummer of AGB-code van de vestiging

Uit de koppeling volgt dat één kwaliteitsrecord bij twee of meer AGB-codes (837 Vektis AGB-codes) kan horen. In nagenoeg alle gevallen bevinden deze AGB vestigingen zich op hetzelfde adres en gaat het vaak om het onderscheid verzorgings- en verpleeghuis, thuis- of hospicezorg. Deze AGB vestigingen nemen we gezamenlijk (tellend als één locatie) mee in de analyses. 964 AGB-codes komen eenmalig voor in het kwaliteit als Vektis bestand. Vier AGB-codes hebben twee afzonderlijke kwaliteitsaanleveringen. Hiervoor berekenen we de gemiddelde score. Van 54 AGB-codes die op ondernemingsniveau declareren gebruiken we de kwaliteitsinformatie op locatie niveau, omdat ze maar zorg leveren op één adres. Van 522 AGB-codes uit de Vektis gegevens hebben we geen kwaliteitsinformatie kunnen koppelen (het gaat in totaal om 16% omzet van de ZZP's die vallen onder het kwaliteitskader en om 22% van de AGB-codes). Bovenstaande resulteert in de optelsom van 1965 unieke locaties.

In deze studie hebben we het Vektis bestand als uitgangspunt genomen. Als we kijken naar locaties in het kwaliteitsbestand, dan zijn er 1060 vestigingen uit de kwaliteitsgegevens die niet te koppelen zijn aan de Vektis declaraties (42%). Het zijn vooral verpleeghuizen met relatief weinig personeel. Daarnaast leveren deze organisaties de gegevens in veel gevallen onvolledig aan. Verder gaat het om organisaties die alleen zorg via PGB aanleveren. In paragraaf 8.3 in de bijlage is een aanvullende analyse opgenomen over de verschillen in geregistreerde kwaliteitsgegevens tussen verpleeghuizen die wel/niet te koppelen zijn.

### 5.2.2 Vektis declaraties en wachttijden

Van de 1779 AGB-codes die wachttijdgegevens hebben aangeleverd, kunnen we 88% koppelen aan het Vektis declaratiebestand. In het kwaliteitsanalysebestand hebben 66% van de records wachttijdgegevens. In het analysebestand dat gaat over de betaalbaarheid hebben 71% van de records wachttijdgegevens.

### 5.2.3 Vektis declaraties en overige kenmerken

Als we kijken naar de overige kenmerken dan gaat het om stedelijkheid en de statusscore. Deze gegevens zijn gekoppeld op basis van de postcode die aanwezig is in de declaratiegegevens.

## 5.3 Concentratie maatstaven

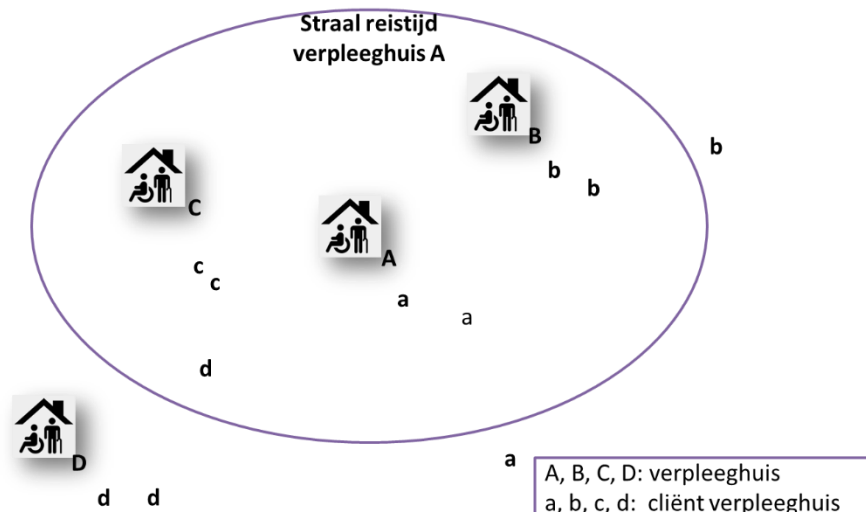
Er zijn verschillende manieren om concurrentie te operationaliseren. In dit onderzoek hebben we de volgende concentratiemaatstaven geoperationaliseerd:

- Fascia count
- Marktaandeelen
- Herfindahl-Hirschman index (HHI)
- Inverse Logit Competition Index (LOCI)
- Willingness to Pay (WTP)

Bij het bepalen van de Fascia count, de marktaandeelen en de HHI-index is het nodig om een geografisch gebied af te bakenen. We hebben verschillende gebiedsgroottes bekeken namelijk 5, 8, 10, 15 en 25 reisminuten vanaf de locatie. De Fascia count is bepaald op basis van het aantal alternatieve verpleeghuizen in een gebied. Ter illustratie is in Figuur 6 een mogelijke marktsituatie weergegeven. De relevante markt wordt bepaald door een bepaalde straal in reisminuten rondom de locatie van een aanbieder A. Binnen de relevante markt zijn in dit voorbeeld 3 verpleeghuizen actief: voor verpleeghuis A is de Fascia count daarmee 2. Bij de berekening tellen we verpleeghuizen met meer dan 1 locatie in het gebied maar één keer mee. De marktaandeelen en HHI zijn bepaald op basis van het aantal personen met een ZZP gedurende het jaar in de viercijferige postcodes binnen deze straal. Bij de berekening van de maatstaven Fascia count, marktaandeelen en HHI voor verpleeghuis A includeren we alle cliënten van verpleeghuizen A, B en C die afkomstig zijn uit deze straal. De personen die afkomstig zijn van buiten de straal tellen we niet mee. De persoon van organisatie D, die binnen de straal valt tellen we wel mee bij de bepaling van het marktaandeel en HHI, ondanks dat organisatie D geen locatie binnen de straal heeft. Deze berekeningswijze van marktaandeelberekening sluit aan bij de fusiepraktijk van de ACM.

Vanuit de gesprekken met de stakeholders en onderzoek van bijvoorbeeld Motivaction in opdracht van VWS weten we dat ouderen bij voorkeur naar een verpleeghuis in de buurt gaan of dichtbij hun kinderen (Motivaction, 2016). Om deze reden baseren we de resultaten van de analyses op basis van een straal van 10 reisminuten (met de auto). Ter vergelijking presenteren we de beschrijvende statistieken van de indicatoren Fascia count, marktaandeel en HHI voor de reisminuten 5, 8, 10, 15 en 25.

Figuur 6 Inclusie informatie bij berekening van concentratiemaatstaven



Omdat voor ons niet bekend is in welk jaar de ouderen naar het verpleeghuis toe is gegaan, gaan we ervan uit dat als de postcode van de oudere in 2018 overeenkomt met een postcode van een locatie van het verpleeghuis, dat dit de postcode van het verpleeghuis is. We bepalen vervolgens de oorspronkelijke woonlocatie als de postcode waar de oudere daaraan voorafgaand woonde in de 9 jaar. Als de oudere niet is verhuisd, dan geldt de huidige postcode als de oorspronkelijke woonlocatie. Als een oudere bijvoorbeeld vanuit een aanleunwoning verhuisd is naar het verpleeghuis binnen dezelfde viercijferige postcode, dan bekijken we ook de postcode waar hij of zij daarvoor woonachtig was, mits binnen de 9 jaar. Bij VPT zorg geldt de postcode in 2018 als de woonlocatie. Verschillen tussen de postcode van de oudere en die van het verpleeghuis in 2018, worden veroorzaakt doordat mutaties van verhuizingen verlaat zijn. Beperkende factor is wel volgens deze methode dat een oudere niet naar een verpleeghuis verhuisd kan zijn binnen dezelfde postcode, tenzij de oudere sinds 2009 niet is verhuisd. Terwijl het ook voorkomt dat een oudere een verpleeghuis bezoekt in dezelfde viercijferige postcode. We verwachten dat de mismatch van deze methode groter is in meer stedelijke gebieden, aangezien er een grotere dichtheid van verpleeghuizen is binnen een viercijferige postcode. De kans neemt toe dat een oudere een verpleeghuis kiest binnen de viercijferige postcode kiest.

Bij de Fascia count bekijken we hoeveel andere verpleeghuizen actief zijn in het gebied. Als we uitgaan van een straal van 5 reisminuten met de auto, dan hebben verpleeghuizen gemiddeld bijna drie andere verpleeghuizen in de buurt. Gaan we echter uit van 25 reisminuten dan is de Fascia count gemiddeld 33,9. Bij 10 reisminuten zijn er gemiddeld genomen 5,5 verpleeghuizen in de buurt.

Tabel 3 Fascia count naar aantal reisminuten

aantal reisminuten	aantal vestigingen	Gemiddel de	Standaardafwijking	1 <sup>e</sup> percentiel	99 <sup>e</sup> percentiel
5	1965	2.77	2.26	1	12
8	1965	4.15	3.28	1	13
10	1965	5.53	4.37	1	19
15	1965	10.89	7.83	1	22
25	1965	33.87	20.98	4	102

Het marktaandeel van een verpleeghuis kan gemeten worden in aantallen cliënten en in omzet. In de verdere analyses gebruiken we de marktaandelen gemeten in omzet. Het marktaandeel van een verpleeghuis berekenen we als volgt:  $s_i = \frac{n_i}{(n_i+n_j)}$ , waar  $i$  staat voor het verpleeghuis, en  $n_i$  en  $n_j$  betekenen het aantal cliënten/omzet van aanbieder  $i$  en de overige cliënten/omzet in de relevante markt. Bij 5 reisminuten is het gemiddelde marktaandeel van een verpleeghuis 19%, zie Tabel 4. Als we alle locaties binnen een straal van 25 reisminuten meetellen als alternatieven dan verkleint dit het marktaandeel tot 3%. Bij 10 reisminuten is het gemiddelde marktaandeel 15%. In een beperkt aantal gevallen komt het voor dat een verpleeghuis geen cliënten heeft uit de buurt. Als we inzoomen op locaties zonder cliënten binnen een straal van 25 reisminuten (54 locaties in totaal), dan lijkt dit een registratieprobleem van de bezoekslocatie. Gebaseerd op data over de oorspronkelijke woonlocatie van cliënten, zien we dat in 70% van de 54 gevallen de geregistreerde bezoekslocatie niet de daadwerkelijke locatie lijkt waar de zorg wordt verleend (het lijkt erop dat de hoofdlocatie bij Vektis is geregistreerd, in plaats van de daadwerkelijke bezoekslocatie).

**Tabel 4 Marktaandeel (omzet) naar aantal reisminuten**

aantal reisminuten	aantal vestigingen	Gemiddelde	Standaardafwijking	1 <sup>e</sup> percentiel	99 <sup>e</sup> percentiel
5	1965	0.19	0.18	0	0.72
8	1965	0.17	0.16	0	0.68
10	1965	0.15	0.15	0	0.67
15	1965	0.09	0.10	0	0.50
25	1965	0.03	0.05	0	0.25

De HHI betreft het gekwadrateerde marktaandeel van een organisatie en is een indicator die de concentratiegraad van de markt identificeert. De formule is  $HHI = \sum_{i=1}^n s_i^2$ , waar  $s_i$  het marktaandeel van verpleeghuis  $i$  is en  $n$  het aantal aanbieders in het gebied. Bij 5 reisminuten is de gemiddelde HHI (op basis van aantal personen) 1774. Als we de HHI berekenen op basis van 25 reisminuten dan is de gemiddelde HHI 513. Bij 10 reisminuten is de gemiddelde HHI 1402.

**Tabel 5 HHI in aantal cliënten naar aantal reisminuten**

aantal reisminuten	aantal vestigingen	Gemiddelde	Standaardafwijking	1 <sup>e</sup> percentiel	99 <sup>e</sup> percentiel
5	1965	1774	1166	401	5814
8	1965	1545	1038	351	5019
10	1965	1402	986	311	5005
15	1965	989	710	246	3828
25	1965	513	460	116	2560

De LOCI geeft inzicht in de marktmacht van een verpleeghuis. Theoretisch gezien representeert een lagere LOCI een hogere prijs-kosten marge voor een verpleeghuis. Bij de LOCI berekenen we het marktaandeel  $s$  van elke organisatie  $i$  in de micromarkt  $t$  (de viercijferige postcode), nemen het complement en sommeren over de micromarkten (daarbij rekening houdend met het belang  $w$  van de micromarkt van het verpleeghuis in termen van het totaal aantal cliënten). In de analyses gebruiken we de inverse LOCI:



$$\text{inverse LOCI}_i = 1 / \sum_t w_{ti}(1 - s_{ti})$$

De WTP houdt theoretisch gezien rekening met selectieve zorginkoop en dat het zorgkantoor op deze manier een aantrekkelijk zorgaanbod creëert. De toegevoegde waarde die ‘consumenten’ aan de organisatie geven is de ‘willingness to pay’ (WTP). De WTP score van organisatie *i* is gebaseerd op het gewicht *w* van een micromarkt in de totale productie en de marktaandelen  $s_i = \frac{n_i}{(n_i+n_j)}$  in micromarkt

t :

$$WTP_i = \sum_t WTP_{ti} = \sum_t w_{ti} \frac{\ln\left(\frac{1}{1-s_{ti}}\right)}{s_{ti}}$$

Het voordeel van LOCI en WTP is, dat het niet nodig is om de geografische markt af te bakenen. De ACM heeft samen met de NZa en het CPB de toegevoegde waarde laten zien van LOCI en WTP bij het voorspellen van prijzen in de ziekenhuiszorg (Berden, Croes, Kemp, Mikkers, van der Noll, Shestalova & Svitak, 2019) en de GGZ (Brouns, Douven & Kemp, 2021).

In Tabel 6 zijn de waardes van de inverse LOCI en WTP weergegeven. De gemiddelde score van de inverse LOCI is 1.22 en de score van de WTP is vergelijkbaar, al is de standaardafwijking een stuk groter.

**Tabel 6 Beschrijvende statistieken inverse LOCI en WTP**

	aantal vestigingen	Gemiddelde	Standaardafwijking	1 <sup>e</sup> percentiel	99 <sup>e</sup> percentiel
<b>Inverse LOCI</b>	1965	1.22	0.28	1.00	2.17
<b>WTP</b>	1965	1.19	0.65	1.00	2.91

De concentratiemaatstaven zijn gerelateerd aan elkaar. In Tabel 7 is de correlatie tussen de concentratiemaatstaven weergegeven. Een deel van de maatstaven vertoont sterke samenhang. Het marktaandeel op basis van bedrag en aantal personen meet nagenoeg hetzelfde. In de analyses gebruiken we het marktaandeel gebaseerd op het bedrag. Ook tussen de inverse LOCI en de WTP bestaat veel overlap.

Tabel 7 Correlatie concentratiemaatstaven

	Fascia count	Markt-aandeel obv cliënten	Markt-aandeel obv bedrag	HHI	WTP	inverse LOCI
<b>Fascia count</b>	1.00					
<b>marktaandeel obv cliënten</b>	-0.48	1.00				
<b>marktaandeel obv bedrag</b>	-0.45	0.98	1.00			
<b>HHI</b>	-0.50	0.67	0.64	1.00		
<b>WTP</b>	-0.30	0.65	0.61	0.51	1.00	
<b>inverse LOCI</b>	-0.27	0.57	0.53	0.45	0.94	1.00

## 5.4 Kwaliteit

De indicatoren die we hebben meegenomen zijn, onderverdeeld naar structuur-, proces- en uitkomstindicatoren, de volgende(n) (zie voor een toelichting de beschrijving van het conceptuele model in sectie 4.2.1):

- Structuurindicatoren:
  - fte per cliënt
  - percentage ziekteverzuim
  - percentage personeel niet in loondienst (PNIL)
- Procesindicatoren:
  - bespreken decubitus
  - afspraken levenseinde
  - medicatiebeleid
- Uitkomstindicatoren:
  - aanbevelingsscore (samenvoegen twee meetmethodes)
  - samengestelde score vrijheidsbeperkende maatregelen
  - % decubitus

We geven een toelichting op elke indicator en beschrijven de belangrijkste statistieken.

### 5.4.1 Structuurindicatoren

In de studie zijn de structuurindicatoren ‘fte per cliënt’, ‘percentage ziekteverzuim’ en ‘percentage personeel niet in loondienst’ (PNIL) opgenomen. De structuurindicatoren zijn gemeten op het ondernemingsniveau van de organisatie. De indicator aantal fte per cliënt betreft het aantal ingezette fte’s van het totale personeel binnen de reikwijdte van het kwaliteitskader als aandeel van het aantal cliënten. In Tabel 8 zijn de beschrijvende statistieken van de structuurindicatoren opgenomen.

Gemiddeld wordt er 0,9 fte per cliënt ingezet. Al zijn er ook organisaties die ruim 2 fte per cliënt inzetten.

Het percentage ziekteverzuim is het totaal aantal ziektedagen van personeelsleden als percentage van het totaal aantal beschikbare werkdagen van de werknemers in de verslagperiode, exclusief zwangerschaps- en bevallingsverlof. De informatie wordt verzameld door Vernet en is beschikbaar op ondernemingsniveau. Het ziekteverzuim in verpleeghuizen is met 6,9% een stuk hoger dan respectievelijk de gehele zorgsector (5,7%) en het landelijk gemiddeld (4,4%) (CBS). Het ziekteverzuim kan een indicatie zijn van de ervaren werkdruk, maar ook van de tijd die beschikbaar is voor cliënten, aangezien er bij ziekte niet altijd volledige vervanging is.

Het percentage personeel niet in loondienst (PNIL) is het aantal fte uitzendkrachten of personeel niet in loondienst ingezet als aandeel van het totaal aantal ingezette personeelsleden gedurende de meetperiode. Gemiddeld genomen is het 5,8% van het personeel niet in loondienst.

Tabel 8 Statistieken structuurindicatoren

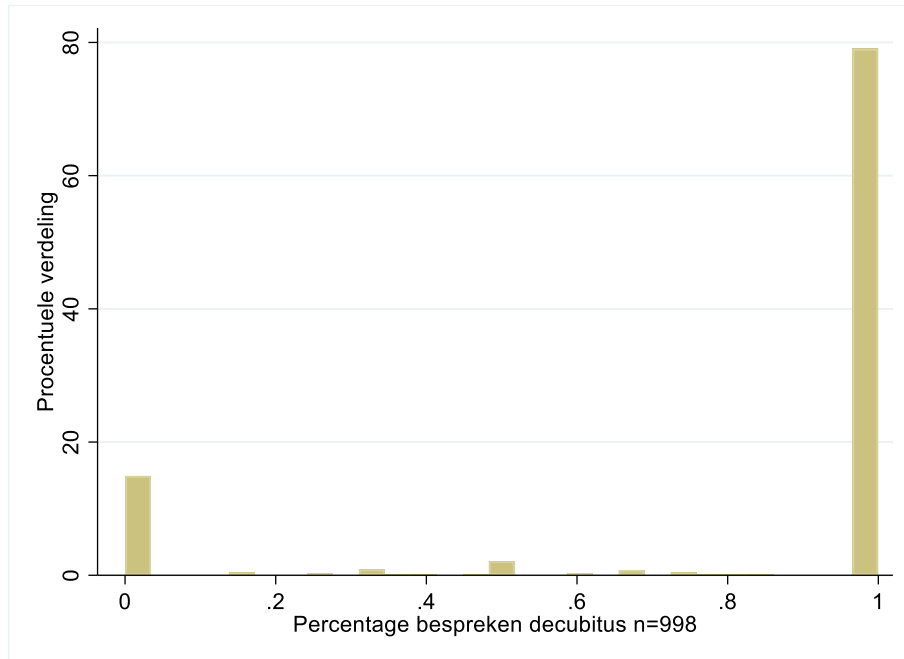
	aantal concern s	Gemiddeld e	Standaard fwijking	1 <sup>e</sup> percentiel	99 <sup>e</sup> percentiel
<b>fte per cliënt</b>	274	0.91	0.28	0.52	2.19
<b>percentage ziekteverzuim</b>	267	6.84	2.65	2.70	13.5
<b>percentage personeel niet in loondienst</b>	261	5.77	7.92	0	46.2

### 5.4.2 Procesindicatoren

Als procesindicatoren hebben we de indicatoren 'bespreken decubitus', 'afspraken over het levenseinde' en een gecombineerde score over medicatiebeleid meegenomen.

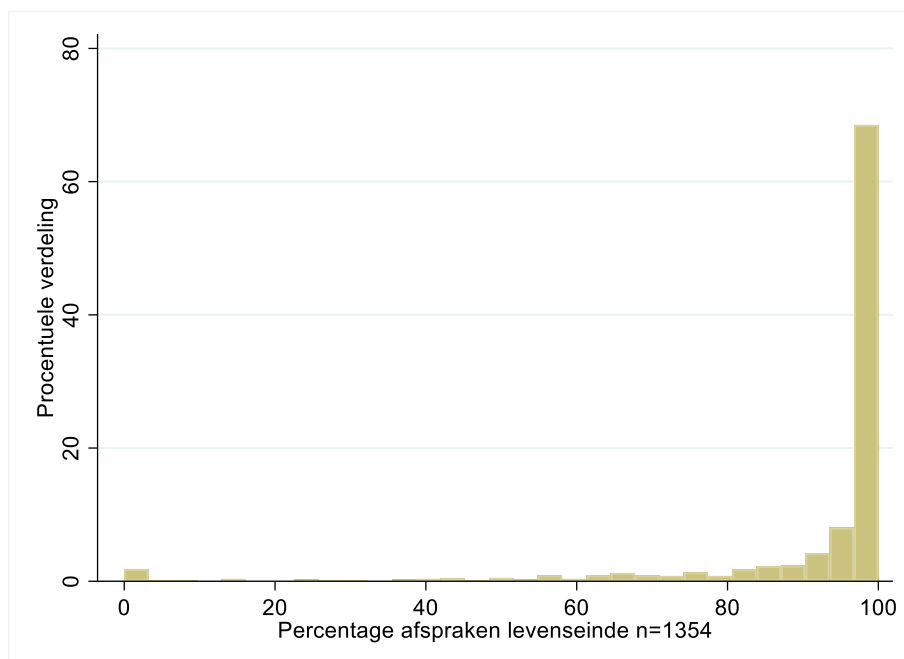
De procesindicator 'bespreken decubitus' meet op locatieniveau het aandeel afdelingen waar een casuïstiekbespreking over decubitus heeft plaatsgevonden, waarbij in ieder geval een aantal vastgestelde items is doorgenomen. Als er geen decubitus voorkomt, dan hoeft de indicator niet te worden verzameld. De indicator wordt gemeten terugkijkend over de periode januari 2018-oktober 2018. We verwachten een relatie met de uitkomstindicator decubitus. We verwachten dat in verpleeghuizen waar vaker het gesprek over decubitus wordt gevoerd er een lager percentage decubitus is (uitgaande van een goede correctie voor zorgzwaarte verschillen). Tegelijkertijd is er in organisaties met een laag percentage of geen decubitus een beperkte prikkel om te sturen op gesprek over dit onderwerp. In Figuur 7 is de verdeling van de indicator weergegeven. In 80% van de organisaties worden op alle afdelingen gevallen besproken. In zo'n 17% van de gevallen worden geen decubitus gevallen besproken (bij 94% van deze locaties zijn er wel doorligwonden). Dit betekent dat er bijna geen tussengebied is: of een organisatie bespreekt op alle afdelingen decubitus gevallen of een organisatie bespreekt nooit decubitus gevallen.

Figuur 7 Percentage bespreken decubitus



De procesindicator 'afspraken omtrent het levenseinde' betreft het percentage cliënten op de afdeling waarbij beleidsafspraken rondom het levenseinde zijn vastgelegd in het zorgdossier, ook wel 'Advanced care planning' genoemd. De meetperiode betreft 1 november – 31 december. Afspraken vastleggen op dit gebied kan positief bijdragen aan het welbevinden van cliënten en hun naasten. Bij de meeste locaties wordt voor 90% of meer bij alle cliënten afspraken over het levenseinde vastgelegd

Figuur 8 Percentage afspraken levenseinde



Om iets te kunnen zeggen over de wijze waarop een organisatie een veilig medicatiebeleid heeft, hebben we twee procesindicatoren gecombineerd, namelijk het 'percentage bespreken medicatiefouten op een afdeling' en het 'percentage medicatiereview op een afdeling'. De indicator medicatiereview is het percentage cliënten – met een ZZP V&V indicatie met behandeling – waarbij een formele medicatiereview heeft plaatsgevonden in het bijzijn van een zorgmedewerker. De indicatoren worden aan het einde van het jaar terugkijkend gemeten over de periode januari 2018 – oktober 2018. Combinatie van deze twee indicatoren resulteert in vier categorieën:

- Categorie 1: Niet altijd bespreken van medicatiefouten, niet altijd een medicatiereview (<100%, <100%);
- Categorie 2: Niet altijd bespreken van medicatiefouten, maar wel altijd een medicatiereview (<100%, 100%);
- Categorie 3: Altijd bespreken van medicatiefouten, maar niet altijd een medicatiereview (100%, <100%);
- Categorie 4: Altijd bespreken van medicatiefouten en medicatiereview van alle cliënten (100%, 100%).

We verwachten dat bij meer aandacht voor medicatieveiligheid dit positief bijdraagt aan de ervaren kwaliteit. De indicatoren geven informatie over de randvoorwaarden voor het bekwaam worden in het toedienen (Zorginstituut, 2018). In bijna de helft van de gevallen worden in alle gevallen de medicatiefouten besproken en vindt er altijd een medicatiereview plaats.

**Tabel 9 Beschrijvende statistieken medicatiebeleid**

	Aantal organisaties	percentage
<b>Niet altijd bespreken van medicatiefouten, niet altijd een medicatiereview</b>	103	5%
<b>Niet altijd bespreken van medicatiefouten, maar wel altijd een medicatiereview</b>	70	4%
<b>Altijd bespreken van medicatiefouten, maar niet aan alle cliënten een medicatiereview</b>	408	21%
<b>Altijd bespreken van medicatiefouten en medicatiereview van alle cliënten</b>	546	28%
<b>Geen informatie</b>	838	43%

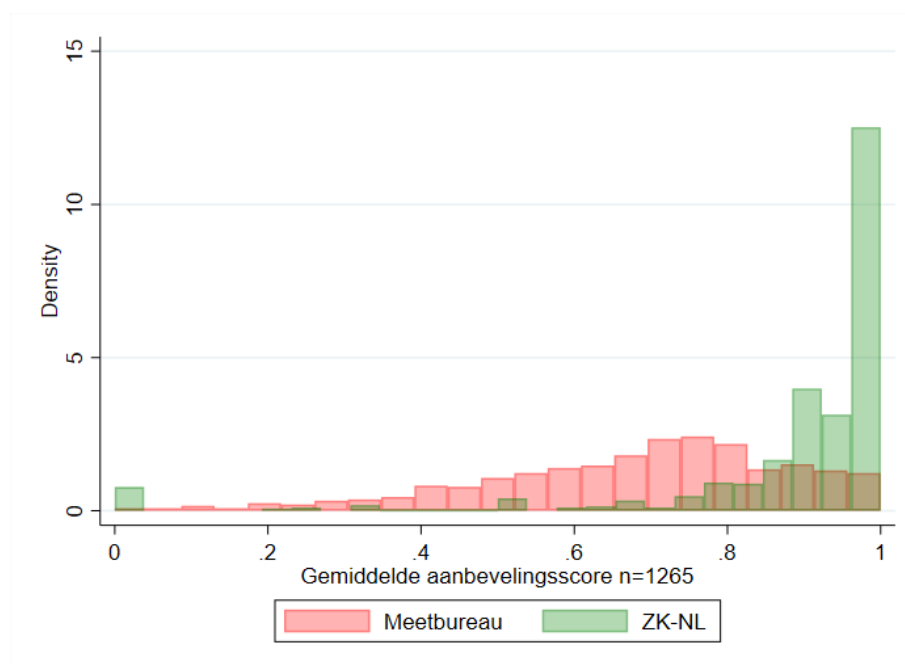
Op de basis van de gegevens is een ordening mogelijk: categorie 1 is minder goed dan de andere categorieën en categorie 4 is beter dan de andere categorieën. Het is op voorhand niet duidelijk of categorie 2 beter is dan categorie 3 en omgekeerd, daarom plaatsen we deze 2 categorieën samen. Hierdoor ontstaan drie categorieën die we vervolgens zullen gebruiken in de regressie-analyses.

- Groep 1: Niet altijd bespreken van medicatiefouten, niet altijd een medicatiereview (<100%, <100%);
- Groep 2: Niet altijd bespreken van medicatiefouten, maar wel altijd een medicatiereview (<100%, 100%) of altijd bespreken van medicatiefouten, maar niet altijd een medicatiereview (100%, <100%)
- Groep 3: altijd bespreken medicatiefouten en medicatiereview (100%, 100%)

### 5.4.3 Uitkomstindicatoren

We gebruiken de aanbevelingsscore die via twee meetmethodes wordt verzameld: via de aanbevelingsvraag op de website van Zorgkaart Nederland of via een gespecialiseerd meetbureau. Zorgaanbieders mogen zelf bepalen welke van deze methoden ze gebruiken. De vraagstelling en met name de antwoordschaal verschilt bij beide methoden. De verdeling van de aanbevelingsscore is weergegeven in Figuur 9. Een hogere score impliceert een betere ervaren kwaliteit. Als de score is verzameld via de website van Zorgkaart Nederland is de score gemiddeld genomen hoger. Bij de methode van Zorgkaart Nederland wordt er uitgegaan van het aantal cliënten dat de net promotor score (NPS) vraag met 'ja' heeft ingevuld. Bij het meetbureau gaat het om het aantal respondenten dat bij de NPS vraag een 8,9 of 10 heeft ingevuld. Bij de methode van zorgkaart Nederland is de gemiddelde aanbevelingsscore een stuk hoger vergeleken met de gemiddelde score van het meetbureau (zie Figuur 9). Op basis van het opmerkingenveld zijn de ingevulde scores van 18 observaties aangepast/ingevuld.

Figuur 9 Verdeling gemiddelde aanbevelingsscore

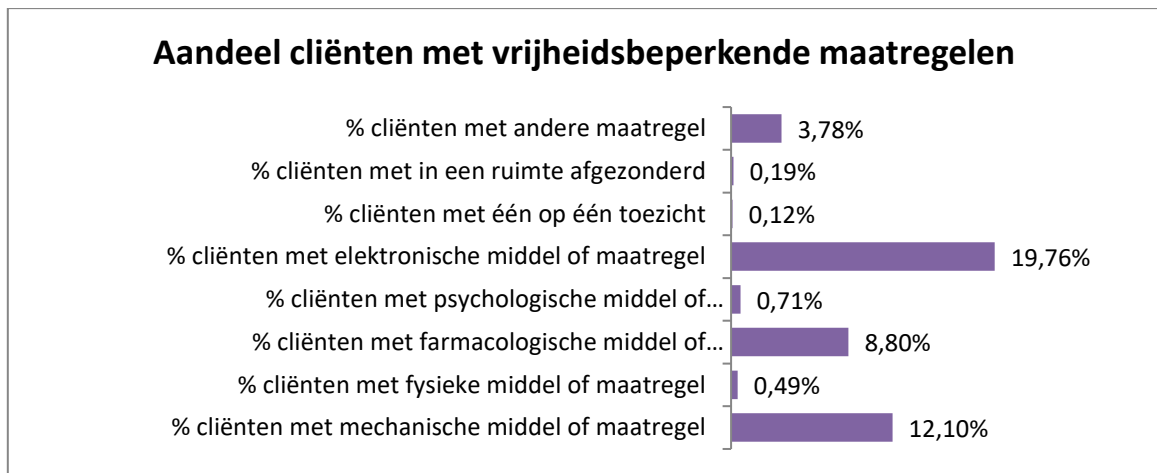


In de studie gebruiken we een samengestelde indicator die inzicht geeft in de toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen. De samengestelde indicator met vrijheidsbeperkende maatregelen is een combinatie van alle beschikbare indicatoren die gaan over vrijheidsbeperingen:

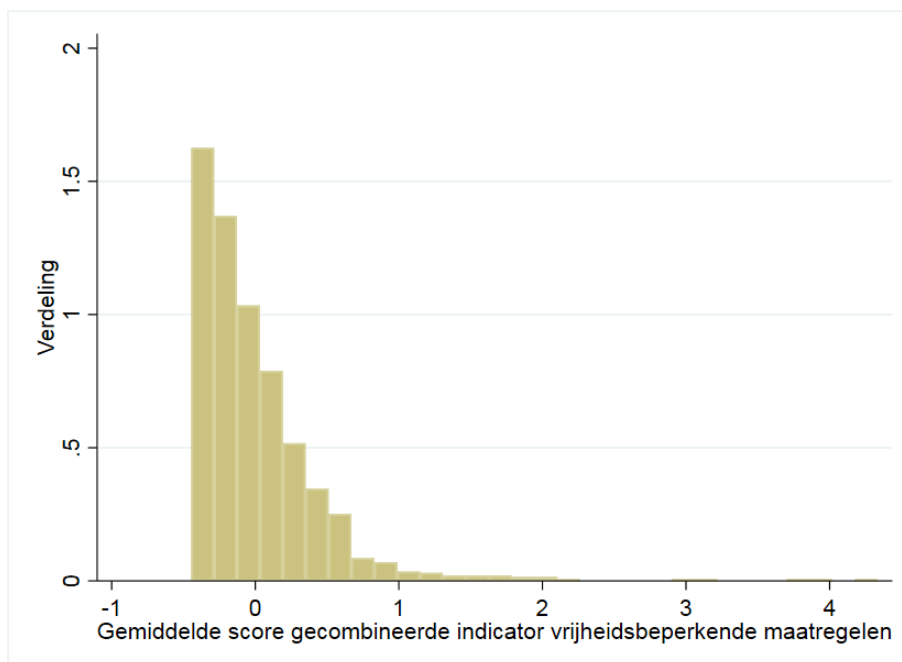
- percentage cliënten met mechanische middel of maatregel;
- percentage cliënten met fysieke middel of maatregel;
- percentage cliënten met farmacologische middel of maatregel;
- percentage cliënten met psychologische middel of maatregel;
- percentage cliënten met elektronische middel of maatregel;
- percentage cliënten met één op één toezicht;
- percentage cliënten met in een ruimte afgezonderd;
- percentage cliënten met andere maatregelen.

Om de samengestelde indicator te berekenen, gebruiken we de gemiddelde z-score van de vrijheidsbeperkende maatregelen. In Figuur 10 is de gemiddelde score van de individuele indicatoren weergegeven. Een hogere score betekent dat er meer vrijheidsbeperkende maatregelen worden toegepast en betekent daarmee een minder goede kwaliteit (bij gelijke zorgzwaarte). In Figuur 11 is een weergave opgenomen van de verdeling van de gemiddelde z-score van de samengestelde indicator. Alle beschikbare vrijheidsbeperkende maatregelen zijn meegenomen bij de berekening van de score.

**Figuur 10 Aandeel cliënten met vrijheidsbeperkende maatregelen**



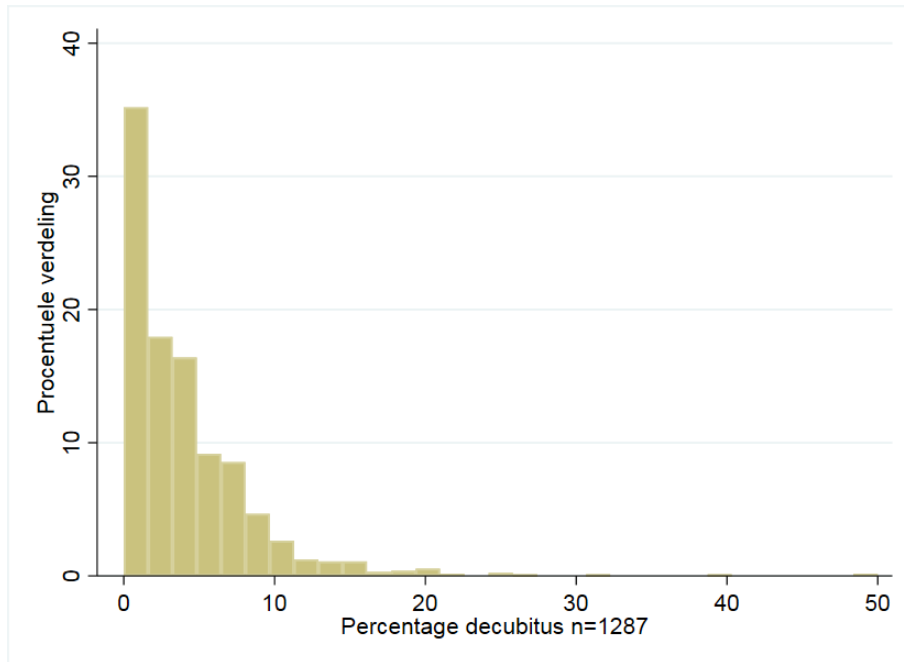
**Figuur 11 Verdeling gemiddelde gestandaardiseerde vrijheidsbeperkende maatregelen**



Als tweede medisch inhoudelijke uitkomstindicator hebben we het 'percentage cliënten met doorligwonden' gebruikt. In Figuur 12 is de verdeling van het kenmerk weergegeven. Bij gelijke zorgzwaarte betekent een hoger percentage decubitus een lagere kwaliteit. In deze studie hebben we

onvoldoende indicatoren om voor de zorgwaarte te corrigeren, waardoor de richting van de relatie niet eenvoudig te duiden is.

**Figuur 12 Percentage decubitus**



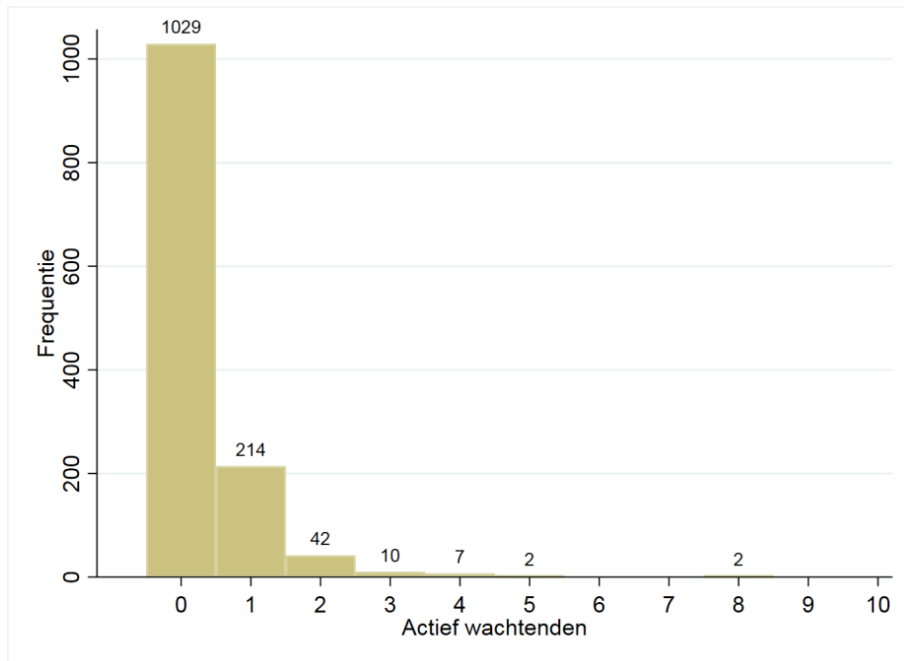
## 5.5 Toegankelijkheid

We gebruiken de wachtlijstgegevens als indicatie voor toegankelijkheid. Daarbij maken we onderscheid tussen actief- en wenswachtenden, zoals uitgelegd in 5.1.4

We beschouwen het totaal aantal actief wachtenden door alle wachtenden binnen de categorieën van actief wachtenden (categorieën 1 t/m 4, zie sectie 5.1.4) bij elkaar op te tellen per locatie. De verdeling van deze variabele is te zien in Figuur 13. De meeste verpleeghuizen hebben geen actief wachtenden: 1029 om precies te zijn; 214 verpleeghuizen hebben één actief wachtende, en 63 verpleeghuizen hebben twee of meer actief wachtenden.

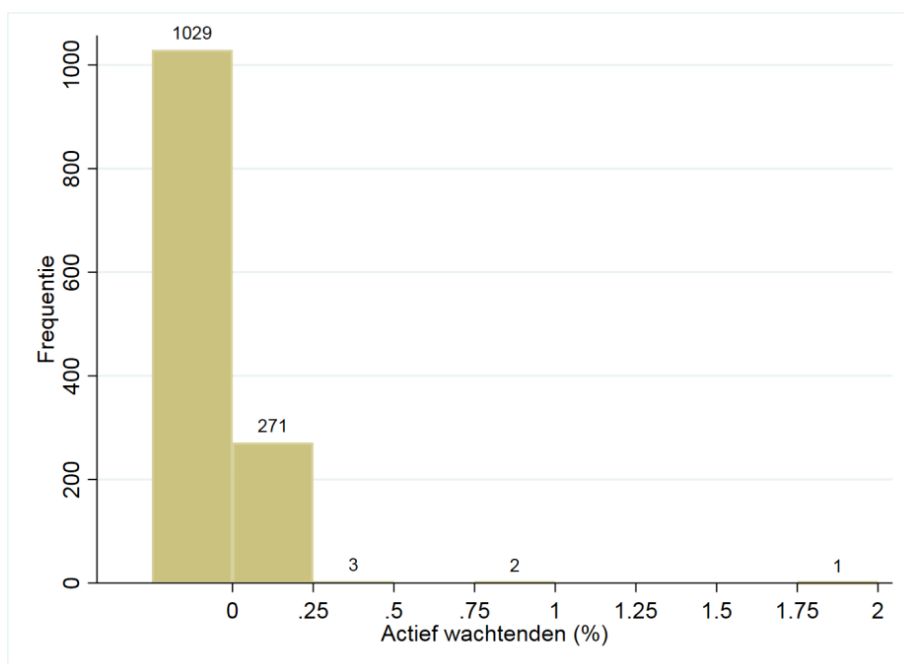


Figuur 13: verdeling van aantal actief wachtenden



Wanneer we kijken naar het percentage actief wachtenden, dat wil zeggen het aantal actief wachtenden ten opzichte van het aantal personen in zorg in dat verpleeghuis gedurende het jaar, zien we een vergelijkbare verdeling, zie Figuur 14.

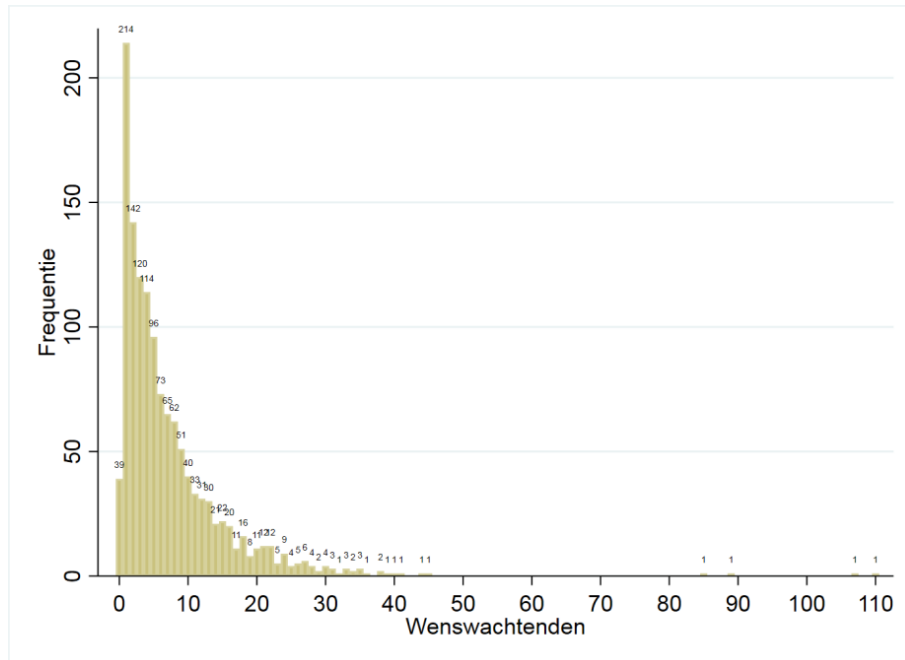
Figuur 14: verdeling van actief wachtenden in percentage



Daarnaast beschouwen we het aantal wenswachtenden wat berekend is door categorieën wenswachtenden (categorieën 5 en 6, zie sectie 5.1.4) bij elkaar op te tellen per locatie. De verdeling

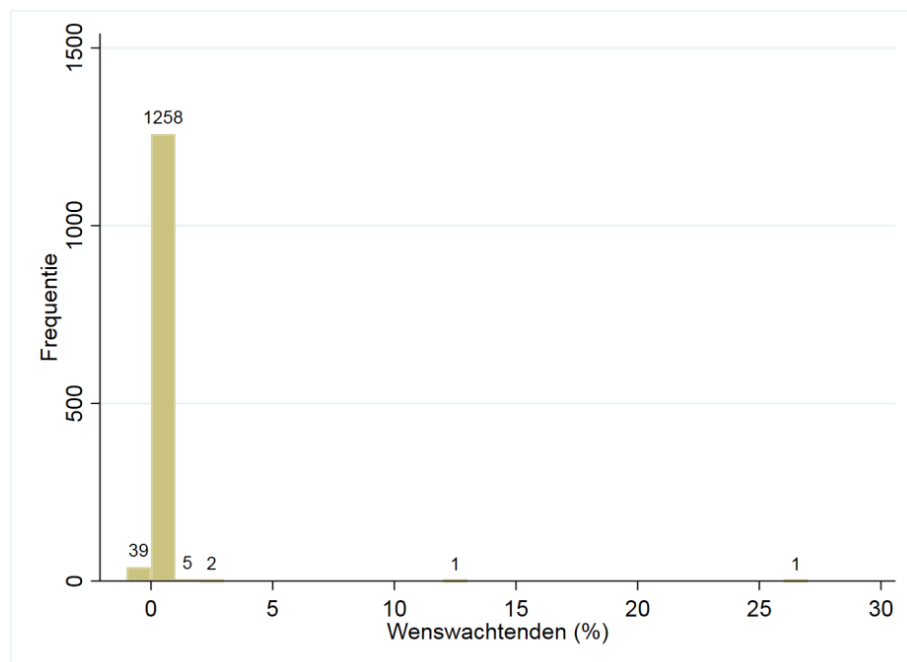
van deze variabele is te zien in Figuur 15. 39 locaties hadden geen wenswachtenden op peilmoment in 2018.

**Figuur 15: verdeling van aantal wenswachtenden**



Wanneer we kijken naar het percentage, dat wil zeggen, het aantal wenswachtenden ten opzichte van het aantal personen in zorg op de locatie, zien we de verdeling in Figuur 16. Hier wordt duidelijk dat de meest voorkomende waarden tussen de nul procent en een procent liggen (1258 verpleeghuizen), 39 verpleeghuizen hebben nul procent wenswachtenden, en slechts negen verpleeghuizen hebben meer dan één procent wenswachtenden. De twee waarnemingen met een percentage van meer dan 10% zijn bij de analyses kwaliteit als missend meegenomen.

Figuur 16: verdeling van wenswachtenden in percentage



De statistieken per variabele zijn als volgt:

Tabel 10 Beschrijvende statistieken wachtenden

Variabele	Observaties	Gemiddelde	StDev	Min	Max
Actief wachtenden	1306	0,292	0,706	0	8
Actief wachtenden (%)	1306	0,007	0,071	0	2
Wenswachtenden	1306	7,348	8,721	0	110
Wenswachtenden (%)	1306	0,108	0,844	0	27

## 5.6 Betaalbaarheid

Zoals in paragraaf 3.1.3 toegelicht wordt jaarlijks een budget beschikbaar gesteld voor Wlz zorg. In Tabel 11 is de ontwikkeling van het toegekende budget,erschikking en nacalculatie voor 2017 per zorgverzekeringsconcern, waaraan de zorgkantoren zijn gelieerd, weergegeven<sup>11</sup>. Het budget is hierbij gestandaardiseerd op 100, de erschikking en nacalculatie zijn indexcijfers ten opzichte van het budget. Het budget is gebaseerd op een inschatting voorafgaand van het budgetjaar. De erschikking is gebaseerd op de gerealiseerde productie van januari tot ongeveer september/oktober van het budgetjaar. Tevens kunnen de herverdelingsgelden worden aangewend. Het verschil tussen het toegekende budget en de erschikking is aanzienlijk. De nacalculatie ligt dicht bij de bedragen van de erschikking.

<sup>11</sup> Deze gegevens zijn gebaseerd op de NZa-Mensa gegevens. 2017 is het laatste jaar waarvoor we de gegevens beschikbaar hebben.

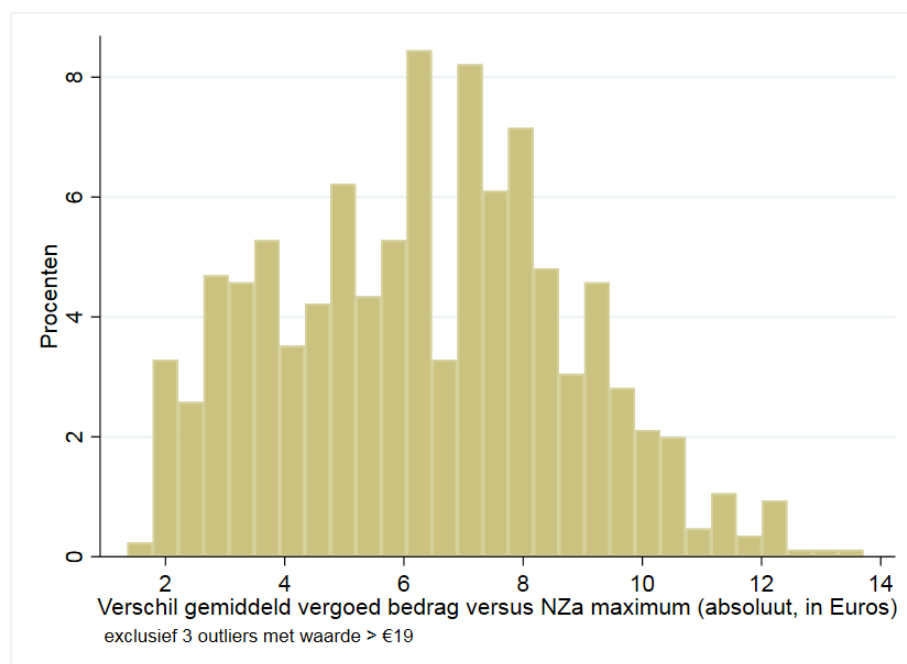
Tabel 11 Ontwikkeling Wlz uitgaven 2017 per zorgverzekeringsconcern

	budget	herschikking	nacalculatie
<b>ACHMEA</b>	100,0	106,8	105,4
<b>COOPERATIE VGZ</b>	100,0	108,4	103,1
<b>CZ</b>	100,0	107,7	122,2
<b>DSW-STADHOLLAND</b>	100,0	111,8	112,3
<b>MENZIS</b>	100,0	127,6	126,0
<b>VRZ zorginkoop</b>	100,0	134,4	134,2
<b>Totaal</b>	100,0	111,5	112,4

Hieronder beschrijven we waarover een verpleeghuis en het zorgkantoor afspraken maken. We gaan in op het verschil tussen de onderhandelde prijs en het NZa maximum tarief, prijsvariatie per prestatie en de prijsvariatie per zorgkantoorgebied .

In de praktijk liggen alle onderhandelde bedragen onder het NZa-maximum. In Figuur 17 is het verschil weergegeven van het gemiddeld vergoed bedrag per dag ten opzichte van het NZa maximumtarief<sup>12</sup>. De verschillen liggen tussen de € 1,36 en € 13,71 (met drie uitschieters<sup>13</sup>); de vergoede bedragen zijn dus lager dan het maximum van het NZa tarief, variërend van €71,60 voor prestatie V015 tot € 341,29 voor prestatie Z103.

Figuur 17 Verschil vergoed bedrag en NZa maximum tarief

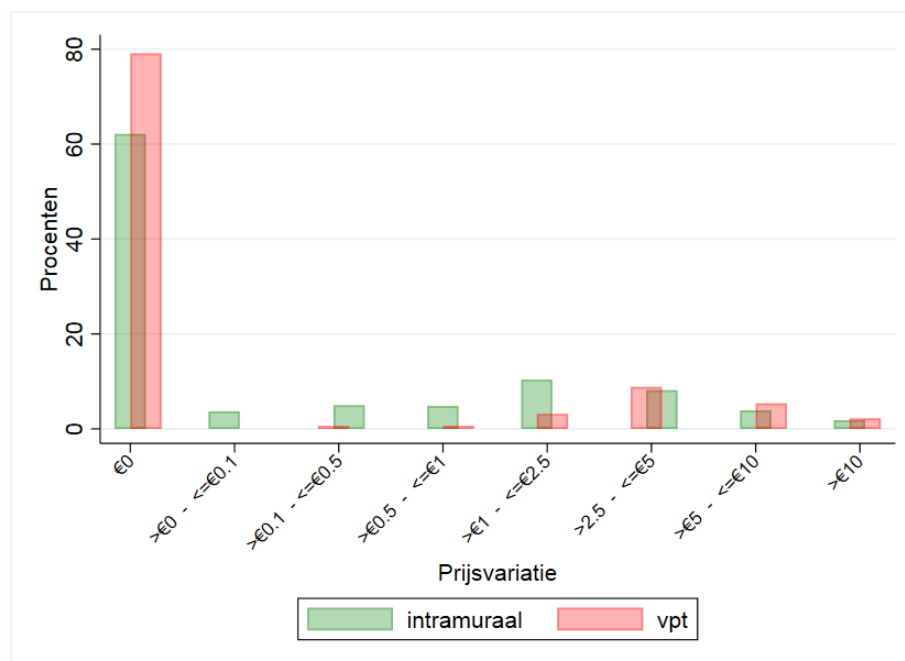


<sup>12</sup> De analyse is uitgevoerd op 855 van de maximaal 1147 (37 prestaties\*31 zorgkantoren) zorgprestatie-zorgkantoor combinaties. Met name de VPT prestaties worden niet in alle zorgkantoorgebied's gedeclareerd.

<sup>13</sup> Deze uitschieters hebben de waarden €19,57, €26,64 en €64,49

Zorgkantoren kunnen binnen hun gebied verschillende prijzen bedingen bij verschillende aanbieders voor hetzelfde product. Er kan bijvoorbeeld een kwaliteitsverschil bestaan tussen de aanbieders, er kunnen verschillende kostenniveaus zijn of de mate van marktmacht verschilt tussen de aanbieders. De spreiding in de vergoede bedragen per aanbieder per prestatie in een zorgkantoor is echter zeer beperkt. In Figuur 18 is de prijsvariatie weergegeven per prestatie per zorgkantoor voor zowel intramurale- als VPT ZZP prestaties. Voor 62% van de intramurale declaraties krijgen alle aanbieders in een zorgkantoorregio per prestatie hetzelfde bedrag, bij VPT prestaties is dit zelfs 79%. Bij zo'n 14% van de intramurale declaraties bedraagt het verschil tussen de nul en een euro, bij VPT is dit maar bij 1% van de declaraties het geval. Bij intramuraal is de overige 24% het verschil meer dan 1 euro, bij VPT is dit 20%.

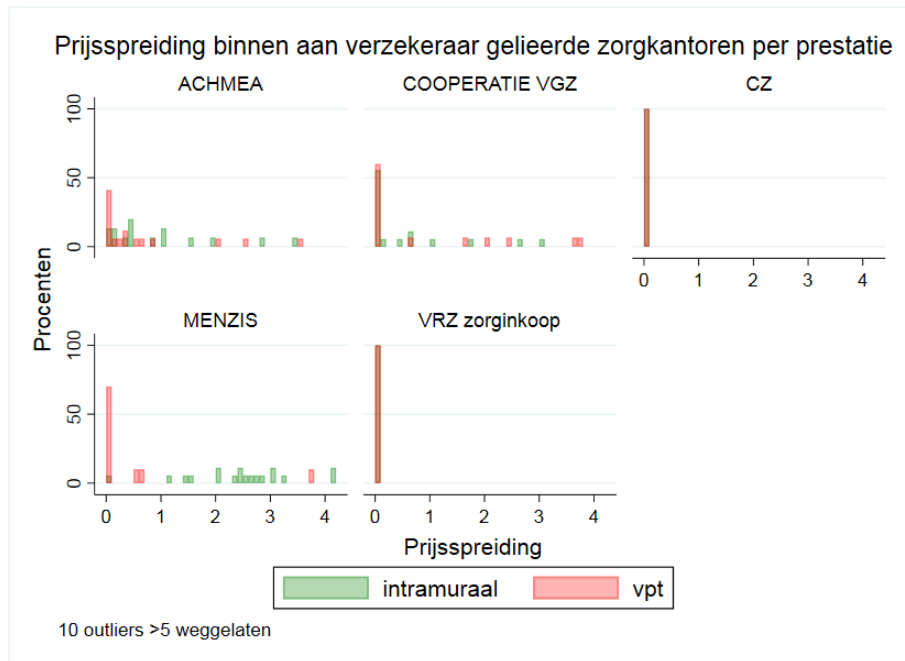
**Figuur 18 Prijsvariatie per prestatie in een zorgkantoor**



In Figuur 19 staat de prijs spreiding weergegeven per verzekeraar/inkooporganisatie per prestatie. Hiervoor is de maximale prijs spreiding per zorgkantoor per prestatie berekend. Deze spreiding is nul als voor een bepaalde prestatie alle zorgaanbieders dezelfde prijs krijgen. Als twee aanbieders € 214 voor een prestatie krijgen en de andere aanbieders €216 dan is de maximale spreiding voor deze prestatie in dit zorgkantoor €2. Vervolgens is de gemiddelde maximale prijs spreiding per prestatie per verzekeraar/inkoopcombinatie berekend. VRZ zorginkoop en CZ hanteren in al hun zorgkantoorregio's dezelfde prijs per prestatie<sup>14</sup>. De prijs spreiding over de CZ en VRZ zorgkantoren heen is voor alle prestaties dus nul. Bij VGZ is dit in zo'n 53% van de gevallen de spreiding nul. Achmea en Menzis hebben een grotere prijs variatie tussen hun zorgkantoorgebieden waarbij opvalt dat bij Menzis intramurale en VPT ZZP prestaties duidelijk verschillen in prijs variatie. DSW is buiten de analyse gelaten omdat zij slechts één zorgkantoor hebben.

<sup>14</sup> Bij CZ is er bij 9% van de gevallen een prijs spreiding van <€0.03. Omdat dit mogelijk met afrondingsverschillen te maken heeft, gaan we er hier vanuit dat CZ in al haar zorgkantoorgebieden dezelfde prijs per prestatie hanteert.

Figuur 19 Prijspreiding per aan verzekeraar gelieerde zorgkantoren

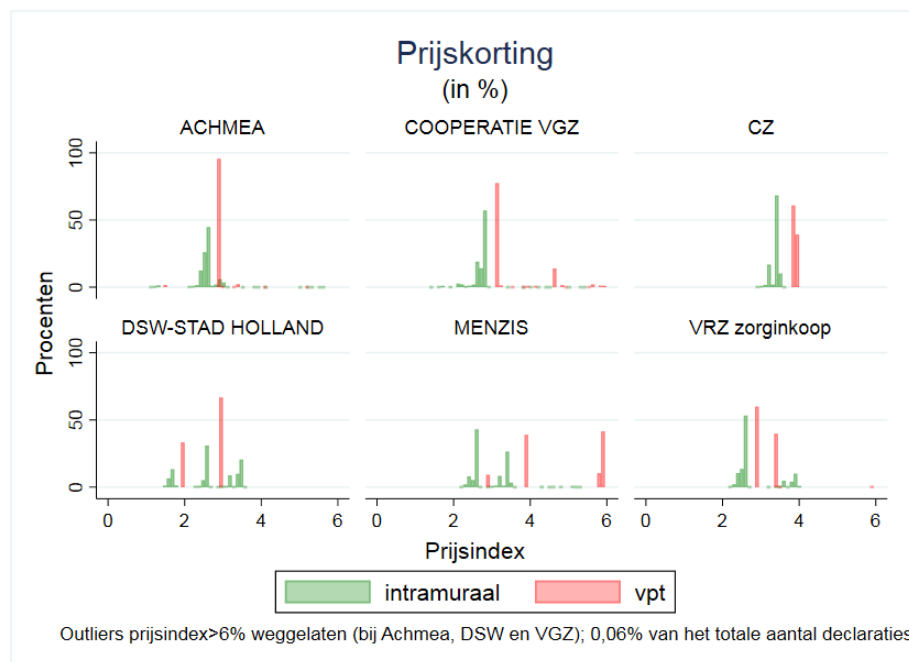


De prijspreiding zegt nog niets over de korting die de verschillende zorgkantoren bij de individuele aanbieders bedingen ten opzichte van het NZa maximum. De prijskorting geeft het kortingspercentage weer dat een zorgkantoor realiseert en wordt per declaratie als volgt berekend:

$$prijskorting = \frac{\text{maximum vergoeding NZa} - \text{vergoed bedrag}}{\text{maximum vergoeding NZa}} * 100$$

Een hogere prijskorting betekent dus dat het zorgkantoor relatief minder betaalt bij de specifieke zorgaanbieder voor de betreffende ZZP. In Figuur 20 zijn de gerealiseerde prijskortingen gepresenteerd. Hierbij is een onderscheid gemaakt tussen de intramurale en VPT ZZP prestaties. Om het gemiddelde kortingspercentage te berekenen hebben we gewogen met het aantal declaraties. Uit de figuur valt af te lezen dat CZ gemiddeld genomen de hoogste korting heeft weten te realiseren, resulterend in een gemiddelde prijs die zo'n 3,4% onder het NZa maximum tarief ligt. De andere zorgkantoren realiseren een gemiddelde prijs die zo'n 2,6-2,9% onder het NZa maximum tarief ligt. Verder valt op dat de kortingen op VPT ZZP prestaties iets hoger zijn dan die op de intramurale prestaties, vooral bij Menzis. Deze prijskorting zal verder gebruikt worden in de regressieanalyses in hoofdstuk 6, waarbij we rekening houden met het verschil tussen intramuraal en vpt.

Figuur 20 prijskorting per aan verzekeraar gelieerde zorgkantoren



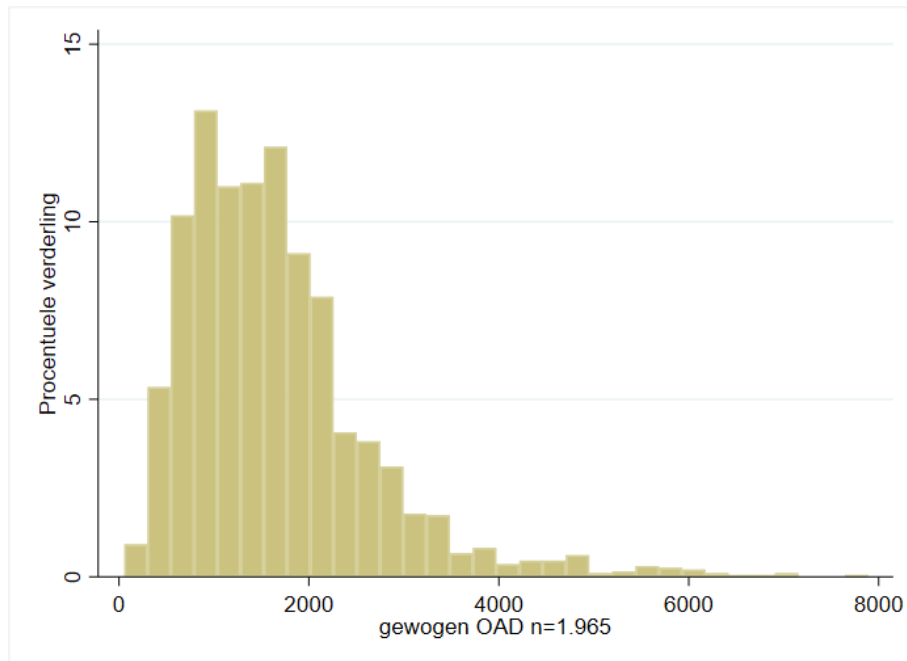
Naast de prijsverschillen tussen zorgkantoren en inkooporganisaties is het ook goed om te kijken naar de prijsverschillen bij ondernemingen met meerdere vestigingen. De onderhandelde prijzen kunnen immers op vestigingsniveau worden bepaald maar ook op ondernemingsniveau (de onderneming onderhandelt over de prijs voor al haar vestigingen). Voor het merendeel van de ondernemingen geldt dat de prijs per prestatie voor alle vestigingen gelijk is. Voor 12 ondernemingen is dit niet zo. Voor 5 ondernemingen geldt dat ze vestigingen hebben in meerdere zorgkantoren. Hiervan wordt voor 4 ondernemingen het prijsverschil per vestiging veroorzaakt door het zorgkantoor, bij een onderneming zijn er zowel prijsverschillen tussen zorgkantoren maar zijn er ook prijsverschillen tussen de vestigingen binnen een zorgkantoor. Voor de 7 ondernemingen die alleen vestigingen hebben in hetzelfde zorgkantoor zijn er verschillende prijzen per vestiging.

## 5.7 Overige indicatoren

### 5.7.1 Stedelijkheid

In de analyses nemen we een gewogen omgevingsadressendichtheid (OAD) mee die bepaald is op basis van het gewogen gemiddelde van de woonlocaties waar personen uit een organisatie oorspronkelijk vandaan komen. Hierbij gebruiken we dezelfde indeling als bij de concentratiemaatstaven (als een cliënt zorg uit een intramuraal pakket ontvangt, dan geldt de vorige locatie; als een cliënt zorg via een VPT ontvangt, dan geldt de huidige locatie).

Figuur 21 Gewogen omgevingsadressendichtheid (OAD)

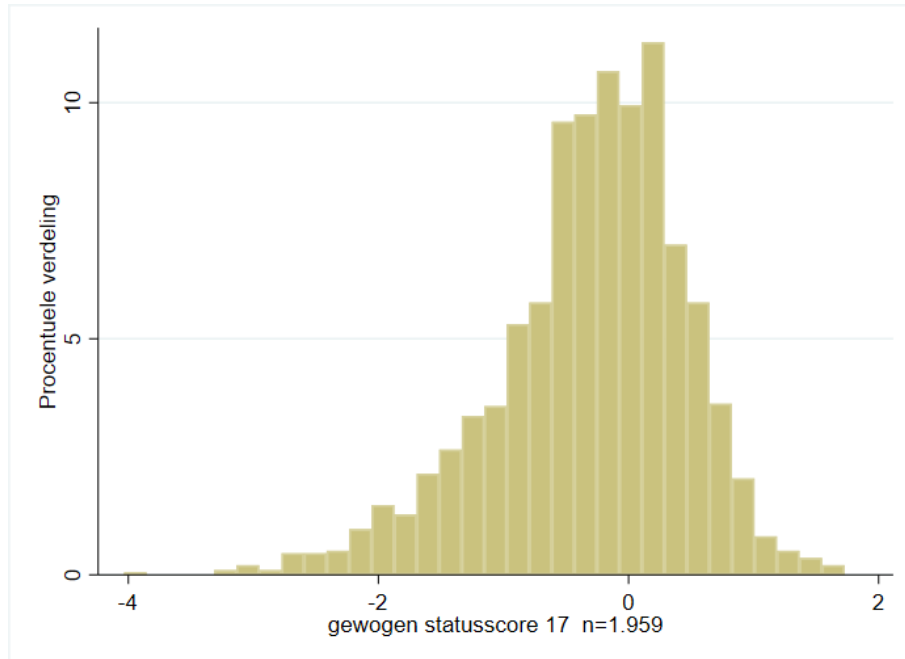


### 5.7.2 Statusscore

Het Sociaal Cultureel Planbureau (SCP) berekende tot 2017 op viercijferige postcode de statusscore. 2017 is het laatste jaar waarin deze berekening heeft plaatsgevonden. Deze scores geven aan hoe de sociale status van een postcode is in vergelijking met andere postcodes in Nederland. De statusscores zijn gebaseerd op de volgende kenmerken: het gemiddelde inkomen in een wijk, het percentage mensen met een laag inkomen, het percentage laag opgeleiden en het percentage mensen dat niet werkt. Deze kenmerken worden samengevat in één samengesteld kenmerk: de statusscore. Dit getal geeft de sociale status van een wijk weer: hoe hoger de score, hoe hoger de status van de wijk. Gemiddeld is de statusscore 0. In het onderzoek nemen we de gewogen statusscore mee, die bepaald is op basis van het gewogen gemiddelde van de woonlocaties waar personen uit een organisatie oorspronkelijk vandaan komen (als een cliënt zorg uit een intramuraal pakket ontvangt, dan geldt de vorige locatie; als een cliënt zorg via een VPT ontvangt, dan geldt de huidige locatie). Het gewogen locatiegemiddelde in onze analyse betreft -0.31, terwijl het gemiddelde over alle postcodes 0 is. De onderzoekspopulatie heeft gemiddeld genomen een lagere statusscore dan landelijk gemiddeld.



Figuur 22 Gemiddeld gewogen statusscore 2017



### 5.7.3 Financiële indicatoren

De liquiditeit, de rentabiliteit en de solvabiliteit worden als percentage gerapporteerd. Wanneer de indicatoren gekoppeld zijn aan de verpleeghuizen in de andere bestanden hebben we de volgende aantallen observaties en verdeling van de drie financiële indicatoren:

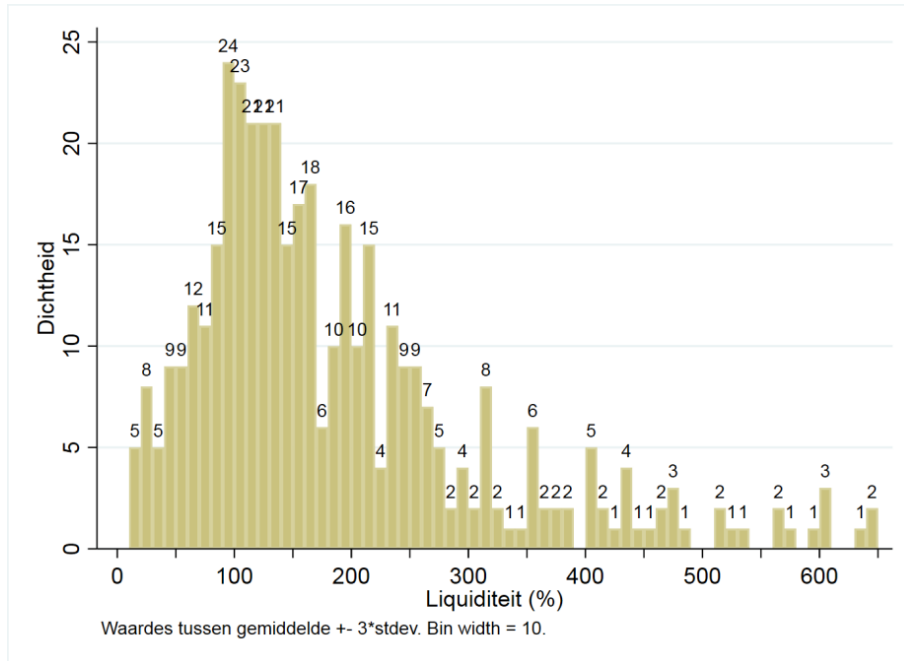
Tabel 12 Beschrijvende statistieken financiële indicatoren

Variabele	Observaties	Waarvan uit 2017	Gemiddelde	Standaard deviatie	Minimum	Maximum
<b>Liquiditeit</b>	409	397	196,786	151,019	11,8	1026,8
<b>Rentabiliteit</b>	410	398	3,202	12,642	-122,5	63,0
<b>Solvabiliteit</b>	410	398	37,538	33,880	-457,8	93,5

Wat opvalt is dat de verdelingen van elk van deze drie variabelen vrij scheef is: de standaarddeviaties zijn groot ten opzichte van de gemiddelde waarden. Op basis van de standaarddeviaties zien we de scheve verdeling van de waarden. Gezien enkele extreme waarden presenteren we ook de verdelingsgrafieken, met de verdeling van elke variabele rond het gemiddelde en plus/min driemaal de standaarddeviatie.

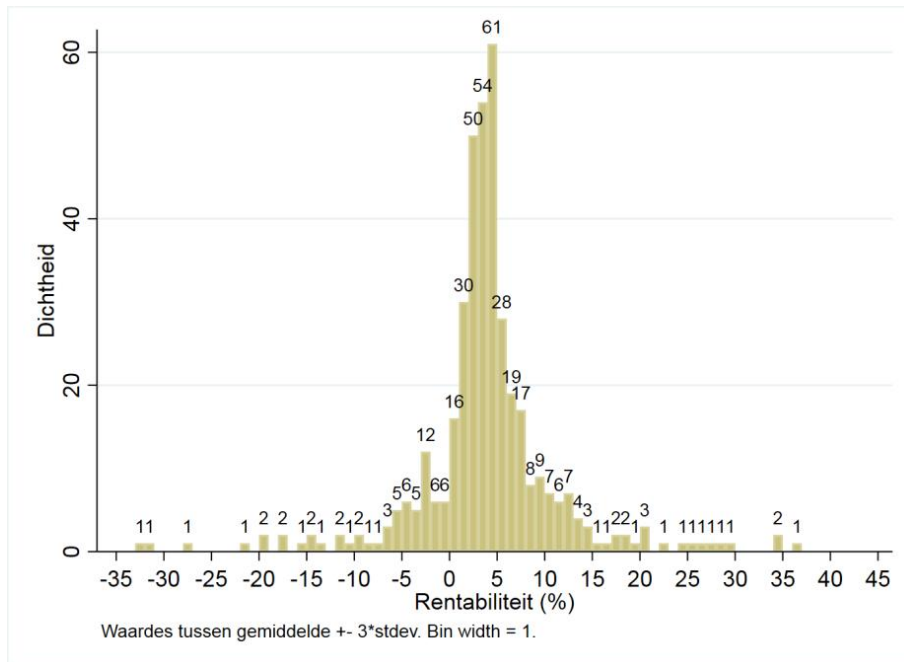
We presenteren de verdeling van liquiditeit in Figuur 23. Er zijn geen negatieve waarden wat in lijn is met de definitie van de variabele. Een waarde boven de 100 betekent dat een onderneming de kortlopende verplichtingen kan betalen vanuit de liquide middelen en kortlopende vorderingen.

Figuur 23: Verdeling van liquiditeit



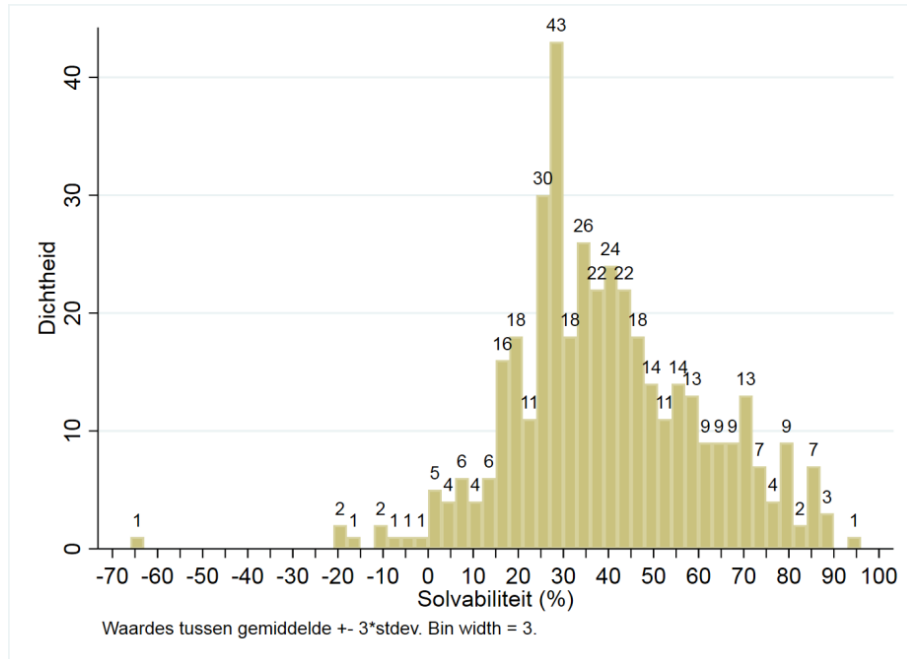
In Figuur 24 presenteren we de verdeling van rentabiliteit. Hier komen wel negatieve waarden voor, wat betekent dat sommige verpleeghuizen (forse) verliezen kennen.

Figuur 24: Verdeling van rentabiliteit



Tot slot is de verdeling van solvabiliteit te zien in Figuur 25. Ook hier komen negatieve waarden voor, wat betekent dat sommige verpleeghuizen een (fors) negatief eigen vermogen hebben.

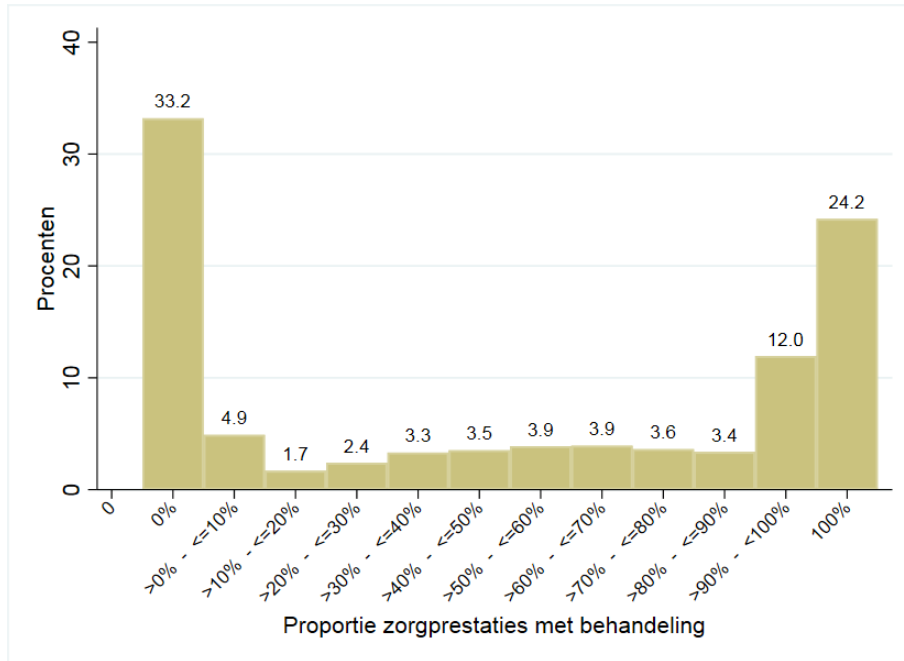
Figuur 25: Verdeling van solvabiliteit



### 5.7.4 Zorgprestaties met behandeling

De zorgprestaties die een verpleeghuis aanbiedt kunnen met of zonder behandeling plaatsvinden. Zo kan de ZZP 4 VV Beschut wonen met intensieve begeleiding en uitgebreide verzorging' uitgevoerd worden met of zonder een behandeling. Voor beide geldt een apart NZa-maximumtarief. In Figuur 26 is de verdeling weergegeven van het aandeel van de zorgprestaties met behandeling op vestigingsniveau. Het merendeel van de vestigingen heeft enkel zorgprestaties zonder behandelcomponent (32,2%) of juist enkel zorgprestaties met een behandelcomponent (24,2%).

Figuur 26 Proportie zorgprestaties met behandeling (vestiging)



## 6 Resultaten

In dit hoofdstuk presenteren we de resultaten van de analyses naar de invloed van concentratiemaatstaven op kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid. Eerst presenteren we de bevindingen vanuit de gesprekken met de stakeholders. Vervolgens presenteren we de resultaten van de analyses. De analyses zijn uitgevoerd op het niveau van de afzonderlijke vestigingen van organisaties. Het startpunt van de analyses is het conceptueel model. Van een aantal concepten is er geen of onvolledige informatie beschikbaar. Om die reden zijn de financiële situatie en de beschikbaarheid van het personeel in een gebied respectievelijk deels of niet opgenomen in de modelschattingen.

### 6.1 Bevindingen gesprekken stakeholders

In deze paragraaf beschrijven we de bevindingen van de gesprekken met stakeholders. De uitkomsten van de gesprekken geven we weer aan de hand van de belangrijkste onderwerpen die in de gesprekken genoemd zijn. De gesprekken zijn gevoerd ter ondersteuning van de analyses en de interpretatie van de resultaten.

#### Keuze

In de gesprekken zijn we ingegaan op de manier waarop ouderen een verpleeghuis kiezen en welke mogelijkheden er bestaan om daadwerkelijk te kunnen kiezen. Voor de ACM is het cliëntkeuzeperspectief op de zorgverleningsmarkt belangrijke informatie.

Volgens patiëntorganisaties en bestuurders van verpleeghuizen zijn de belangrijkste factoren voor de keuze voor een verpleeghuis nabijheid en beschikbaarheid. Ouderen vinden het belangrijk om zo lang mogelijk regie te houden over hun eigen leven. Een aantal verpleeghuizen en patiëntorganisaties geeft aan dat ouderen relatief laat nadenken over de keuze, vaak pas als opname in het verpleeghuis bijna zo ver is. Sommige verpleeghuizen geven aan dat hun visie op de wijze waarop zij met hun cliënten omgaan een belangrijke reden is voor ouderen om hun verpleeghuis te kiezen.

De patiëntorganisaties zien dat het niet makkelijk is om op dit moment een goed passend verpleeghuis te vinden. Informatie die patiënten belangrijk vinden is niet altijd beschikbaar. Een deel van de (kwaliteits)informatie die wel beschikbaar is, is lastig te interpreteren. Zo zegt de signatuur van een verpleeghuis die nog niets over de wijze waarop de signatuur onderdeel is van de geleverde zorg. Eén van de patiëntorganisaties geeft aan dat het goed zou zijn als een oudere als proef kan meelopen in een verpleeghuis, voordat hij of zij daar daadwerkelijk gaat wonen of dat ouderen uit de buurt aan activiteiten in een verpleeghuis kunnen meedoen, zodat zij alvast de sfeer kunnen proeven. Het aantal verpleeghuizen waaruit men kan kiezen is volgens patiëntorganisaties niet het belangrijkste. Belangrijker is de variëteit tussen de verpleeghuizen en verpleeghuislocaties en of het verpleeghuis de zorg kan bieden volgens de wensen van de cliënt.

Bestuurders van verpleeghuizen zien dat door de lange wachtlijsten primair de vraag waar er plaats is in een deel van de gevallen de doorslag geeft, vooral als de opname acuut is. Verpleeghuizen geven aan dat de belangrijkste reden om uiteindelijk opgenomen te worden een acute zorgvraag betreft. Ook mond tot mond reclame is belangrijk bij de keuze; de bestuurders van verpleeghuizen die we hebben

gesproken doen verder niet veel aan reclame behalve via hun website. Ook al worden de meeste cliënten niet in een locatie van hun voorkeur geplaatst, toch zien de verpleeghuizen na plaatsing bijna geen doorverhuizing.

### **Kwaliteit**

In de gevoerde gesprekken wordt de introductie van het kwaliteitskader als belangrijk kantelpunt benoemd voor de kwaliteit van verpleeghuiszorg.

Kwaliteit van zorg heeft vele dimensies en kan dan ook op verschillende manieren gemeten worden, bijvoorbeeld door cliënttevredenheidsonderzoek, een-op-een gesprekken of door meer kwantitatieve normen zoals de kwaliteitsindicatoren verzameld en beschikbaar gesteld door het Zorginstituut. Zorgkantoren, verpleeghuizen en patiëntorganisaties geven aan dat kwaliteit niet volledig te vatten is in de bestaande indicatoren die worden verzameld en gepubliceerd. Het primair beoordelen van kwaliteit aan de hand van normatief beschikbare informatie doet af aan de wijze waarop de cliënt kwaliteit ervaart. De beschikbare indicatoren zijn vooral normen waaraan de zorg minimaal moet voldoen en kunnen stuurinformatie geven voor het management van een verpleeghuis om de kwaliteit diepgaander te onderzoeken. Patiëntorganisaties zien deze indicatoren ook meer als een uitgangspunt en kennen meer waarde toe aan cliënttevredenheidsonderzoek om de kwaliteit van een verpleeghuis te bepalen. Waarbij het belang van de verhalende manier van kwaliteit wordt benoemd.

De zorgkantoren geven aan dat de kwaliteit in het algemeen al goed is. Als het zorgkantoor de kwaliteit van een verpleeghuis echter toch onvoldoende vindt, dan wordt eerst geprobeerd dit te verbeteren door middel van een dialoog, zoals het informeren over kwaliteit van zorg en uitwisselen van best practices. Als ultiem middel kan het gevolgen hebben voor de zorginkoop door bijvoorbeeld niet te contracteren, maar dit vindt in de praktijk eigenlijk niet plaats. Deels komt dit doordat het zorgkantoor afhankelijk is van het verpleeghuis, maar ook omdat volgens hen de zorg er niet beter van wordt.

Verpleeghuizen geven aan dat zij streven om te voldoen aan het kwaliteitskader, waarbij er volgens hen door te voldoen aan het kwaliteitskader de verschillen in kwaliteit zullen verdwijnen. Zij leveren zorg aan ouderen en ontvangen hiervoor financiering van de zorgkantoren. Deze zorg moet voldoen aan de kwaliteit volgens het kwaliteitskaders, waarbij de kwaliteit deels gevangen wordt door de beschikbare indicatoren. Verpleeghuizen geven aan dat zij meer vrijheid willen om te experimenteren met kwaliteit. Afwijking van gestelde normen kan juist leiden tot beter welzijn van de cliënt. Ook geven zij aan dat kwaliteit van leven gezien vanuit het perspectief van de cliënt meer centraal zou moeten staan, in plaats van focus op procesmatige normen. Daarnaast zijn er wachtlijsten waardoor ouderen al lang blij zijn dat ze een plekje hebben. Verpleeghuizen geven aan dat er van het bestaan van een wachtlijst geen negatieve prikkel op de kwaliteit uitgaat. Het kwaliteitskader, de intrinsieke motivatie van het personeel en reputatierisico bij ondermaatse kwaliteit zorgen ervoor dat de verpleeghuizen zorg van goede kwaliteit leveren.

### **Toegankelijkheid**

De zorgkantoren en de toezichthouders noemen dat door de toenemende wachtlijstproblematiek de aandacht de laatste jaren verschuift van kwaliteit naar toegankelijkheid. In sommige gebieden is het voor zorgkantoren lastig te bepalen of dit een capaciteitsprobleem is, of dat het vooral ligt aan een slechte aansluiting van verschillende vormen van zorg. Met name de vraag naar hoog specialistische psychogeriatrische zorg neemt sterk toe. Zowel de verpleeghuizen als de patiëntorganisaties geven aan dat door de 'aanschaffing' van de verzorgingstehuizen de capaciteit mogelijk teveel is afgebouwd.

Verpleeghuizen geven aan dat ondanks de patiëntvolgende inkoop van zorgkantoren de verpleeghuizen niet zomaar het risico nemen om de afspraak met het zorgkantoor te overschrijden. Macrokaders zijn het startpunt bij het bepalen van budgetten. De NZa bekijkt gedurende het jaar of het beschikbaar gestelde budget volstaat, waaruit eventueel een ophoging van het budget kan volgen. De praktijk laat zien dat de budgetten de afgelopen jaren omhoog zijn bijgesteld. Een zorgorganisatie bevestigt daarbij dat de fysieke belemmeringen om uit te breiden (vastgoed, grond) een grotere rol spelen bij de onzekerheid om uit te breiden dan het budget van het zorgkantoor, in combinatie met de moeite om goed personeel te werven. Voor nieuwe toetreders spelen in aanvulling daarop niet zozeer de drempels vanwege de WTZi toelating, maar eerder het voldoen aan de voorwaarden van het zorgkantoor voor het verkrijgen van een contract. Er wordt ook aangegeven dat nieuwe toetreders zich in het bijzonder richten op de 'lichte' vormen van zorg in combinatie met en een hoger geprijsd vastgoedconcept.

Een van de patiëntorganisaties geeft aan dat de wachttijd niet altijd iets zegt over de beschikbaarheid van een plek in een verpleeghuis. De wachtlijstinformatie wordt gepubliceerd per locatie of organisatie, maar niet per type zorg of aandoening. Op deze manier zijn eventuele knelpunten niet eenvoudig uit de beschikbare informatie af te lezen. Het kan dus voorkomen dat een oudere vlakbij een verpleeghuis van voorkeur woont, zonder een wachtlijst, maar dat door de specifieke zorgvraag deze oudere toch ergens verder weg wordt geplaatst. Bij de nieuwe wachtlijst registratie is de hoop dat knelpunten beter geïdentificeerd kunnen worden.

Een aantal verpleeghuizen geeft aan dat zij door de wachtlijsten verzekerd zijn van cliënten en aangezien capaciteitsuitbreiding lastig is en risico's met zich meebrengt, zij geen prikkel hebben om de prijs te verlagen of de kwaliteit te verhogen om zo meer cliënten aan te trekken.

### **Betaalbaarheid**

De zorgkantoren geven aan dat prijs een ondergeschikte rol speelt bij de inkoop. De verpleeghuizen noemen ook dat de prijzen van zorg in de meeste zorgkantoorregio's vast staan. Alleen in uitzonderlijke situaties waarin de patiëntenpopulatie of de context waarin de zorg geleverd wordt sterk afwijkt, zijn maatwerk tarief afspraken mogelijk. Het tarief is een maximumtarief dat gebaseerd is op de kostendistributie. Dat kan ervoor zorgen dat het tarief voor een deel van de aanbieders niet kostendekkend is. Wel vindt er onderhandeling plaats over het kwaliteitsbudget. Een verpleeghuis moet aan voorwaarden voldoen om hiervoor in aanmerking te komen.

Volgens de verpleeghuizen is een hogere kwaliteit op dit moment niet terug te zien in een hogere prijs. In het huidige systeem ontvangt een zorgaanbieder aanvullende financiering bij het leveren van extra zorg, maar er wordt niet gekeken naar de relatieve kwaliteit. Hierdoor ontbreekt een prikkel om de beste kwaliteit voor de beste prijs te leveren. Bij het Volledig Pakket Thuis is er meer variatie in de vergoede prijs en daar kan in het algemeen ook een hogere korting worden bedongen.

In de toekomst zal de bekostiging van verpleeghuiszorg mogelijk gaan veranderen. De NZa ontwikkelt op dit moment een nieuwe methode van financieren (integrale bekostiging) waarin meer prikkels zitten om doelmatige zorg te leveren.

### **Innovaties**

Verpleeghuizen geven aan dat toekomstige innovaties voornamelijk gericht zouden moeten zijn op een besparing van de inzet van personeel of het ondersteunen van zo lang mogelijk thuis wonen. Veel innovaties zijn op dit moment gericht op het verbeteren van kwaliteit van leven. De landelijke richtlijn is

dat het grootste deel van de extra kwaliteitsmiddelen (85%) nu naar meer personeel gaat. Het overige deel bestaat uit investeringen in arbeidsbesparende technologie.

### **Samenwerking**

Zowel de verpleeghuizen als de patiëntorganisaties noemen regionale samenwerking in de keten als belangrijk factor om de huidige uitdagingen als personeelstekort en een toenemende vraag door de vergrijzing aan te gaan. Als organisaties in de keten meer samenwerken om te komen tot de juiste zorg op de juiste plek kan dit volgens verpleeghuizen leiden tot verbetering van de kwaliteit en het verkorten van de wachtlijsten. Verschillende soorten samenwerking worden genoemd. Zo denken patiëntorganisaties aan samenwerking tussen verpleeghuizen en gemeenten om te zorgen dat verpleeghuizen een belangrijkere rol in de buurt krijgen. Verpleeghuizen noemen samenwerking in de keten zoals samenwerking met ziekenhuizen (om verkeerde bed problematiek tegen te gaan) of met eerstelijnsverblijf en geriatrische revalidatiezorg. Ook noemen zij samenwerking tussen verpleeghuizen onderling bijvoorbeeld op het gebied van ICT en om vormen van gespecialiseerde zorg aan te bieden.

## **6.2 Kwaliteit**

In dit onderdeel geven we een beschrijving van de resultaten van de analyses naar de samenhang tussen concentratiemaatstaven en kwaliteit. Als meetinstrument voor de ervaren kwaliteit hebben we de aanbevelingsscore gebruikt. Als zorginhoudelijke uitkomstindicatoren hebben we de aanwezigheid van decubitus (doorligwonden) gebruikt en de inzet van vrijheidsbeperkende maatregelen. Naast uitkomstkwaliteit, hebben we ook geanalyseerd in hoeverre er samenhang is tussen concentratiemaatstaven en de mate waarin het proces rondom kwaliteit is georganiseerd. Als meetinstrumenten voor de proces-kwaliteit gebruiken we de mate waarin er afspraken over het levenseinde worden gemaakt, of het gesprek over decubitus wordt gevoerd op de afdeling en een gecombineerde indicator ten aanzien van het medicatiebeleid.

### **6.2.1 Uitkomstindicatoren**

#### **Aanbevelingsscore**

In Tabel 13 zijn de coëfficiënten van de fractionele logit regressie weergegeven. De analyses zijn uitgevoerd op het niveau van de vestigingen, de standaardfouten zijn geclusterd op het niveau van de onderneming. Ook zijn er zorgkantoor specifieke intercepts gebruikt. De aanbevelingsscore (NPS-score) meet het aandeel cliënten dat de vestiging van het verpleeghuis aanbeveelt. De score is op twee verschillende manieren verzameld, zie voor aanvullende informatie de beschrijvende statistieken in sectie 5.4. Bij elke vestiging is de ervaringsscore volgens één van de methodes beschikbaar.

Uit de analyses volgt dat er geen aantoonbaar verband is tussen de concentratiemaatstaven en de ervaringsscore. Het aantal alternatieven, het marktaandeel, de concentratiegraad of de mate van marktmacht hebben geen relatie met de hoogte van de NPS-score van een vestiging. Verder laten de resultaten van de modelschattingen zien dat de wijze waarop de ervaringsscore wordt verzameld, een sterke invloed heeft op de hoogte van de score: de variabele 'Bron aanbevelingsscore: Zorgkaart NL' heeft de waarde van 1.58 en is significant. Er is een zeer beperkte relatie van de procesindicatoren en ervaren kwaliteit. We zien alleen een positief verband bij één van de categorieën van medicatiebeleid (Altijd bespreken van medicatiefouten, maar niet bij alle cliënten een medicatiereview op 10% niveau bij het model met HHI) ten opzichte van de referentiecategorie, niet altijd bespreken van medicatiefouten en niet bij alle cliënten een medicatiereview. Wel is er een relatie tussen



structuurindicatoren en de ervaringscore. Een hoger aandeel personeel niet in loondienst of een hoger ziekteverzuim hangt samen met een lagere ervaringscore. Een mogelijke verklaring is dat cliënten behoefte hebben aan vaste gezichten. Als we naar de samenhang tussen de aanbevelingscore met toegankelijkheid kijken, dan zien we een positieve relatie met het aandeel wenswachtenden. Als er meer wenswachtenden zijn, dan leidt dit tot meer tevredenheid. Mogelijk heeft dit te maken met de omgekeerde oorzakelijkheid (wat we terugzien bij de analyses over toegankelijkheid) dat ouderen zich eerder op de wachlijst zetten bij een organisatie waar ouderen tevredener over zijn. Van de omgevingsfactoren doet de statusscore ertoe, organisaties met ouderen uit gebieden met een hoge statusscore hebben een hogere aanbevelingscore.

**Tabel 13 Coëfficiënten fractionele logit regressie aanbevelingscore**

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
Fascia count		0.002 (0.016)				
Marktaandeel			-0.109 (0.404)			
HHI				-0.737 (0.694)		
Inverse LOCI					0.065 (0.282)	
WTP						-0.113 (0.585)
Bron aanbevelingscore: Zorgkaart NL	1.578*** (0.137)	1.578*** (0.138)	1.579*** (0.137)	1.583*** (0.138)	1.576*** (0.137)	1.579*** (0.137)
% afspraken levenseinde	-0.004 (0.005)	-0.004 (0.005)	-0.004 (0.005)	-0.005 (0.005)	-0.004 (0.005)	-0.004 (0.005)
Medicatieveiligheid = 2, categorie 2	0.281 (0.279)	0.282 (0.279)	0.287 (0.278)	0.317 (0.279)	0.281 (0.279)	0.284 (0.274)
Medicatieveiligheid = 3, categorie 3	0.343 (0.210)	0.344 (0.212)	0.344 (0.210)	0.356+ (0.211)	0.342 (0.210)	0.345 (0.210)
Medicatieveiligheid = 4, categorie 4	0.258 (0.214)	0.259 (0.215)	0.262 (0.211)	0.277 (0.212)	0.255 (0.213)	0.261 (0.214)
Aantal FTE per client	0.441 (0.338)	0.438 (0.338)	0.436 (0.340)	0.439 (0.340)	0.447 (0.339)	0.435 (0.340)
% personeel niet in loondienst	-0.026*** (0.007)	-0.026*** (0.007)	-0.026*** (0.007)	-0.026*** (0.007)	-0.026*** (0.007)	-0.026*** (0.007)
% ziekteverzuim	-0.081** (0.029)	-0.081** (0.029)	-0.081** (0.029)	-0.082** (0.029)	-0.081** (0.029)	-0.082** (0.029)
% actief wachtenden	-6.209 (9.054)	-6.147 (9.044)	-6.207 (9.081)	-6.471 (9.052)	-6.186 (9.020)	-6.207 (9.074)
% wenswachtenden	2.177** (0.759)	2.181** (0.757)	2.189** (0.764)	2.206** (0.764)	2.158** (0.745)	2.193** (0.751)
Aantal in zorg / 10	-0.001 (0.003)	-0.001 (0.003)	-0.001 (0.003)	-0.001 (0.003)	-0.001 (0.003)	-0.001 (0.003)
Statusscore	0.312* (0.141)	0.312* (0.142)	0.314* (0.142)	0.316* (0.142)	0.311* (0.142)	0.314* (0.142)
Omgevingsadressendichtheid	0.000 (0.000)	0.000 (0.000)	0.000 (0.000)	-0.000 (0.000)	0.000 (0.000)	0.000 (0.000)

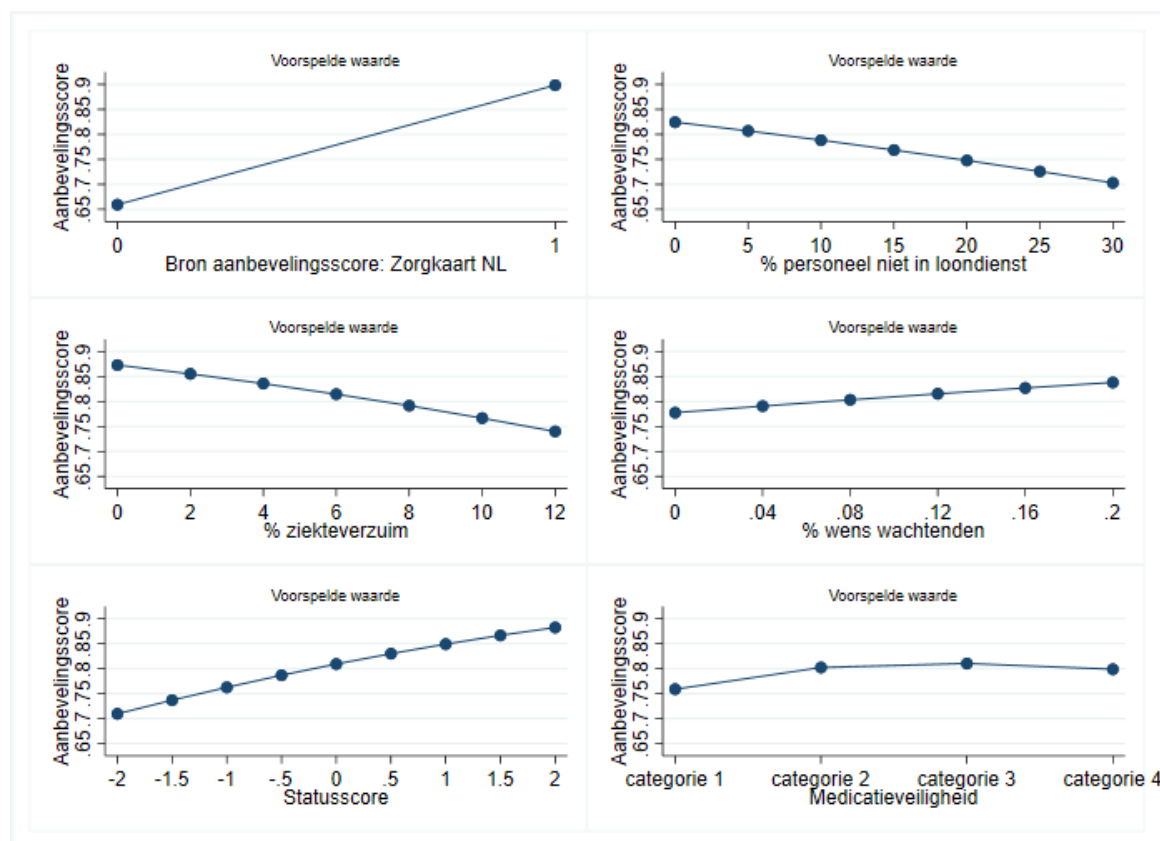
Constante	1.057 (0.996)	1.060 (0.997)	1.100 (1.040)	1.303 (1.065)	0.952 (1.172)	1.207 (1.367)
Pseudo R <sup>2</sup>	0.1070	0.1070	0.1070	0.1074	0.1070	0.1070
Aantal observaties	708	708	708	708	708	708

Robuuste standaardfouten (tussen haakjes) zijn geclusterd op ondernemingsniveau. Elke regressie bevat zorgkantoor-specifieke intercepts.

+ significant op 10%; \* op 5%; \*\* op 1%; \*\*\* op 0.1%.

In Figuur 27 zijn de voorspelde waarden van de significante kenmerken opgenomen, ter illustratie van de grootte van de samenhang. Bij de indicator met de meetmethode zien we een groot verschil in de hoogte van de aanbevelingsscore. Als de aanbevelingsscore wordt verzameld via Zorgkaart Nederland, dan is de score ruim 20 procentpunten hoger. Als we het percentage PNIL bekijken, dan is de aanbevelingsscore 1 procentpunt hoger bij organisaties die 0% PNIL hebben, ten opzichte van organisaties met 5% PNIL. Verpleeghuizen met 0% ziekteverzuim hebben een aanbevelingsscore van 0,87 verpleeghuizen met een ziekteverzuim van 2% 0,85. Heeft het verpleeghuis echter een ziekteverzuim van 10%, dan is de aanbevelingsscore slechts van 0,76. Bij de wenswachtenden is het effect beperkt. Verpleeghuizen met een percentage wenswachtenden van 4% hebben een aanbevelingsscore die 0,02 procentpunt hoger is vergeleken met organisaties met 8% wachtenden. Bij de statusscore zien we een verschil van 18 procentpunten tussen de aanbevelingsscore van verpleeghuizen afhankelijk van de hoogte van de statusscore. Bij het medicatiebeleid is het significante verschil tussen categorie 3 en categorie 1 vanuit de regressie zichtbaar in de figuur.

Figuur 27 Voorspelde waarde significante kenmerken model met aanbevelingsscore



Een aantal indicatoren waarvan we op basis van het conceptuele model wel een relatie verwachten met uitkomstkwaliteit zijn niet opgenomen in bovenstaande modelschattingen, omdat er een groot aantal vestigingen bestaat waarvan de informatie niet beschikbaar is. Het gaat om de procesindicator 'bespreken van decubitus' en de financiële indicatoren. Bij opname van de procesindicator 'bespreken van decubitus' is een positieve relatie waarneembaar met de aanbevelingsscore, al zien we bij dit model enige verschuiving in de hoogte (niet de richting en het significantieniveau) van de coëfficiënten van de andere opgenomen kenmerken en de coëfficiënt van de indicator ziekteverzuim is in deze specificatie niet langer significant. Deze bevinding zegt daarmee vooral iets over de beperkte set van vestigingen waarvoor de procesindicatoren beschikbaar zijn. Als we de financiële indicatoren opnemen, zien we door de sub-selectie van vestigingen ook een verschuiving van coëfficiënten van andere kenmerken. Van de financiële indicatoren draagt alleen de liquiditeit bij. We rapporteren deze bevindingen niet, aangezien ze vooral iets zeggen over de beperktere set van vestigingen.

Als aanvullende gevoeligheidsanalyse hebben we gekeken of de regressieresultaten verschillen als we de modelresultaten van de vestigingen afzonderlijk bekijken per meetmethode van de aanbevelingsscore (zie hiervoor 8.4). In het algemeen valt op dat de coëfficiënten bij de subselectie van vestigingen met een aanbevelingsscore van ZorgkaartNL niet langer significant zijn (met uitzondering van de inzet FTE per cliënt, die juist wel invloed heeft bij deze selectie van vestigingen). Dit heeft onder andere te maken met de beperktere variatie van de score van ZorgkaartNL.

#### **Decubitus**

Als zorginhoudelijke uitkomstkwaliteitsindicator is het percentage decubitus gebruikt. We toetsen de samenhang met concentratiemaatstaven. We verwachten dat vestigingen met relatief veel zware patiënten een hoger aandeel decubitus hebben. We interpreteren de resultaten met voorzichtigheid, omdat we geen aanvullende correctie voor zorgzwaarte kunnen uitvoeren. De analyses zijn uitgevoerd op het niveau van de vestigingen, de standaardfouten zijn geclusterd op het niveau van de onderneming en er zijn zorgkantoor specifieke intercepts opgenomen. In Tabel 14 zien we dat er geen relatie is tussen de concentratiemaatstaven en doorligwonden. Bij de procesindicatoren zien we dat als er vaker afspraken over het levenseinde worden vastgelegd, er een hoger aandeel decubitus is. Een mogelijke verklaring hiervoor kan omgekeerde causaliteit zijn: als er zwaardere cliënten zijn worden er meer afspraken gemaakt. We zien geen relatie van de structuurindicatoren en de aanwezigheid van doorligwonden.

Tabel 14 Coëfficiënten fractionele logistische regressie percentage decubitus

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
Fascia count		-0.001 (0.015)				
Marktaandeel			-0.018 (0.307)			
HHI				0.714 (0.546)		
Inverse LOCI					-0.006 (0.239)	
WTP						0.149 (0.459)
% afspraken levenseinde	0.015*** (0.004)	0.015*** (0.004)	0.015*** (0.004)	0.016*** (0.004)	0.015*** (0.004)	0.016*** (0.004)
Medicatieveiligheid = 2, categorie 2	0.063 (0.215)	0.062 (0.214)	0.063 (0.214)	0.034 (0.216)	0.063 (0.215)	0.060 (0.215)
Medicatieveiligheid = 3, categorie 3	0.272 (0.175)	0.272 (0.175)	0.272 (0.175)	0.257 (0.172)	0.272 (0.175)	0.269 (0.175)
Medicatieveiligheid = 4, categorie 4	0.150 (0.193)	0.149 (0.192)	0.150 (0.193)	0.131 (0.189)	0.150 (0.193)	0.146 (0.193)
Aantal FTE per client	-0.244 (0.309)	-0.243 (0.308)	-0.244 (0.309)	-0.246 (0.311)	-0.244 (0.310)	-0.237 (0.309)
% personeel niet in loondienst	-0.006 (0.011)	-0.006 (0.011)	-0.006 (0.011)	-0.006 (0.011)	-0.006 (0.011)	-0.006 (0.011)
% ziekteverzuim	0.040 (0.032)	0.040 (0.032)	0.040 (0.032)	0.041 (0.031)	0.040 (0.032)	0.041 (0.032)
% actief wachtenden	1.255 (8.191)	1.248 (8.179)	1.242 (8.221)	1.689 (8.302)	1.255 (8.193)	1.219 (8.199)
% wens wachtenden	-0.981 (0.619)	-0.982 (0.616)	-0.981 (0.619)	-0.992 (0.606)	-0.980 (0.616)	-0.995 (0.619)
Aantal in zorg / 10	0.002 (0.003)	0.002 (0.003)	0.002 (0.003)	0.002 (0.003)	0.002 (0.003)	0.002 (0.003)
Statusscore	0.027 (0.097)	0.027 (0.097)	0.027 (0.097)	0.033 (0.096)	0.027 (0.097)	0.025 (0.096)
Omgevingsadressendichtheid	0.000 (0.000)	0.000 (0.000)	0.000 (0.000)	0.000 (0.000)	0.000 (0.000)	0.000 (0.000)
Constante	-4.937*** (0.662)	-4.937*** (0.661)	-4.930*** (0.675)	-5.155*** (0.668)	-4.928*** (0.737)	-5.135*** (0.845)
Pseudo R <sup>2</sup>	0.0147	0.0147	0.0147	0.0150	0.0147	0.0147
Aantal observaties	724	724	724	724	724	724

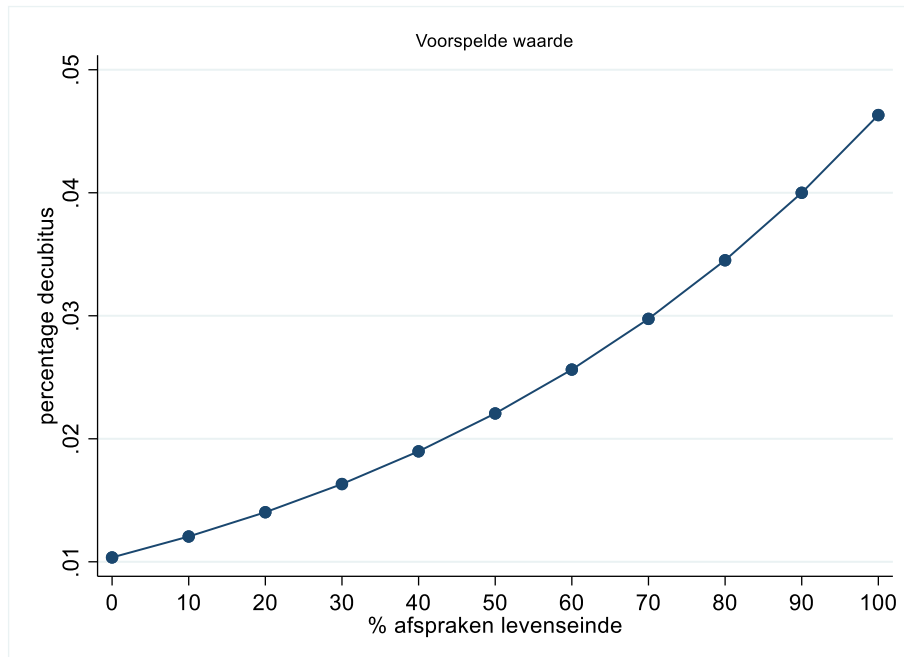
Robuuste standaardfouten (tussen haakjes) zijn geclusterd op ondernemingsniveau. Elke regressie bevat zorgkantoor-specifieke intercepts.

+ significant op 10%; \* op 5%; \*\* op 1%; \*\*\* op 0.1%.

Ter verduidelijking is in Figuur 28 de voorspelde waarde van het significante kenmerk afspraken levenseinde opgenomen. Bij verpleeghuizen waar in alle gevallen afspraken over het levenseinde

worden vastgelegd, is het aandeel decubitus 0.047, terwijl het 0.01 is als er nooit afspraken over het levenseinde worden gemaakt.

Figuur 28 Voorspelde waarde significante coëfficiënt decubitus



Net als bij de ervaringsscore is ook bij deze modelschatting de procesindicator 'bespreken decubitus' niet opgenomen, gezien de daling van het aantal observaties. Uit deze modelschattingen zien we dat 'Bespreken decubitus' geen samenhang heeft met het percentage decubitus. De financiële indicatoren zijn ook in dit model niet meegenomen. Bij opname van de financiële indicatoren in de analyse, verlagen we het aantal vestigingen onderdeel van de modelschatting verder en bovendien zien we bij de beperkte set van vestigingen geen significant verband.

### Vrijheidsbeperkende maatregelen

In Tabel 15 zijn de resultaten van de OLS modelschatting van de gecombineerde uitkomstindicator vrijheidsbeperkende maatregelen weergegeven, zie voor een aanvullende toelichting de beschrijvende statistieken sectie 5.4. De analyses zijn uitgevoerd op het niveau van de vestigingen, de standaardfouten zijn geclusterd op het niveau van de onderneming. Alleen bij de marktmacht indicator WTP, zien we in een situatie met meer marktmacht dat er bij een lager aandeel van de cliënten vrijheidsbeperkende maatregelen wordt toegepast. Dit is tegengesteld dan we op basis van de hypothese verwachten. Daarnaast zien we dat bij vestigingen waar vaker afspraken over het levenseinde worden gemaakt, er in meer gevallen vrijheidsbeperkende maatregelen worden toegepast. Dit is tegengesteld dan we op basis van de hypothesen zouden verwachten. Ten opzichte van organisaties die het medicatiebeleid wel op orde hebben (categorie 4 ten opzichte van categorie 1), passen organisaties die het niet op orde hebben, minder vaak vrijheidsbeperkende maatregelen toe (significantie op 10%). Van de structuurkenmerken zien we alleen bij ziekteverzuim een negatieve relatie met vrijheidsbeperkende maatregelen (10% significantieniveau): een hoger ziekteverzuim gaat samen met minder vrijheidsbeperkende maatregelen. Daarnaast zien we dat grotere organisaties bij een hoger aandeel van de cliënten vrijheidsbeperkende maatregelen toepassen.

Tabel 15 Coëfficiënten OLS regressie vrijheidsbeperkende maatregelen

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
Fascia count		-0.007 (0.004)				
Marktaandeel			-0.023 (0.095)			
HHI				0.019 (0.170)		
Inverse LOCI					-0.152 (0.093)	
WTP						-0.304* (0.152)
% afspraken levenseinde	0.005*** (0.001)	0.005*** (0.001)	0.005*** (0.001)	0.005*** (0.001)	0.005*** (0.001)	0.005*** (0.001)
Medicatieveiligheid = 2, categorie 2	-0.010 (0.105)	-0.014 (0.106)	-0.010 (0.105)	-0.010 (0.105)	-0.012 (0.104)	-0.008 (0.103)
Medicatieveiligheid = 3, categorie 3	-0.097 (0.084)	-0.099 (0.085)	-0.097 (0.084)	-0.097 (0.083)	-0.093 (0.083)	-0.092 (0.083)
Medicatieveiligheid = 4, categorie 4	-0.145+ (0.081)	-0.149+ (0.082)	-0.144+ (0.081)	-0.145+ (0.081)	-0.139+ (0.080)	-0.138+ (0.081)
Aantal FTE per client	-0.076 (0.136)	-0.071 (0.136)	-0.076 (0.136)	-0.076 (0.137)	-0.090 (0.136)	-0.093 (0.136)
% personeel niet in loondienst	0.002 (0.003)	0.002 (0.003)	0.002 (0.003)	0.002 (0.003)	0.002 (0.003)	0.002 (0.003)
% ziekteverzuim	-0.025+ (0.013)	-0.025+ (0.013)	-0.025+ (0.013)	-0.025+ (0.013)	-0.026* (0.013)	-0.027* (0.013)
% actief wachtenden	-4.364 (2.895)	-4.502 (2.902)	-4.376 (2.888)	-4.352 (2.903)	-4.465 (2.883)	-4.395 (2.890)
% wens wachtenden	0.311 (0.313)	0.292 (0.304)	0.313 (0.313)	0.311 (0.313)	0.341 (0.319)	0.340 (0.321)
Aantal in zorg / 10	0.004*** (0.001)	0.004*** (0.001)	0.004*** (0.001)	0.004*** (0.001)	0.005*** (0.001)	0.005*** (0.001)
Statusscore	0.023 (0.038)	0.022 (0.038)	0.023 (0.038)	0.022 (0.038)	0.025 (0.038)	0.028 (0.038)
Omgevingsadressendichtheid	-0.000 (0.000)	0.000 (0.000)	-0.000 (0.000)	-0.000 (0.000)	-0.000 (0.000)	-0.000 (0.000)
Constante	-0.273 (0.215)	-0.278 (0.216)	-0.264 (0.218)	-0.279 (0.219)	-0.030 (0.266)	0.131 (0.299)
R <sup>2</sup>	0.140	0.143	0.140	0.140	0.144	0.144
Aantal observaties	747	747	747	747	747	747

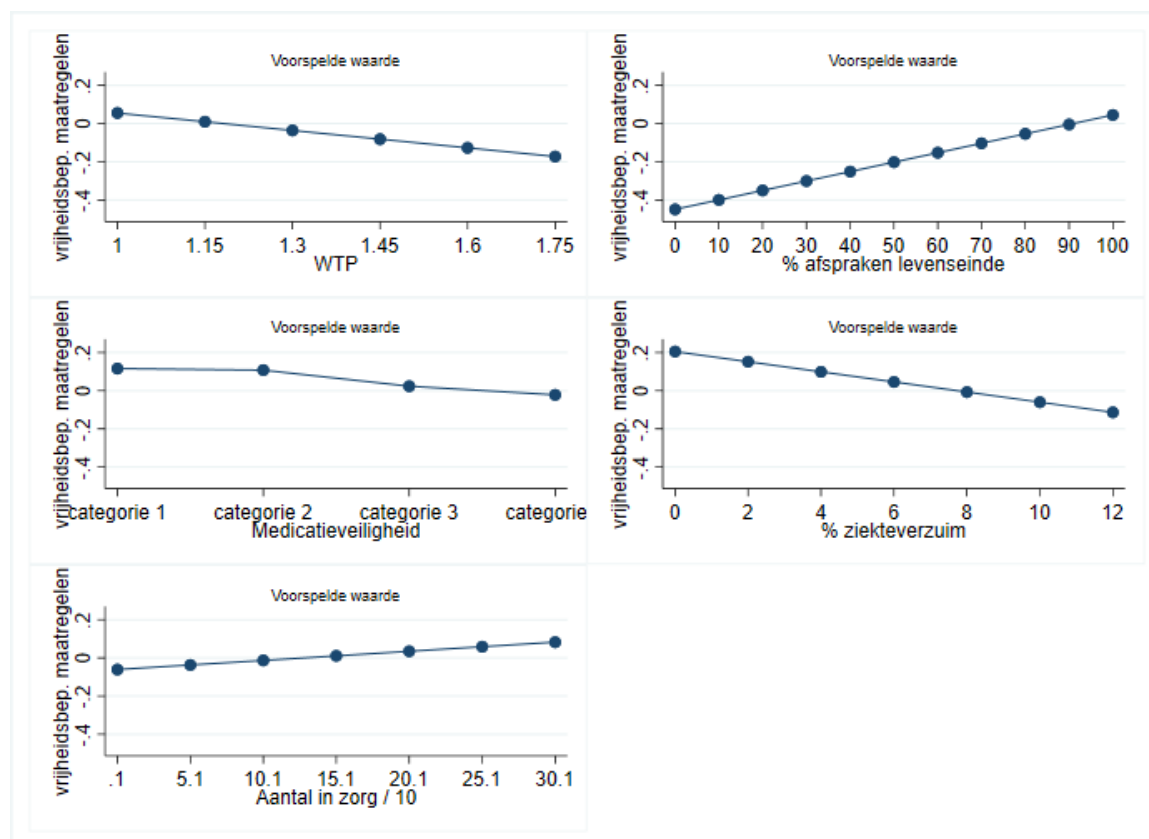
Robuuste standaardfouten (tussen haakjes) zijn geclusterd op ondernemingsniveau. Elke regressie bevat zorgkantoor-specifieke intercepts.

+ significant op 10%; \* op 5%; \*\* op 1%; \*\*\* op 0.1%.

Ter verduidelijking zijn in Figuur 29 de voorspelde waarden van de significante kenmerken opgenomen. Bij een WTP van 1 zien we een gemiddelde z-score van nagenoeg 0. Bij een WTP van 1,75 zien we dat er minder vrijheidsbeperkende maatregelen worden toegepast (z-score van -0,2).

Daarnaast ter illustratie het verband met vrijheidsbep. maatregelen en ziekteverzuim: bij een ziekteverzuimpercentage van 4% zien we een gemiddelde z-score van 0,10. Bij een ziekteverzuimpercentage van 10% is de gemiddelde z-score -0,05.

**Figuur 29 Voorspelde waarde significante kenmerken vrijheidsbep. maatregelen**



Ook bij dit model hebben we, in tegenstelling tot het conceptuele model, de financiële indicatoren niet opgenomen gezien het verlies van observaties. Op de kleinere subset zien we geen relatie tussen de financiële indicatoren en de vrijheidsbep. maatregelen. Wel zien we dat bij de kleinere subset de WTP en het percentage ziekteverzuim niet langer significant zijn. Als we kijken naar het toevoegen van bespreken decubitus dan is de WTP alleen nog significant op 10%. Verder is het ziekteverzuim niet langer significant.

## 6.2.2 Procesindicatoren

### Afspraken levenseinde

In Tabel 16 zijn de resultaten van de fractionele logistische modelschatting van de procesindicator afspraken levenseinde opgenomen, ook wel 'Advanced care planning' genoemd. De indicator meet bij welk aandeel van de cliënten in de vestiging er afspraken over het levenseinde in het zorgdossier zijn vastgelegd. De analyses zijn uitgevoerd op het niveau van de vestigingen, de standaardfouten zijn geclusterd op het niveau van de onderneming. De inverse LOCI en de WTP (10% significantieniveau) hebben een negatieve relatie met het aandeel afspraken gemaakt over het levenseinde. Bij meer concentratie, worden er minder vaak afspraken over het levenseinde gemaakt. Vestigingen met een hoger ziekteverzuim, leggen afspraken omtrent het levenseinde minder vaak vast (10%

significantieniveau). Daarnaast hebben grotere vestigingen het proces omtrent afspraken over het levenseinde bij relatief meer cliënten georganiseerd, net als vestigingen met cliënten uit gebieden met een hogere statusscore.

**Tabel 16 Coëfficiënten fractionele logistische regressie afspraken levenseinde**

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
Fascia count		0.039 (0.024)				
Marktaandeel			-0.422 (0.594)			
HHI				-0.491 (1.105)		
Inverse LOCI					-1.098* (0.481)	
WTP						-1.642+ (0.938)
Aantal FTE per client	-0.887 (0.752)	-0.935 (0.756)	-0.904 (0.741)	-0.895 (0.747)	-0.973 (0.745)	-0.959 (0.743)
% personeel niet in loondienst	0.011 (0.023)	0.010 (0.023)	0.011 (0.023)	0.011 (0.023)	0.011 (0.023)	0.011 (0.023)
% ziekteverzuim	-0.097+ (0.059)	-0.102+ (0.058)	-0.097+ (0.059)	-0.098+ (0.059)	-0.110+ (0.059)	-0.107+ (0.059)
% actief wachtenden	3.806 (11.460)	3.085 (11.489)	3.480 (11.560)	3.591 (11.550)	2.530 (11.509)	2.913 (11.480)
% wens wachtenden	1.394 (1.873)	1.504 (1.856)	1.424 (1.866)	1.406 (1.862)	1.621 (1.926)	1.512 (1.873)
Aantal in zorg / 10	0.032*** (0.009)	0.031*** (0.009)	0.034*** (0.008)	0.032*** (0.008)	0.038*** (0.008)	0.036*** (0.008)
Statusscore	0.371* (0.165)	0.400* (0.164)	0.389* (0.166)	0.379* (0.165)	0.411* (0.169)	0.412* (0.170)
Omgevingsadressendichtheid	0.000 (0.000)	-0.000 (0.000)	-0.000 (0.000)	-0.000 (0.000)	-0.000 (0.000)	-0.000 (0.000)
Constante	3.800*** (1.075)	3.893*** (1.069)	3.956*** (1.073)	3.954*** (1.073)	5.537*** (1.305)	5.963*** (1.649)
Pseudo R <sup>2</sup>	0.0858	0.0872	0.0862	0.0860	0.0905	0.0885
Aantal observaties	917	917	917	917	917	917

Robuuste standaardfouten (tussen haakjes) zijn geclusterd op ondernemingsniveau. Elke regressie bevat zorgkantoor-specifieke intercepts.

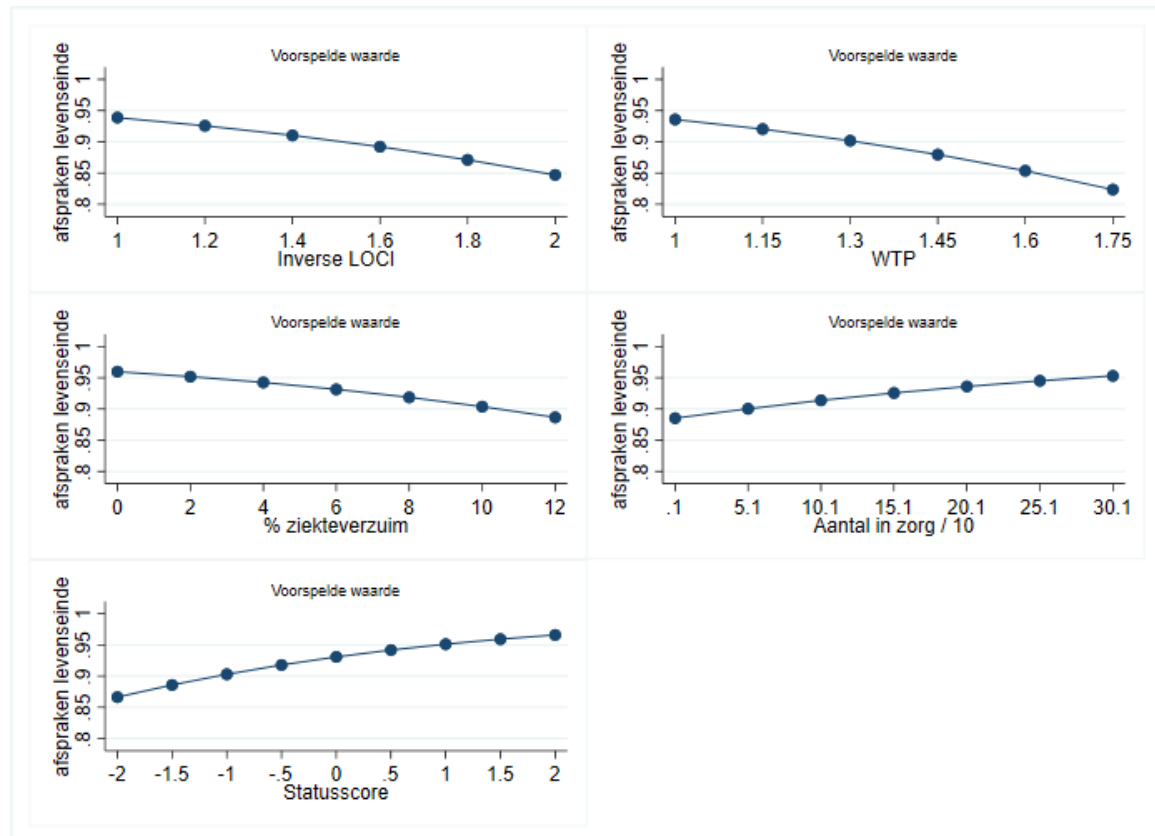
+ significant op 10%; \* op 5%; \*\* op 1%; \*\*\* op 0.1%.

In Figuur 30 zijn de voorspelde waarden van de significante variabelen weergegeven. Bij een hoge WTP of inverse LOCI is het de verwachting dat bij ongeveer 85% van de gevallen afspraken over het levenseinde worden gemaakt. Bij een lage inverse LOCI of WTP is het de verwachting dat in 94% van de gevallen afspraken over het levenseinde worden gemaakt. Het is de verwachting dat verpleeghuizen met 10% ziekteverzuim gemiddeld genomen bij 90% van de cliënten afspraken maken over het levenseinde, terwijl verpleeghuizen met 2% ziekteverzuim dit bij 95% van de cliënten doen. Grote locaties met 300 cliënten hebben naar verwachting bij 95% van de cliënten afspraken over het



levenseinde gemaakt, ten opzichte van 88% van de cliënten als de locatie 10 cliënten heeft. Bij een relatief hoge statusscore van 2 worden naar verwachting in 95% van de gevallen afspraken over het levenseinde gemaakt, ten opzichte van 86% als de statusscore sterk onder gemiddeld is.

Figuur 30 voorspelde waarden afspraken levenseinde significante kenmerken



De financiële indicatoren zijn ook bij deze modelschatting niet opgenomen, omdat het bij de modelschatting het aantal observaties verkleint. Als we uitgaan van een model op basis van de subset van vestigingen waarvan de financiële indicatoren beschikbaar zijn en een model waarin de financiële indicatoren zijn opgenomen, dan verschuiven de resultaten enigszins. Van de concentratiemaatstaven wordt ook de Fascia count op de kleinere subset significant. De coëfficiënt van het percentage ziekteverzuim is niet langer significant, terwijl het coëfficiënt van het percentage PNIL wel significant wordt bij de meeste gehanteerde modellen (deels op 10%). Net als de coëfficiënt van de indicatoren inzet FTE, die op 10% significant wordt bij de indicatoren inverse LOCI en WTP. Van de financiële indicatoren solvabiliteit, liquiditeit en rentabiliteit is alleen rentabiliteit significant (positief).

### Bespreken decubitus

In Tabel 17 zijn de resultaten van de fractionele logit regressie van de procesindicator 'bespreken decubitus' opgenomen. Deze indicator meet het aandeel van de afdelingen van een vestiging waar er gesproken wordt over decubitus gevallen. De analyses zijn uitgevoerd op het niveau van de vestigingen, de standaardfouten zijn geclusterd op het niveau van de onderneming. Bij de concentratiemaatstaven zien we alleen dat de Fascia count een positieve relatie heeft met 'bespreken decubitus'. De richting sluit aan bij wat we verwachtten op basis van de hypothesen. De richting van de andere concentratiemaatstaven sluit ook aan bij wat we verwachtten, maar de effecten zijn niet

significant. Bij de structuurindicatoren zien we dat het percentage ziekteverzuim een negatieve relatie heeft met het bespreken van decubitus: bij vestigingen met een relatief hoog ziekteverzuim worden minder vaak decubitus casussen besproken. Er is ook enige samenhang (alleen bij model 1, 2 en 4 op 10% significantieniveau) met het aandeel decubitus en de mate waarin er over decubitus wordt gesproken. Vestigingen met meer doorligwonden voeren vaker het gesprek hierover. Vestigingen met ouderen die afkomstig zijn uit gebieden met een hogere statusscore, voeren minder vaak het gesprek over decubitus. Ook vestigingen met ouderen uit stedelijke gebieden voeren minder vaak het gesprek over decubitus.

Tabel 17 Coëfficiënten fractionele logit regressie 'bespreken decubitus'

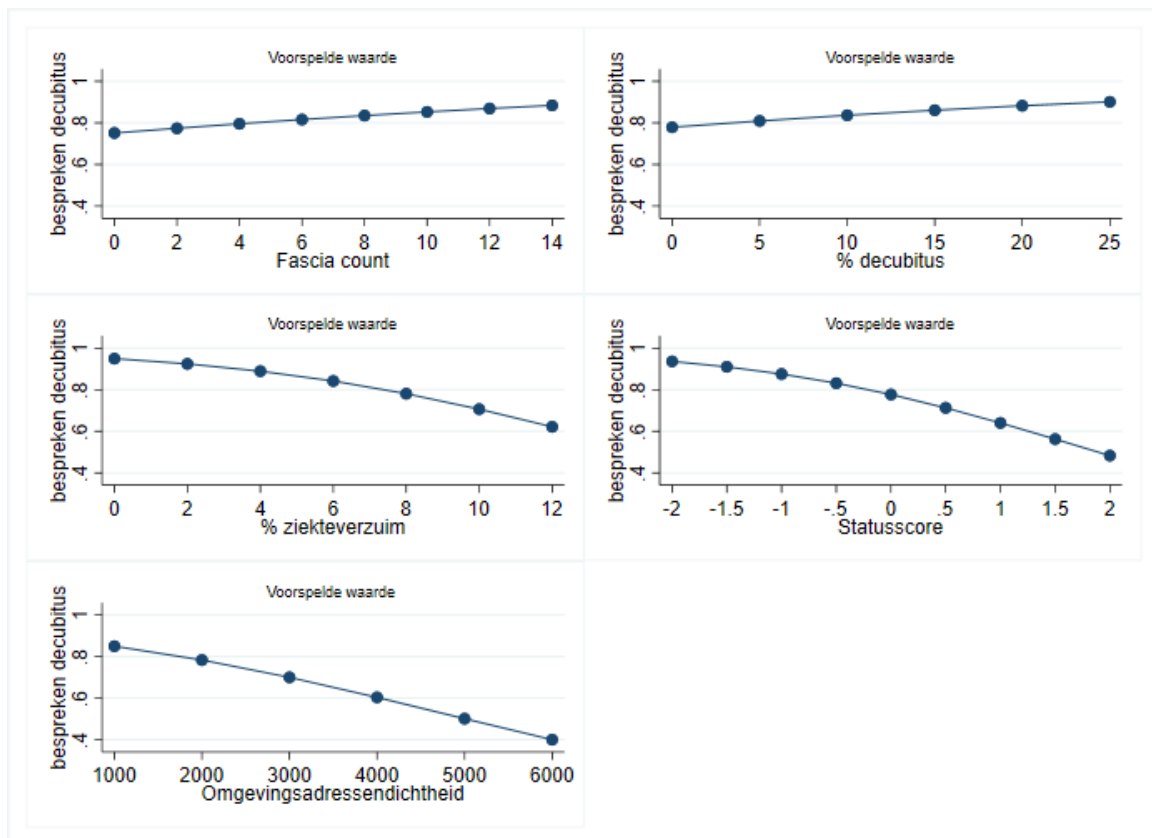
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
Fascia count		0.073* (0.036)				
Marktaandeel			-0.754 (0.878)			
HHI				-1.288 (1.323)		
Inverse LOCI					-0.537 (0.518)	
WTP						-0.968 (1.033)
% decubitus	0.044+ (0.027)	0.047+ (0.027)	0.043 (0.026)	0.044+ (0.027)	0.043 (0.027)	0.043 (0.027)
Aantal FTE per client	-0.028 (0.860)	-0.123 (0.891)	-0.055 (0.859)	-0.038 (0.861)	-0.085 (0.861)	-0.085 (0.859)
% personeel niet in loondienst	0.011 (0.022)	0.009 (0.022)	0.011 (0.022)	0.010 (0.022)	0.010 (0.022)	0.010 (0.022)
% ziekteverzuim	-0.226* (0.094)	-0.235* (0.095)	-0.226* (0.095)	-0.228* (0.095)	-0.230* (0.095)	-0.230* (0.095)
% actief wachtenden	1.957 (15.024)	1.429 (14.952)	1.046 (14.830)	0.836 (14.863)	1.618 (15.074)	1.848 (15.035)
% wens wachtenden	1.155 (1.878)	1.293 (1.793)	1.083 (1.853)	1.163 (1.859)	1.229 (1.876)	1.197 (1.864)
Aantal in zorg / 10	0.004 (0.007)	0.004 (0.007)	0.007 (0.007)	0.005 (0.007)	0.007 (0.007)	0.006 (0.007)
Statusscore	-0.785** (0.248)	-0.793** (0.245)	-0.785** (0.247)	-0.799** (0.246)	-0.782** (0.248)	-0.772** (0.248)
Omgevingsadressendichtheid	-0.000* (0.000)	-0.001** (0.000)	-0.001* (0.000)	-0.001** (0.000)	-0.000* (0.000)	-0.000* (0.000)
Constante	3.358* (1.417)	3.440* (1.438)	3.614* (1.433)	3.777* (1.500)	4.172* (1.686)	4.608* (2.023)
Pseudo R <sup>2</sup>	0.1281	0.1340	0.1295	0.1296	0.1293	0.1293
Aantal observaties	697	697	697	697	697	697

Robuuste standaardfouten (tussen haakjes) zijn geclusterd op ondernemingsniveau. Elke regressie bevat zorgkantoor-specifieke intercepts.

+ significant op 10%; \* op 5%; \*\* op 1%; \*\*\* op 0.1%.

In Figuur 31 zijn ter verduidelijking de voorspelde waarden van de significante kenmerken opgenomen. Verpleeghuizen met 2 alternatieven bespreken naar verwachting ongeveer 80% van de decubitus gevallen. Terwijl verpleeghuizen met 14 concurrenten dit bij 87% van de gevallen doen. Bij een hoog ziekteverzuim van 12% worden naar verwachting maar 63% van de decubitus gevallen besproken. Terwijl bij een ziekteverzuim van 2% dit bij 90% van de gevallen wordt gedaan. Bij een hoge statusscore van 2 is de verwachting dat de helft van de decubitus gevallen wordt besproken, terwijl het de verwachting is dat bij een lage statusscore dit bij nagenoeg alle gevallen plaatsvindt. Verpleeghuizen met cliënten uit dichtbevolkte gebieden bespreken naar verwachting 40% van de decubitus gevallen, terwijl het de verwachting is dat in dunbevolkte gebieden 85% van de gevallen worden besproken.

**Figuur 31 Voorspelde waarden significante kenmerken 'bespreken decubitus'**



Ook bij dit model zijn de financiële indicatoren niet opgenomen, vanwege het verlies van observaties. We hebben modellen geschat voor de subselectie van locaties met financiële informatie zonder en met de financiële indicatoren. Alleen het significantieniveau van de coëfficiënt van het percentage decubitus verandert en is niet langer bij alle modellen significant. Verder is geen van de coëfficiënten van de financiële indicatoren significant.

### Medicatiebeleid

In deze paragraaf presenteren we de resultaten van de modelschattingen van de relatie tussen het medicatiebeleid en de concentratiemaatstaven. Het medicatiebeleid wordt gemeten met twee vragen namelijk het 'percentage besproken medicatiefouten op een afdeling' en het 'percentage

medicatiereview op een afdeling'. Op de basis van de gegevens is een nieuwe variabele gemaakt waarbij een ordening mogelijk is.

- Groep 1: Niet altijd bespreken van medicatiefouten en niet altijd een medicatiereview (<100%, <100%);
- Groep 2: Niet altijd bespreken van medicatiefouten, maar wel altijd een medicatiereview (<100%, 100%) of altijd bespreken van medicatiefouten, maar niet altijd een medicatiereview (100%, <100%)
- Groep 3: altijd bespreken medicatiefouten en medicatiereview (100%, 100%)

Groep 1 is minder goed dan de andere twee groepen en groep 3 is beter dan de andere twee groepen. Groep 2 bevindt zich tussen beide groepen in. Het is niet mogelijk om op voorhand te zeggen dat het niet altijd bespreken van medicatiefouten beter is dan het niet altijd uitvoeren van een medicatiereview en omgekeerd.

In Tabel 18 worden de resultaten van de ordinale logit regressie gepresenteerd. Uit het eerste model, met alleen de controlevariabelen, komt naar voren dat het aantal FTE per cliënt en het percentage actief wachtenden statistisch significante coëfficiënten hebben. Deze coëfficiënten blijven significant na het toevoegen van de concentratie-indicatoren. De kans dat een organisatie zowel 100%medicatiefouten bespreekt en bij 100% van de cliënten een formele medicatiereview plaatsvindt neemt af als het aantal FTE per cliënt toeneemt. Dit is tegengesteld aan de verwachting. Mogelijk werken organisaties met minder fte per cliënt meer met vaste procedures waardoor de review en het bespreken van fouten niet vergeten kan worden. Bij het percentage actief wachtenden zien we een positieve relatie: bij een hoger percentage actief wachtenden worden vaker altijd medicatiefouten besproken en een medicatiereview uitgevoerd.

Van de concentratie-indicatoren hebben alleen het marktaandeel en de wtp (op 10% niveau) een statistisch significant effect. Een groter marktaandeel en een hogere wtp gaan samen met een beter medicatiebeleid.

Tabel 18 regressieresultaten van ordinale logit regressie voor het 'medicatiebeleid'

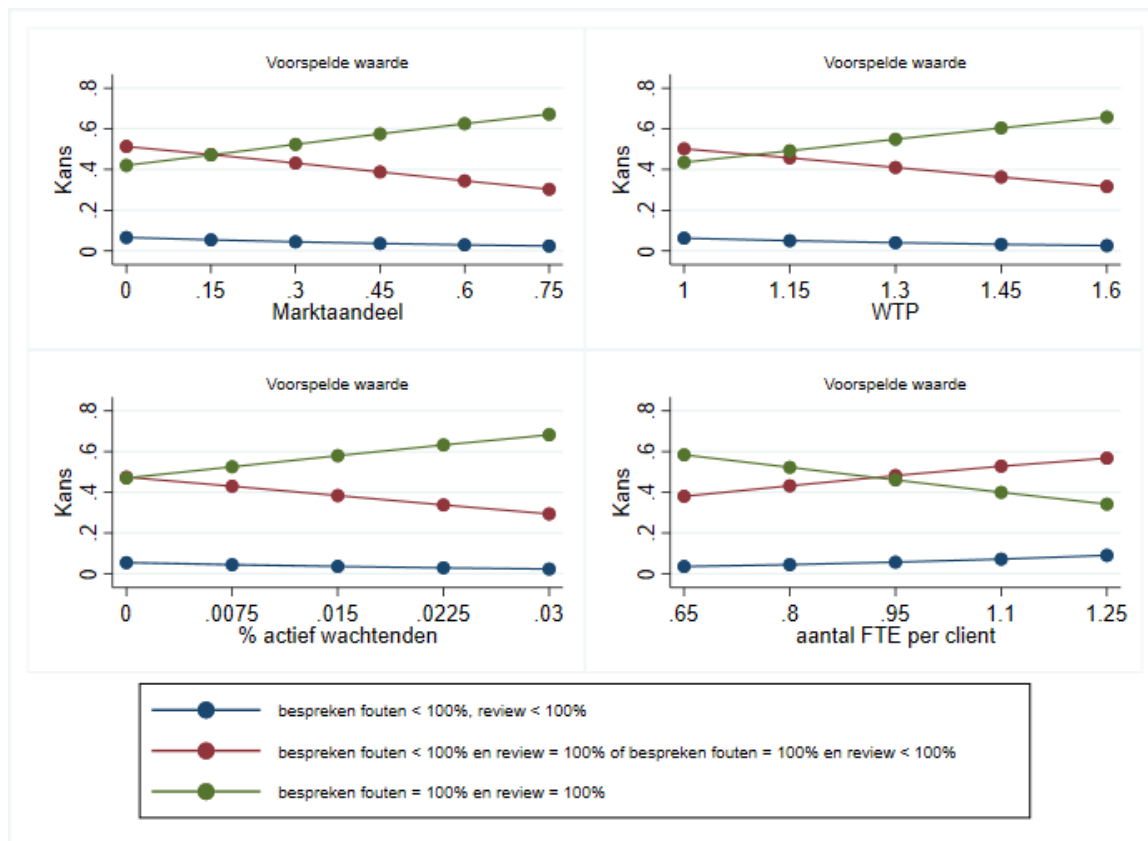
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
Fascia count		-0.039 (0.029)				
Marktaandeel			1.388** (0.673)			
HHI				1.687 (1.147)		
Inverse LOCI					0.754 (0.511)	
WTP						1.518* (0.913)
Aantal FTE per client	-1.681* (0.979)	-1.674* (0.969)	-1.657* (0.979)	-1.696* (0.977)	-1.627* (0.976)	-1.616* (0.976)
% personeel niet in loondienst	0.021 (0.018)	0.022 (0.018)	0.020 (0.017)	0.022 (0.017)	0.021 (0.017)	0.021 (0.017)
% ziekteverzuim	0.023 (0.084)	0.025 (0.084)	0.024 (0.084)	0.025 (0.084)	0.026 (0.084)	0.028 (0.084)
% actief wachtenden	28.423* (16.380)	27.887* (16.586)	29.462* (16.699)	29.517* (16.573)	29.201* (16.507)	28.911* (16.442)
% wens wachtenden	-0.727 (0.971)	-0.853 (0.945)	-0.808 (0.948)	-0.799 (0.968)	-0.876 (0.945)	-0.874 (0.946)
Aantal in zorg / 10	-0.004 (0.007)	-0.003 (0.007)	-0.009 (0.008)	-0.004 (0.007)	-0.007 (0.007)	-0.007 (0.007)
Statusscore	-0.219 (0.246)	-0.222 (0.243)	-0.243 (0.245)	-0.216 (0.242)	-0.226 (0.243)	-0.242 (0.245)
Omgevingsadressendichtheid	-0.000 (0.000)	-0.000 (0.000)	-0.000 (0.000)	-0.000 (0.000)	-0.000 (0.000)	-0.000 (0.000)
/cut1	-2.558 (1.730)	-2.565 (1.719)	-2.113 (1.719)	-2.079 (1.728)	-1.478 (1.801)	-0.645 (1.985)
/cut2	0.397 (1.727)	0.396 (1.713)	0.855 (1.717)	0.884 (1.726)	1.485 (1.801)	2.318 (1.984)
Pseudo R <sup>2</sup>	.0904	.0922	.0947	.0926	.0925	.0929
Aantal observaties	772	772	772	772	772	772

Robuuste standaardfouten (tussen haakjes) zijn geclusterd op ondernemingsniveau. Elke regressie bevat zorgkantoor specifieke intercepts.

+ significant op 10%; \* op 5%; \*\* op 1%; \*\*\* op 0.1%.

In Figuur 32 worden de kansen weergegeven dat een organisatie in een van de drie groepen valt. Zo heeft een organisatie met een marktaandeel van 75% een kans van 67% dat ze in groep 3 valt; 100% van de gevallen medicatiefouten bespreken en een medicatiereview. Een organisatie met 75% marktaandeel heeft een kans van zo'n 2% dat ze in groep 1 valt; dat zowel de fouten als de review minder dan 100% is.

Figuur 32 Voorspelde waarden significante kenmerken ‘medicatiebeleid’



### 6.3 Resultaten toegankelijkheid

In deze paragraaf presenteren we de resultaten van de modelschattingen van de relatie tussen het aantal wenswachtenden en de concentratiemaatstaven. Omdat de afhankelijke variabele, het aantal wenswachtenden, zich kenmerkt als telling maken we gebruik van een negatief binomiaal model. De analyses zijn uitgevoerd op het niveau van de vestigingen, de standaardfouten zijn geclusterd op het niveau van de onderneming, en zijn er zorgkantoor-specifieke intercepts gebruikt.

In Tabel 19 presenteren we de resultaten van de negatief binomiale regressies. In model (1) zijn enkel de achtergrondvariabelen meegenomen en zien we dat dezelfde variabelen significant zijn als wanneer er wel een concentratiemaatstaf wordt meegenomen (uitzondering is omgevingsadressendichtheid die enkel in kolom (1) niet significant is). De concentratiemaatstaven Fascia count, marktaandeel, inverse LOCI en WTP scores zijn significant. Een hogere Fascia count zorgt voor minder wenswachtenden. Een hoger eigen marktaandeel zorgt gemiddeld genomen voor meer wenswachtenden. Ook een hogere inverse LOCI en een hogere WTP zorgen gemiddeld genomen voor meer wenswachtenden. Samenvattend, vier concentratie indicatoren geven aan dat bij minder concentratie er gemiddeld genomen minder wenswachtenden zijn. Ook de insignificant concentratiemaatstaf HHI heeft het verwachte teken. Ten aanzien van de overige opgenomen indicatoren zien we in het algemeen het volgende, waarbij we eerst de significante effecten bespreken. Hoe hoger het percentage cliënten dat de zorgaanbieder aanbeveelt, hoe meer wenswachtenden. Het aantal personen in zorg zorgt voor een kleine maar significante stijging in het aantal wenswachtenden,

maar – aangezien het kwadraat significant negatief is<sup>15</sup> – neemt dit effect later iets af: dit betekent dat verpleeghuizen met meer personen in zorg ook iets meer wenswachtenden op de lijst hebben staan.<sup>16</sup> Een hogere score op vrijheidsbeperkende maatregelen zorgt voor significant minder wenswachtenden in kolommen (1) tot en met (4). Ook een omgeving met hogere adressendichtheid leidt tot meer wenswachtenden. Een betere rentabiliteit zorgt bijzonder genoeg voor minder wenswachtenden, terwijl een betere liquiditeit samenhangt met meer wenswachtenden.

Daarentegen zien we geen significant effect op het aantal wenswachtenden bij de volgende indicatoren: de kwaliteitsbron, het percentage van de afdelingen in een verpleeghuis dat decubitus bespreekt, de sociaal-economische statusscore en solvabiliteit.

---

<sup>15</sup> We hebben eveneens de modellen geschat zonder het kwadraat: dit levert kwalitatief hetzelfde resultaat op.

<sup>16</sup> We hebben eerder aangegeven ook modellen te willen schatten op het percentage wenswachtenden. Dit betekent echter dat je aanneemt dat er een lineair verband is van het aantal in zorg en dat het een één-op-één relatie is. Op basis van de resultaten in Tabel 19 is duidelijk dat dit niet het geval is. Derhalve schatten we geen modellen op percentage wenswachtenden.

Tabel 19 regressieresultaten van negatief binomiaal model voor aantal wenswachtenden

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
Fascia count		-0.021+ (0.012)				
Marktaandeel			0.746*** (0.218)			
HHI				0.574 (0.353)		
Inverse LOCI					0.731*** (0.150)	
WTP						1.321*** (0.296)
% cliënten dat zorgaanbieder aanbeveelt	0.313+ (0.173)	0.315+ (0.174)	0.310+ (0.174)	0.320+ (0.174)	0.301+ (0.169)	0.298+ (0.170)
Bron aanbevelingsscore: Zorgkaart NL	-0.082 (0.075)	-0.091 (0.074)	-0.094 (0.075)	-0.090 (0.074)	-0.084 (0.075)	-0.087 (0.075)
% vrijheidsbeperkende maatregelen	-0.138+ (0.072)	-0.148* (0.071)	-0.130+ (0.069)	-0.138+ (0.071)	-0.104 (0.070)	-0.107 (0.070)
% decubitus	0.001 (0.006)	0.001 (0.006)	0.001 (0.006)	0.000 (0.006)	0.001 (0.006)	0.001 (0.006)
Aantal in zorg /10	0.031*** (0.003)	0.032*** (0.003)	0.026*** (0.004)	0.031*** (0.003)	0.026*** (0.003)	0.026*** (0.003)
Kwadraat van (Aantal in zorg) / 1000	-0.001** (0.000)	-0.001** (0.000)	-0.001* (0.000)	-0.001** (0.000)	-0.001* (0.000)	-0.001* (0.000)
Statusscore	0.102 (0.080)	0.109 (0.079)	0.104 (0.080)	0.107 (0.081)	0.110 (0.080)	0.104 (0.080)
Omgevingsadressendichtheid	0.000 (0.000)	0.000+ (0.000)	0.000* (0.000)	0.000+ (0.000)	0.000** (0.000)	0.000** (0.000)
Rentabiliteit	-0.114* (0.048)	-0.106* (0.048)	-0.104* (0.047)	-0.112* (0.048)	-0.113* (0.048)	-0.112* (0.048)
Liquiditeit	0.105* (0.042)	0.109** (0.042)	0.114** (0.043)	0.109** (0.042)	0.117** (0.043)	0.115** (0.043)
Solvabiliteit	0.038 (0.062)	0.040 (0.062)	0.025 (0.064)	0.037 (0.062)	0.005 (0.062)	0.014 (0.062)
Constante	0.887** (0.276)	0.897*** (0.265)	0.601* (0.276)	0.720* (0.288)	-0.186 (0.338)	-0.766+ (0.445)
Pseudo R <sup>2</sup>	0.0745	0.0756	0.0768	0.0750	0.0785	0.0778
Aantal observaties	746	746	746	746	746	746

Robuuste standaardfouten (tussen haakjes) zijn geclusterd op ondernemingsniveau. Elke regressie bevat zorgkantoor-specifieke intercepts.

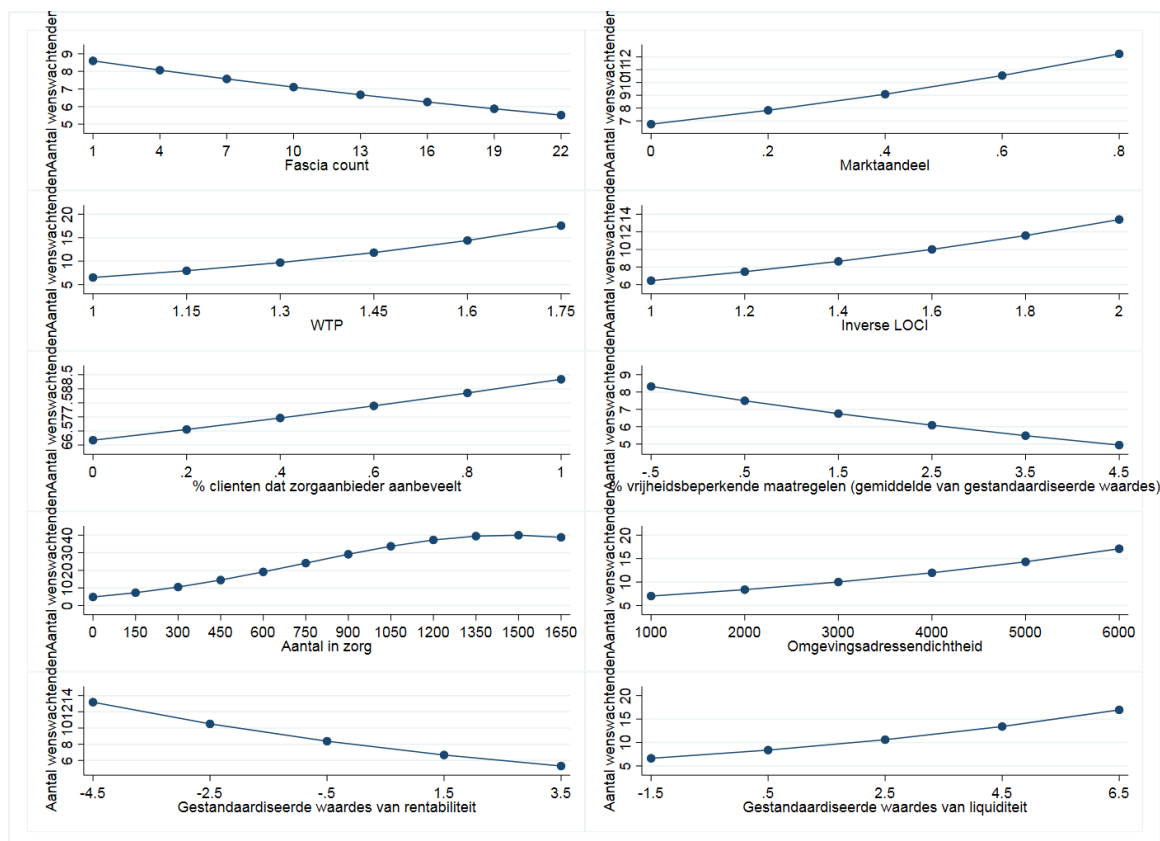
+ significant op 10%; \* op 5%; \*\* op 1%; \*\*\* op 0.1%.

In Figuur 33 laten we de effecten zien van de significante kenmerken in Tabel 19: dit zijn de vier concentratiemaatstaven Fascia count, marktaandeel, WTP en inverse LOCI, en de controlevariabelen percentage cliënten dat de zorgaanbieder aanbeveelt, percentage vrijheidsbeperkende maatregelen,



aantal in zorg, omgevingsadressendichtheid, rentabiliteit en liquiditeit. Deze controlevariabelen zijn significant in elke vergelijking, de grafiek laat het resultaat zien van model (5) inverse LOCI uit Tabel 19. De relatie dat meer concentratie leidt tot minder wenswachtenden is duidelijk te zien. Ook is te zien dat wanneer 10 procentpunt meer cliënten de zorgaanbieder aanbeveelt dit naar verwachting tot een kwart meer wenswachtenden leidt. Grotere verpleeghuizen hebben gemiddeld genomen meer wenswachtenden op hun lijst staan (naar verwachting leidt zo'n 300 extra cliënten tot bijna 10 meer wenswachtenden), en dat dit enkel voor de grootste verpleeghuizen weer iets afneemt. Een omgeving met hogere adressendichtheid leidt tot meer wenswachtenden: duizend meer adressen leidt naar verwachting tot zo'n tweeëneenhalf extra wenswachtenden. Ten slotte, een betere rentabiliteit van een verpleeghuis leidt tot minder wenswachtenden op hun lijst, maar een hogere liquiditeit leidt tot meer wenswachtenden.

Figuur 33 Voorspelde waarde significante kenmerken model toegankelijkheid



Grafieken van controlevariabelen percentage cliënten dat zorgaanbieder aanbeveelt, percentage vrijheidsbepkende maatregelen, aantal in zorg, omgevingsadressendichtheid, en gestandaardiseerde waarden van rentabiliteit en liquiditeit, zijn berekend voor model (5) uit Tabel 19.

## 6.4 Resultaten betaalbaarheid

In deze paragraaf presenteren we de resultaten van de modelschattingen waarin de relatie tussen betaalbaarheid en concentratiemaatstaven wordt gelegd. De afhankelijke variabele is de prijskorting ten opzichte van de gereguleerde NZa maximumprijs die in de onderhandelingen overeen is gekomen  $((\text{NZa maximumprijs} - \text{onderhandelde prijs}) / \text{NZa maximumprijs}) * 100$ . Een hogere waarde van de

afhankelijke variabele komt overeen met een hogere korting en daarmee een lager onderhandelde prijs. De resultaten in Tabel 20 zijn gebaseerd op de eenheid van analyse prestatiecode - vestiging. In deze OLS regressie<sup>17</sup> is gewogen met het aantal declaraties (aantal gedeclareerde dagen). Verder zijn de standaard fouten gecorrigeerd op ondernemingsniveau<sup>18</sup> en gebruiken we zorgkantoor specifieke intercepts. In een uitbreiding van het model worden ook uitkomstkwaliteitsindicatoren toegevoegd (de aanbevelingsscore, het percentage decubitus en het percentage vrijheidsbeperkende maatregelen).

In model 1 van Tabel 20 zijn alleen de controlevariabelen opgenomen. Zowel het percentage actief wachtenden als het percentage wenswachtenden heeft een positief effect op de prijskorting (beide op 10% niveau significant); meer actief- en wenswachtenden gaan samen met een hogere prijskorting. Mogelijk belooft het zorgkantoor vestigingen met korte wachtlijsten met een hogere vergoeding of hanteren ze een lagere prijs voor vestigingen met meer wachtenden, omdat deze een zeer hoge bezettingsgraad hebben (de zorgkantoren hoeven in zo'n geval geen lege capaciteit te financieren). Het effect van wenswachtenden is niet meer significant als de concentratie-indicatoren worden toegevoegd aan de regressie. Als een verpleeghuisvestiging meer prestaties met behandeling uitvoert, dan stijgt de korting. Verder komt naar voren dat bij VPT prestaties een hogere korting wordt bedongen ten opzichte van het NZa-maximum ten opzichte van de intramurale prestaties. In de modellen 2 tot en met 6 zijn de concentratiemaatstaven Fascia count, marktaandeel, HHI, inverse LOCI en WTP toegevoegd. De concentratiemaatstaven hebben de verwachte richting; alleen de inverse LOCI is significant op 10%. De coëfficiënten van de controlevariabelen blijven zo goed als gelijk na toevoeging van de concentratiemaatstaven.

---

<sup>17</sup> De dataset kenmerkt zich door een geneste opzet. De onderhandelde prijs van vestigingen binnen een onderneming zullen waarschijnlijk meer op elkaar lijken dan de onderhandelde prijzen van andere vestigingen. Ook de onderhandelde prijzen van vestigingen binnen een zorgkantoor zullen meer met elkaar gerelateerd zijn dan onderhandelde prijzen tussen vestigingen in verschillende zorgkantoren. De onderhandelde prijs is niet alleen afhankelijk van de vestiging maar ook de onderneming waarvan de vestiging onderdeel is en het zorgkantoor waarin de vestiging actief is. Met deze verwevenheid kan rekening worden gehouden door middel van een multilevel analyse. De multilevel regressies waarbij gewogen wordt voor het aantal declaraties convergeert niet en geeft dus geen oplossing. De multilevel regressies waarbij niet gewogen wordt leveren dezelfde resultaten op als de OLS-regressies. Daarom presenteren we de OLS-resultaten. Tevens hebben we als gevoeligheidsanalyses fractional regressions uitgevoerd (de waarden van de afhankelijke variabele prijskorting vallen binnen het gesloten interval [0 100%]). De resultaten komen in grote lijnen overeen met de OLS-schattingen. We prefereren de OLS resultaten omdat de voorspelde waarden op basis van de OLS regressie niet buiten de grenzen van het interval [0-100%] vallen.

<sup>18</sup> In de meeste gevallen hanteren de individuele vestigingen van een onderneming dezelfde prijs voor een prestatie. Heel soms hanteren de vestigingen verschillende prijzen bijvoorbeeld als de vestigingen van de onderneming in verschillende zorgkantoor gebieden zijn gelocaliseerd. Door de clustering van de standaard fouten op ondernemingsniveau wordt rekening gehouden met de statistische consequenties van deze gelijke prijzen.

Tabel 20 regressieresultaten van prijskorting tov maximum NZa-prijzen

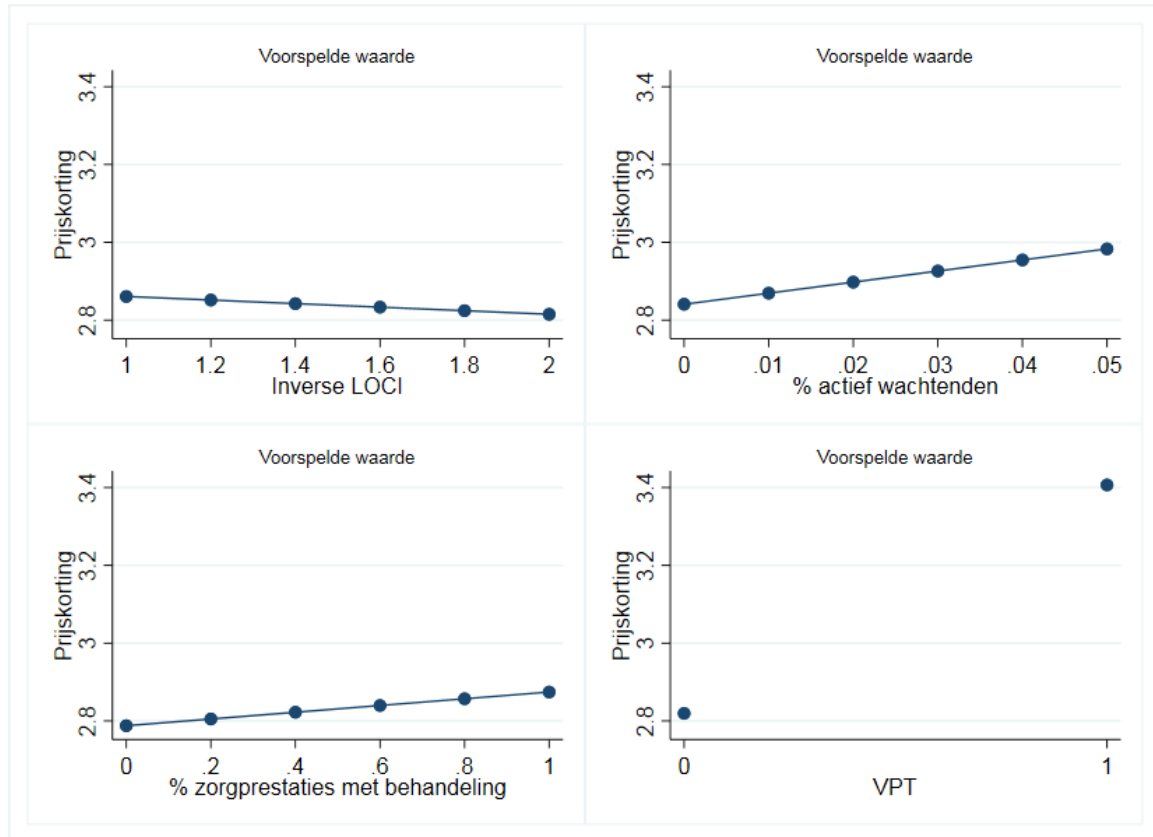
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
Fascia count		0.005 (0.004)				
Marktaandeel			-0.071 (0.053)			
HHI				-0.029 (0.092)		
Inverse LOCI					-0.046+ (0.027)	
WTP						-0.087 (0.058)
% actief wachtenden	2.898+ (1.547)	2.970+ (1.551)	2.872+ (1.544)	2.893+ (1.545)	2.847+ (1.542)	2.855+ (1.541)
% wens wachtenden	0.005+ (0.003)	0.005 (0.003)	0.005 (0.003)	0.005 (0.003)	0.005 (0.003)	0.005 (0.003)
% zorgprestaties met behandeling	0.085*** (0.019)	0.082*** (0.019)	0.091*** (0.020)	0.085*** (0.019)	0.087*** (0.019)	0.087*** (0.019)
Statusscore	0.020 (0.027)	0.021 (0.026)	0.020 (0.027)	0.020 (0.027)	0.020 (0.026)	0.020 (0.027)
Omgevingsadressen- dichtheid	-0.000 (0.000)	-0.000 (0.000)	-0.000 (0.000)	-0.000 (0.000)	-0.000 (0.000)	-0.000 (0.000)
VPT	0.585*** (0.045)	0.582*** (0.046)	0.584*** (0.045)	0.585*** (0.045)	0.587*** (0.045)	0.587*** (0.045)
Constante	2.764*** (0.032)	2.762*** (0.033)	2.789*** (0.035)	2.772*** (0.034)	2.835*** (0.052)	2.876*** (0.080)
R <sup>2</sup>	0.662	0.663	0.663	0.662	0.663	0.663
Aantal observaties	39833941	39833941	39833941	39833941	39833941	39833941

Robuuste standaardfouten (tussen haakjes) zijn geclusterd op ondernemingsniveau. Elke regressie bevat zorgkantoor-specifieke intercepts.

+ significant op 10%; \* op 5%; \*\* op 1%; \*\*\* op 0.1%.

In Figuur 34 zijn de voorspelde waarden weergegeven van veranderingen van de variabelen met een significant effect in Model 5 (inverse LOCI) voor representatieve waarden van deze variabelen. Ter illustratie, een vestiging met 0% actief wachtenden heeft een prijskorting van zo'n 2,84%, een vestiging met 5% actief wachtenden heeft een prijskorting van zo'n 2,98%. Het absolute verschil in prijskorting tussen bovenstaande groepen is gemiddeld genomen zeer beperkt en komt neer op zo'n 30 cent (bij een gewogen gemiddelde maximum prijs van €222). Bij de behandelingsproportie bedraagt het verschil tussen geen van de prestaties met behandelingen en alleen maar prestaties met behandelingen gemiddeld genomen 19 cent. Bij de inverse LOCI bedraagt het verschil zo'n 10 cent (inverse LOCI van 1 ten opzichte van een inverse LOCI van 2). Bij de andere (niet significante) concentratiemaatstaven zijn de effecten nog kleiner en te verwaarlozen. Tot slot, de gemiddelde korting ten opzichte van het NZa-maximum is voor VPT-prestaties ten opzichte van intramurale prestaties groter, zo'n €1,30.

Figuur 34 Voorspelde waarden actief wachtenden, wens wachtenden en behandelingsproportie



Als extra analyse hebben we gekeken in hoeverre de (uitkomst)kwaliteitsindicatoren de prijskorting verklaren. Er dient hierbij rekening te worden gehouden dat door de koppeling van databronnen we observaties verliezen en dat de conclusies dus getrokken worden op basis van alleen de vestigingen waarvan ook kwaliteitsgegevens beschikbaar zijn<sup>19</sup>. In Tabel 21 zijn de resultaten weergegeven. Het percentage actief wachtenden en de proportie prestaties met behandeling hebben een positief effect en zijn significant. Van de kwaliteitsindicatoren gericht op de uitkomst is alleen het percentage decubitus significant op 10%. Vestigingen met een hoger percentage decubitus hebben een hogere prijskorting ten opzichte van het NZa maximum. Van de concentratiemaatstaven zijn de inverse LOCI (1% niveau), de WTP (5% niveau) en het marktaandeel (10% niveau) significant. De Fascia count en de HHI hebben het verwachte teken, maar zijn niet significant.

<sup>19</sup> Het zijn met name de grotere organisaties die kwaliteitsgegevens hebben aangeleverd.

Tabel 21 regressieresultaten van prijskorting tov maximum NZa-prijzen (inclusief output kwaliteit)

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
Fascia count		0.007 (0.005)				
Marktaandeel			-0.112+ (0.060)			
HHI				-0.040 (0.107)		
Inverse LOCI					-0.106** (0.038)	
WTP						-0.184* (0.078)
% cliënten dat zorg- aanbieder aanbeveelt	-0.061 (0.056)	-0.056 (0.055)	-0.057 (0.055)	-0.060 (0.056)	-0.051 (0.055)	-0.055 (0.055)
Bron aanbevelingsscore:	0.029 (0.035)	0.030 (0.035)	0.030 (0.035)	0.030 (0.035)	0.032 (0.035)	0.033 (0.035)
Zorgkaart NL						
% decubitus	0.004+ (0.002)	0.004+ (0.002)	0.004+ (0.002)	0.004+ (0.002)	0.004+ (0.002)	0.004+ (0.002)
% vrijheidsbeperkende maatregelen	-0.012 (0.025)	-0.013 (0.025)	-0.013 (0.025)	-0.011 (0.025)	-0.013 (0.025)	-0.013 (0.025)
% actief wachtenden	5.369*** (1.507)	5.452*** (1.502)	5.318*** (1.505)	5.358*** (1.509)	5.325*** (1.500)	5.354*** (1.496)
% wens wachtenden	0.004 (0.005)	0.003 (0.005)	0.003 (0.005)	0.003 (0.005)	0.002 (0.005)	0.002 (0.005)
% zorgprestaties met behandeling	0.077* (0.031)	0.071* (0.032)	0.087** (0.031)	0.076* (0.031)	0.080** (0.031)	0.081** (0.031)
Statusscore	0.016 (0.036)	0.017 (0.036)	0.015 (0.036)	0.016 (0.036)	0.012 (0.036)	0.014 (0.036)
Omgevingsadressen- dichtheid	-0.000 (0.000)	-0.000 (0.000)	-0.000 (0.000)	-0.000 (0.000)	-0.000 (0.000)	-0.000 (0.000)
VPTt	0.594*** (0.062)	0.594*** (0.062)	0.594*** (0.062)	0.594*** (0.062)	0.600*** (0.062)	0.599*** (0.062)
Constante	2.792*** (0.062)	2.787*** (0.061)	2.830*** (0.068)	2.803*** (0.067)	2.948*** (0.094)	3.021*** (0.128)
R <sup>2</sup>	0.656	0.658	0.657	0.656	0.658	0.658
Aantal observaties	29205437	29205437	29205437	29205437	29205437	29205437

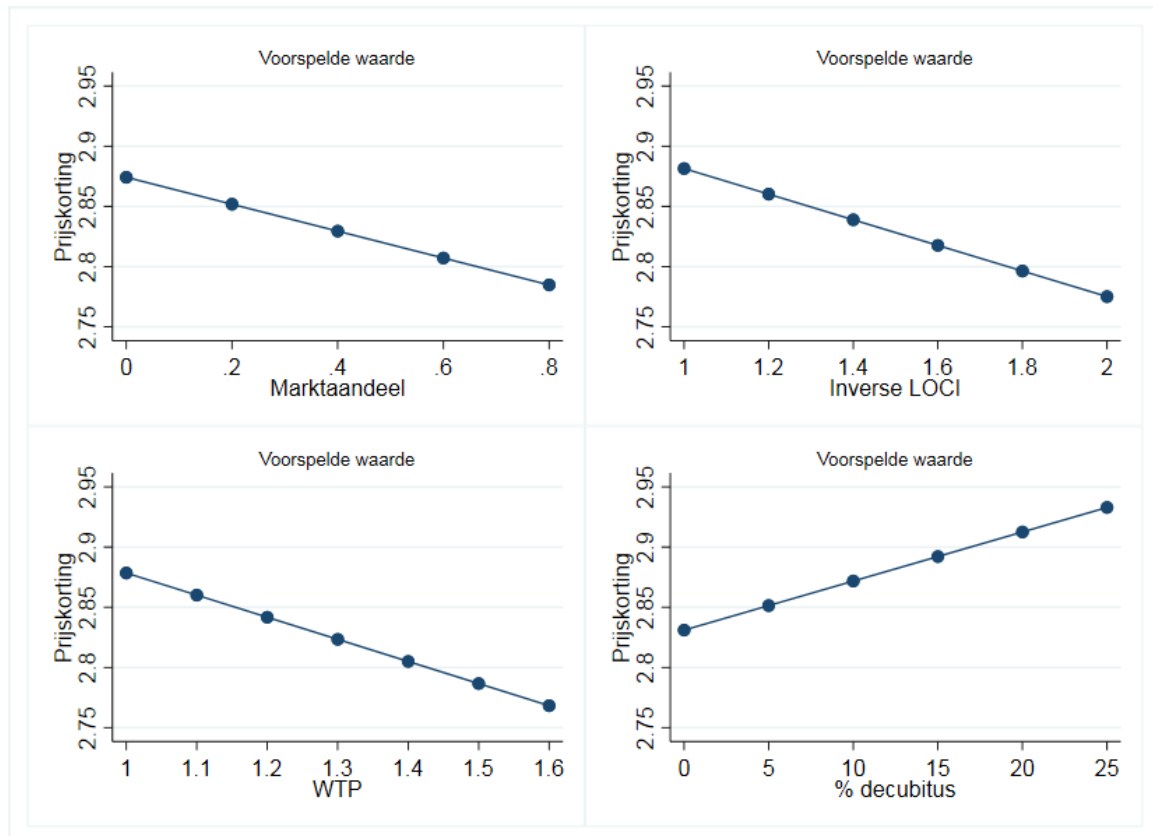
Robuuste standaardfouten (tussen haakjes) zijn geclusterd op ondernemingsniveau. Elke regressie bevat zorgkantoor-specifieke intercepts.

+ significant op 10%; \* op 5%; \*\* op 1%; \*\*\* op 0.1%.

In Figuur 35 hebben we de voorspelde waarden van de significante concentratiemaatstaven marktaandeel, inverse LOCI en WTP en het percentage decubitus weergegeven voor representatieve waarden van de betreffende variabele. Ook hier is te zien dat de effecten beperkt zijn. Een vestiging met een inverse LOCI van 1 heeft een korting van 2,88%, een onderneming met een inverse LOCI van 2 heeft gemiddeld genomen een korting van 2,78%. Dit komt overeen met een verschil van 24 cent ten opzichte van de gewogen gemiddelde maximum prijs van € 226. Meer marktmacht (hogere inverse LOCI) gaat dus samen met een (verwaarloosbare) hogere prijs. Bij de WTP is dit verschil 25 cent en bij het marktaandeel is dit 20 cent. Het percentage decubitus heeft een vergelijkbaar effect namelijk 25

cent gemiddeld per prestatie (als een vestiging van 0% doorschiet naar 25%). Hier komt dus een relatie tussen prijs en kwaliteit naar voren (betere kwaliteit, hogere prijs). De effecten zijn echter beperkt.

Figuur 35 Voorspelde waarden marktaandeel, inverse LOCI, WTP en percentage decubitus



## 6.5 Beperkingen van het onderzoek

In dit onderzoek is kwantitatief onderzoek ondersteund met kwalitatief onderzoek, waardoor beide aanpakken elkaar kunnen versterken. Een kracht van het onderzoek is dat we in het kwantitatieve deel zoveel als mogelijk gebruik maken van bestaande gegevens. Tegelijkertijd hebben de beschikbare gegevens ook beperkingen, waardoor we de resultaten niet volledig kunnen generaliseren naar de gehele sector van verpleeghuiszorg. Daarnaast is de beschikbare kwantitatieve informatie niet in alle gevallen een volledige weergave van wat we eigenlijk zouden willen analyseren. Dit geldt voor zowel de data omtrent kwaliteit, toegankelijkheid als betaalbaarheid. In onderstaande paragrafen gaan we daar nader op in.

Aangezien er geen eenduidige manier van registreren is op locatieniveau (met name ten aanzien van kwaliteit) en een overzicht ontbreekt van alle locaties die verpleeghuiszorg aanbieden, kunnen we wel conclusies trekken over het overgrote deel van de verpleeghuizen, maar niet over alle locaties die verpleeghuiszorg aanbieden. Zo hebben we, als we kijken naar kwaliteit, van 84% van de omzet van verpleeghuiszorg ingekocht door zorgkantoren ook kwaliteitsgegevens beschikbaar. Dat niet voor alle locaties ook kwaliteitsinformatie beschikbaar is, wordt veroorzaakt door verschillen in de

registratiecode van de locatie tussen de verschillende databronnen en het niet aanleveren van kwaliteitsinformatie door locaties. Als we de kwaliteitsgegevens als uitgangspunt nemen, dan hebben we 65% van de locaties met kwaliteitsgegevens kunnen koppelen aan zorg ingekocht door zorgkantoren. Het niet kunnen koppelen van locaties wordt onder andere veroorzaakt doordat locaties die uitsluitend zorg via een PGB aanbieden niet in de declaratie informatie zijn opgenomen en doordat een deel van de locaties opgenomen in het kwaliteitsbestand geen (gedeclareerde) zorg leverde in 2018. Dezelfde percentages zien we terug bij toegankelijkheid. Bij betaalbaarheid gaan de resultaten over alle locaties waar zorg is ingekocht door zorgkantoren en ontbreken alleen die locaties die uitsluitend zorg aanbieden via een PGB<sup>20</sup>. Het ontbreken van een publiek toegankelijk volledig inzicht in de verpleeghuiscapaciteit kwam ook naar voren bij onderzoek dat TNO in opdracht van VWS heeft gedaan naar capaciteit van de verpleeghuiszorg (TNO, 2019. Pagina 11). De sector zet nu stappen om een actueel inzicht in de locaties en capaciteit van verpleeghuiszorg te krijgen.

Als we kijken naar de kwaliteitsindicatoren, dan geven die niet volledig inzicht in het kwaliteitsniveau van een locatie. Dit wordt enerzijds veroorzaakt door het doel waarvoor de gegevens zijn verzameld en anderzijds de registratiekwaliteit van de verzamelde gegevens.

De gebruikte indicatoren zeggen vooral iets over de medische zorg, de basisveiligheid en de organisatie van processen daaromheen. Deze door de sector geselecteerde en verzamelde kwaliteitsinformatie is bruikbaar om te leren en verbeteren over kwaliteit maar is mogelijk minder geschikt als keuze informatie. Alleen de NPS score en 'afspraken over het levenseinde' kunnen gezien worden als een vorm van keuze-informatie die op een kwantitatieve manier invulling geeft aan de (ervaren) kwaliteit van verpleeghuiszorg, zoals naar voren komt uit een (niet representatief) onderzoek van de Patiëntenfederatie (Patiëntenfederatie, 2019). Andere manieren om inzicht te krijgen in de kwaliteit zijn eerder kwalitatief/narratief van aard. In verschillende gesprekken gevoerd met stakeholders zijn ideeën gedeeld om deze informatie inzichtelijker en toegankelijker te maken, maar nu is deze informatie vooral te vinden door een (website) bezoek aan de organisatie.

Een deel van de kwaliteitsgegevens hebben we niet meegenomen, omdat deze niet juist en/of niet uniform zijn geregistreerd. Het niet uniform registreren van de gegevens komt ook naar voren uit een inventarisatie van het ketenprogramma KIK-V (Zorginstituut, 2020) onder 24 organisaties. Uit deze inventarisatie blijkt onder andere dat organisaties op verschillende manieren gegevens registreren en verzamelen voor uitlevering. We hopen dat afspraken die gemaakt worden over de uniformiteit van registratie en aanlevering zullen bijdragen aan de gegevenskwaliteit. Verder is het nog van belang om te benoemen dat van een deel van de kwaliteitsindicatoren de scores niet onderscheidend zijn (vooral governance en procesindicatoren) waardoor ze voor ons onderzoek minder geschikt zijn.

Als enige geschikte kwantitatieve indicator voor toegankelijkheid (op basis van beschikbare gegevens) hebben we gebruik gemaakt van wachtlijstgegevens. De interpretatie van deze indicator is echter niet evident. Via deze indicator krijgen we inzicht in de combinatie van vraag en aanbod op locatieniveau. De wachtlijst kan veroorzaakt worden door een gebrek aan capaciteit in de regio. Echter, de aanwezigheid van enige wachtenden kan ook juist bijdragen aan efficiëntere inzet van de capaciteit, omdat er geen lege plekken ontstaan. Daarnaast bestaat er een relatie tussen de wachtlijst en kwaliteit. We zien in de analyse terug dat locaties met een hogere NPS score meer wenswachtenden hebben, wat een indicatie zou kunnen zijn dat ouderen zich eerder op de wachtlijst zetten om bij een 'betere' locatie terecht te kunnen. Ook geeft de wachtlijst geen inzicht in de oorzaak voor het wachten

---

<sup>20</sup> Met de kleine kanttekening de organisaties die niet op locatie, maar op het niveau van de onderneming aanleveren. Op basis van Vektis AGB gegevens hebben die ondernemingen in 96% van de gevallen maar één bezoeklocatie. Daarnaast wordt PGB meestal thuis aangeboden bij de cliënt, waardoor de postcode van de zorgverlener minder zeggingskracht heeft.

(komt het bijvoorbeeld door een personeelstekort, tekort aan kamers, alvast een plekje 'claimen' of inkoopafspraken met het zorgkantoor). Daarnaast maakt de wenswacht lijst in 2018 geen onderscheid naar type profiel en geeft het geen inzicht binnen welke tijd een oudere bij een locatie van voorkeur terecht kan. Per 2021 is de wachtlijstregistratie aangepast, onder andere met het doel om capaciteitsknelpunten beter te kunnen identificeren. Ten slotte is het vanuit het keuzeperspectief van belang om te benoemen dat op basis van de gegevens onbekend is of de oudere uiteindelijk terecht kan bij het verpleeghuis van voorkeur.<sup>21</sup>

Toegankelijkheid heeft ook andere dimensies zoals financieel toegankelijk en dichtbij. Deze dimensies van toegankelijkheid hebben we niet mee kunnen nemen in dit onderzoek.

Betaalbaarheid is gebaseerd op de prijs van de zorgzwaarte pakketten<sup>22</sup>, al verwachten we een vergelijkbaar beeld over alle producten in 2018. Hier is ten aanzien van het kwaliteitsbudget in 2020 volgens de NZa wel enige verandering opgetreden. In een recent rapport over de sturing op kwaliteitsverbetering verpleeghuiszorg door zorgkantoren wordt geconcludeerd dat zorgkantoren de ruimte in 2020 om te differentiëren met het kwaliteitsbudget meer hebben 'gevoeld', maar vindt de NZa tegelijkertijd dat zorgkantoren het geld nog meer als sturingsmiddel kunnen gebruiken, om kwaliteitstekorten die zij zelf hebben gesignaleerd gericht aan te pakken (NZa, 2021b).

In de gegevens zien we een beperkte spreiding in de prijs die betaald wordt voor een ZZP prestatie. Het is niet te achterhalen of deze beperkte spreiding veroorzaakt wordt door de regulering met maximum prijzen, dat er niet scherp wordt ingekocht of dat er weinig verschillen bestaan tussen de aanbieders in het kostenniveau.

Daarnaast is het van belang om te vermelden dat de analyses slechts over één jaar gaan (2018). Verder staat de sector voor een enorm grote toekomstige opdracht als het gaat om capaciteit die nu al merkbaar is, zowel vanuit de beperking van personeel als gebouwen. Deze dynamische aspecten en de invloed daarvan op ons toezicht hebben we niet onderzocht. Toekomstige vragen over toetredingsmogelijkheden van aanbieders en de invloed van toetreding van buitenlandse investeerders hebben we niet mee kunnen nemen.

---

<sup>21</sup> Dit geldt ook voor de actief wachtenden (geen onderdeel van de relatie tussen de concentratiemaatstaven en toegankelijkheid), maar deze groep is vaak al blij met een plek en dan maakt de locatie van voorkeur minder uit.

<sup>22</sup> In 2017 bestond 94% van de intramurale WLZ omzet uit de ZZP's, nic en nhc (CBS).



## 7 Conclusie

In deze studie hebben we onderzoek gedaan naar de relatie tussen concentratiemaatstaven en uitkomsten (in termen van kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid) van verpleging en verzorging aangeboden in verpleeghuizen. Daarbij hebben we specifiek gekeken naar verpleeghuiszorg in 2018 die wordt aangeboden vanuit de Wet Langdurige zorg, met uitzondering van de leveringsvormen MPT en PGB.

In dit onderzoek hebben we een cross-sectionele onderzoeksapproach gevolgd. Bij cross-sectioneel onderzoek verklaren we de variatie tussen observaties, in dit onderzoek verpleeghuislocaties. Door middel van regressie-analyse wordt de relatie getoetst tussen de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van een verpleeghuislocatie, de mate van concentratie, en andere kenmerken.

Ondanks bovenstaande beperking, kunnen wij op basis van het onderzoek de volgende conclusies trekken ten aanzien van de relatie tussen concentratie maatstaven en kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van verpleeghuiszorg.

Op basis van dit onderzoek concluderen we dat er nagenoeg geen aantoonbare relatie is tussen concentratiemaatstaven en kwaliteit en geen betekenisvolle relatie tussen concentratie en betaalbaarheid. Wel vinden we een positieve relatie tussen de concentratiemaatstaven en toegankelijkheid; een locatie in een geconcentreerder gebied gaat samen met meer wenswachtenden. Het onderzoek heeft geen duidelijke verklaring opgeleverd voor deze positieve relatie

Hierna zullen we nader op deze punten ingaan.

### 7.1 Kwaliteit

Als meetinstrument voor de ervaren kwaliteit hebben we de aanbevelingsscore gebruikt. Als zorginhoudelijke uitkomstindicatoren hebben we de aanwezigheid van decubitus (doorligwonden) gebruikt en de inzet van vrijheidsbeperkende maatregelen. Naast uitkomstkwaliteit, hebben we ook geanalyseerd in hoeverre er samenhang is van concentratie maatstaven en de mate waarin het proces rondom kwaliteit is georganiseerd. Als meetinstrumenten voor de proces-kwaliteit gebruiken we de mate waarin er afspraken over het levenseinde worden gemaakt, of het gesprek over decubitus wordt gevoerd op de afdeling en een gecombineerde indicator ten aanzien van medicatiebeleid.

Uit de recente voortgangsrapportage van het programma Waardigheid & Trots(2021) komt naar voren dat de kwaliteit in de verpleeghuissector als geheel door de impuls van het kwaliteitskader is gestegen. Op basis van de uitgevoerde analyses moeten we concluderen dat er echter nagenoeg geen aantoonbare relatie is tussen kwaliteit en concentratie. Er is bij nagenoeg geen van de indicatoren een waarneembaar verschil in de voor ons beschikbare kwaliteitsgegevens per locatie die samenhangt met het aantal locaties in de omgeving, het marktaandeel, de HHI, de inverse LOCI en WTP. Concentratie lijkt dus geen invloed te hebben gehad op de verbeterde kwaliteit.

Bij de uitkomstkwaliteitsindicatoren zien we alleen bij de samengestelde indicator 'vrijheidsbeperkende maatregelen' enige samenhang met concentratie: een hogere WTP (meer marktmacht) hangt samen

met minder vrijheidsbeperkende maatregelen. Dit is tegengesteld dan we op basis van de hypothese verwachten. De coëfficiënten van de andere concentratie maatstaven zijn niet significant en wijzen bovendien niet allen in de verwachte richting.

Bij de kwaliteitsprocesindicatoren zien we wel enige samenhang met concentratie maatstaven die overeenkomt met wat we op basis van de hypothesen verwachtten. Als we kijken naar de procesindicator 'afspraken levenseinde' dan zien we een negatieve relatie met de indicatoren inverse LOCI en WTP (10% significantie niveau): een hogere mate van marktmacht gaat samen met minder afspraken over het levenseinde. Bij de indicator 'bespreken decubitus' zien we een significant positief effect bij de Fascia count: als er meer andere locaties in de omgeving liggen, dan neemt het aantal gevallen waarin decubitus casussen wordt besproken toe. De coëfficiënten van de andere concentratie maatstaven wijzen in de verwachte richting, maar zijn niet significant. Bij de indicator 'medicatiebeleid' zijn er statistisch significante positieve effecten voor de concurrentie-indicatoren marktaandeel en WTP (10% significantie niveau): een hogere mate van marktmacht gaat samen met een beter medicatiebeleid. Dit is tegenovergesteld ten opzichte van wat we verwachten. Ook de andere concentratiemaatstaven laten een vergelijkbare relatie zien maar ze zijn niet statistisch significant.

In lijn met wat bekend is uit eerder onderzoek, genoemd in hoofdstuk 4.2.1, zien we ook in dit onderzoek maar een beperkte samenhang van structuur- en procesindicatoren met uitkomstkwaliteit. Bij twee van de drie gebruikte uitkomstindicatoren zien we een samenhang met structuurindicatoren, al is de richting niet altijd eenduidig. Het gaat om de structuurindicatoren personeel niet in loondienst (PNIL) en ziekteverzuim. Meer PNIL of een hoger ziekteverzuim gaat samen met een lagere ervaringscore. Dit kan een indicatie zijn dat er behoefte is aan een vast gezicht. Meer tijdelijk personeel of een hoger ziekteverzuim kunnen dit negatief beïnvloeden. Daarnaast zien we dat meer ziekteverzuim samenhangt met minder vrijheidsbeperkende maatregelen. Dit is tegenovergesteld aan wat we zouden verwachten. Bij de twee onderzochte procesindicatoren bestaat er een relatie met de structuur van de organisatie via de indicator ziekteverzuim. Een hoger ziekteverzuim hangt samen met een lager percentage afspraken over het levenseinde (10% significantie niveau) en minder vaak bespreken van decubitus gevallen.

### **Mogelijke verklaringen**

Wij zien twee mogelijke verklaringen voor het ontbreken van een relatie tussen kwaliteit en concentratie.

De eerste mogelijke verklaring gaat over de aansluiting van beschikbare kwaliteitsinformatie op de belevingswereld van ouderen en welke elementen zij van belang vinden bij het maken van een keuze voor een verpleeghuis. De verzamelde kwaliteitsinformatie gaat vooral over waar de zorg aan moet voldoen. Deze informatie overlapt om die reden niet volledig met die elementen die ouderen belangrijk vinden bij hun keuze voor een bepaalde verpleeghuislocatie. De Raad van Ouderen geeft aan dat ouderen behoefte hebben aan informatie over 'zachte' kenmerken als geborgenheid, autonomie, diversiteit, zingeving, aandacht voor levensvragen en palliatieve zorg bij het maken van een keuze (RvO, 2019). Uit eerder onderzoek uitgevoerd door Motivaction in 2016 weten we dat men bij oriëntatie prettige bejegening en sfeer, het nakomen van afspraken en aanspreekbaar personeel van belang vindt. Ook vindt men het belangrijk dat bewoners regelmatig naar buiten kunnen en dat hun zelfredzaamheid zoveel mogelijk wordt gestimuleerd. Daarnaast vinden ouderen een verpleeghuis in de buurt of in de buurt van hun mantelzorgers van belang, zo niet het belangrijkste<sup>23</sup>.

<sup>23</sup> Vervolgonderzoek zou zich bijvoorbeeld nog kunnen richten op de relatie van concentratiemaatstaven met onderliggende dimensies van de ervaren kwaliteitsscore van Zorgkaart Nederland die deze aspecten deels meenemen.

De tweede mogelijke verklaring gaat over de wachtlijsten en de prikkel daarvan op de kwaliteit. Deze verklaring gaat zowel over de zorgverlenings- als de zorginkoopmarkt. Tijdens de gesprekken met stakeholders werd door een aantal verpleeghuizen genoemd dat zij door de wachtlijsten verzekerd zijn van cliënten en dat zij geen prikkel hebben meer cliënten aan te trekken door de kwaliteit te verhogen. Dit kan het risico geven dat verpleeghuizen minder prikkel voelen om goede kwaliteit te leveren. Dit risico wordt onder andere benoemd in een recent rapport van de Erasmus School of Health Policy & Management (Bakx, Schut & Wouterse, 2020). Echter, verpleeghuizen die we gesproken hebben, herkennen dit risico niet en geven aan dat intrinsieke motivatie om goede zorg te leveren en druk om te voldoen aan het kwaliteitskader voor voldoende prikkel zorgen om goede kwaliteit te leveren. Daar komt bij dat zorgkantoren bij de inkoop weliswaar de dialoog voeren over kwaliteit met het verpleeghuis, bijvoorbeeld door de uitwisseling van best practices. Echter een minder goede kwaliteit heeft zelden gevolgen voor de inkoop (minder volume inkopen of lagere prijzen) gezien de grote vraag en het beperkte aanbod en de zorgplicht van het zorgkantoor.

## 7.2 Toegankelijkheid

Als indicator voor toegankelijkheid hebben we gebruik gemaakt van het aantal wenswachtenden.

Op basis van de uitgevoerde analyses zien we een positieve relatie tussen het aantal wenswachtenden en de concentratie maatstaven. Locaties met een hoger marktaandeel en een hogere inverse LOCI en WTP, hebben meer wenswachtenden. Daarnaast zien we dat als er relatief minder alternatieve locaties in de omgeving zijn, er meer wenswachtenden zijn (10% significantieniveau).

Verder zien we dat de grootte van de organisatie en de ervaringsscore van invloed zijn op het aantal wenswachtenden. In het algemeen zien we dat grotere organisaties in absolute termen, zoals te verwachten, meer wenswachtenden hebben en bij een locatie met een hogere ervaringsscore staan meer ouderen op de wenswachtendenlijst. Een mogelijke verklaring is dat ouderen zich eerder op de wachtlijst laten zetten bij een organisatie die het beter doet. Ook de financiële situatie van een organisatie is van invloed op het aantal wachtenden. Ook al wijzen de coëfficiënten verschillende richtingen op.

### Mogelijke verklaringen

In een markt waar wachtlijsten zijn, mag verwacht worden dat aanbieders gaan uitbreiden om zo aan de vraag te voldoen. De gevonden relatie kan komen doordat de prikkel om capaciteit uit te breiden het minst sterk is bij verpleeghuizen met meer marktmacht. Ze lopen immers minder risico dat cliënten - bij gebrek aan reële alternatieven - naar andere aanbieders gaan. Verpleeghuizen geven aan dat ondanks de patiëntvolgende inkoop zij niet zondermeer het risico nemen om de budgetafpraak met het zorgkantoor te overschrijden door bijvoorbeeld extra capaciteit te creëren. Daarbij geldt dat fysieke belemmeringen om uit te breiden (vastgoed, grond) en de moeite om goed personeel te werven, een grotere rol spelen bij de onzekerheid om uit te breiden dan het budget van het zorgkantoor. Aangezien het financiële risico voor uitbreiding vooral bij het verpleeghuis ligt, zou een mogelijke verklaring (van een hogere wenswachtendenlijst bij verpleeghuizen met meer marktmacht) kunnen zijn dat de uitbreidingsprikkel het minst sterk is bij organisaties met meer marktmacht. Deze mogelijke verklaring wordt echter niet herkend door de stakeholders.

Daarnaast zijn de wachtlijstgegevens die in 2018 beschikbaar waren lastig te interpreteren, ondanks dat deze informatie wel werd gebruikt als wachtlijstinformatie, met name door de verschillende motieven van ouderen om op een wachtlijst te staan. Om onder andere beter inzicht te krijgen in capaciteitsvraagstukken is per 2021 de wachtlijstregistratie herzien.

### 7.3 Betaalbaarheid

Voor betaalbaarheid hebben we gekeken naar de afgesproken prijskorting ten opzichte van het gereguleerde NZa maximumtarief.

Op basis van de uitgevoerde analyses zien we geen betekenisvolle relatie tussen betaalbaarheid en concentratie maatstaven. De coëfficiënten wijzen wel in de verwachte richting (meer marktmacht gaat samen met een kleinere korting ten opzicht van het NZa maximum, of te wel een hogere prijs), maar zijn niet significant. De enige kenmerken die samenhangen met de onderhandelde prijskorting zijn het percentage actief wachtenden (10% significantieniveau), het aandeel zorg met behandeling dat een locatie uitvoert en of het een VPT prestatie betreft. Locaties met meer actief wachtenden hebben een hogere prijskorting ten opzichte van het NZa maximum. Dit kan een indicatie zijn dat als de capaciteit volledig wordt benut, dit resulteert in een hogere korting. Als er meer zorgprestaties zijn met behandeling dan gaat dit samen met hogere kortingen. Daarnaast wordt er op VPT prestaties gemiddeld genomen een hogere korting bedongen.

We hebben ook geanalyseerd in hoeverre uitkomstkwaliteit samenhangt met de gegeven korting op het maximumtarief, voor die locaties met kwaliteitsinformatie. In deze analyse wordt een significante relatie gevonden tussen de concentratie maatstaven marktaandeel (10% significantieniveau), inverse LOCI en WTP. Meer marktmacht gaat samen met een lagere korting en daarmee een hogere prijs. In geld uitgedrukt is dit effect echter zeer beperkt. Van de uitkomstkwaliteitsindicatoren is alleen het percentage decubitus op 10% significant. Een hoger percentage decubitus hangt samen met meer korting. Er lijkt dus zeer beperkt een relatie te worden gelegd tussen de geleverde kwaliteit en de vergoede prijs. Ook in dit model zien we weer de relatie van actief wachtenden, het percentage met behandeling en VPT prestaties.

#### Mogelijke verklaringen

Zorgkantoren geven aan dat prijsdifferentiatie geen belangrijke rol speelt bij de zorginkoop. Dit is een mogelijke verklaring dat we geen betekenisvolle relatie zien tussen betaalbaarheid en concentratie maatstaven. Ook de verpleeghuizen noemen dat de prijzen van zorg in de meeste zorgkantorregio's vast staan. Alleen in uitzonderlijke situaties waarin de patiëntenpopulatie of de context waarin de zorg geleverd wordt sterk afwijkt, worden maatwerktaarifafspraken gemaakt. De beperkte variatie van de prijzen zien we ook terug in de declaratiedata en komt ook naar voren in het recente kwalitatieve onderzoek uitgevoerd door ESHPM (Bakx, Schut & Wouterse, 2020). Daarnaast dragen zorgkantoren geen financieel risico op de uitvoering van de zorginkoop, wat de prikkel doet afnemen om de beste zorg voor de beste prijs in te kopen.

Een andere verklaring voor de beperkte variatie in de prijzen is dat de kostenniveaus in organisaties in grote mate overeenkomen. Dit geldt in sterkere mate voor de 'intramurale' ZZP's. Bij de VPT is er meer variatie te zien de prijs, wat kan komen door een grotere variatie in kostenniveaus wat is aangegeven door meerdere stakeholders.

### 7.4 Context van resultaten

De resultaten moeten gezien worden in het licht van huidige en naar verwachting ook toekomstige veranderingen op het gebied van verpleeghuiszorg. Sinds de introductie van het kwaliteitskader in 2017 worden er jaarlijks extra middelen beschikbaar gesteld om de kwaliteit van verpleeghuiszorg naar een hoger niveau te brengen (Zorginstituut, 2017). Uit de recente voortgangsrapportage van het programma Waardigheid en Trots blijkt dat dit vruchten afwerpt en dat de kwaliteit van

verpleeghuiszorg de afgelopen jaren is verbeterd (Waardigheid & Trots, 2021). Daarnaast zijn de afgelopen jaren de wachtlijsten toegenomen en is de verwachting dat er de komende jaren bijgebouwd moet worden om aan de stijgende vraag tegemoet te kunnen komen (Commissie Toekomst zorg thuiswonende ouderen, 2020). Gezien de toenemende vraag naar ouderenzorg en de druk die dat op het zorgstelsel zal geven, leidt dit onvermijdelijk tot een andere organisatie van zorg op de middellange termijn. Hiervoor worden nu via de dialoognota maatregelen geïnventariseerd hoe ouderenzorg in de toekomst georganiseerd kan worden (Ministerie van VWS, 2021).

In dit onderzoek is kwantitatief onderzoek ondersteund met kwalitatief onderzoek, waardoor beide aanpakken elkaar kunnen versterken. Een kracht van het onderzoek is dat we in het kwantitatieve deel zoveel als mogelijk gebruik maken van bestaande gegevens. Tegelijkertijd hebben de beschikbare gegevens in dit onderzoek ook beperkingen, waardoor we de resultaten niet volledig kunnen generaliseren naar de gehele sector van verpleeghuiszorg. Zo zijn niet voor alle organisaties kwaliteitsgegevens beschikbaar of zijn de gegevens niet altijd evengoed ingevuld. Daarnaast is de beschikbare kwantitatieve informatie niet in alle gevallen een volledige weergave van wat we eigenlijk zouden willen analyseren. Zo wordt bij kwaliteit bijvoorbeeld niet alle dimensies van het begrip kwaliteit gemeten in de beschikbare indicatoren en ontbreken gegevens over de 'zachte kenmerken' van kwaliteit. Bij toegankelijkheid zijn overall gegevens beschikbaar maar missen wachtlijstgegevens op indicatieniveau.

Daarnaast is het van belang om te vermelden dat de analyses slechts over één jaar (2018) gaan. Verder staat de sector voor een enorm grote toekomstige opdracht als het gaat om capaciteit die nu al merkbaar is, zowel vanuit de beperking van personeel als gebouwen. Deze dynamische aspecten en de invloed daarvan op ons toezicht hebben we niet onderzocht.

## 8 Bijlagen

### 8.1 Literatuur

<p>Algemene Rekenkamer (2018). <i>Focus op Toegang tot de Wet langdurige zorg</i>. 6 juni, <a href="https://www.rekenkamer.nl/publicaties/rapporten/2018/06/06/focus-op-toegang-tot-de-wet-langdurig-zorg">https://www.rekenkamer.nl/publicaties/rapporten/2018/06/06/focus-op-toegang-tot-de-wet-langdurig-zorg</a>.</p>
<p>Baks, P., Schut, E. &amp; Wouterse, B. (2020) <i>Price-setting in long term care in the Netherlands</i>. Erasmus School of Health Policy &amp; Management: Rotterdam. <a href="https://www.eur.nl/sites/corporate/files/2020-11/bakx-schut-wouterse_2020_price-setting-long-term-care_research-report-eshpm.pdf">https://www.eur.nl/sites/corporate/files/2020-11/bakx-schut-wouterse_2020_price-setting-long-term-care_research-report-eshpm.pdf</a></p>
<p>Bakx, P., Bär, M., Rellstab, S., &amp; Wouterse, B. (2020). <i>Zicht op kwaliteit van verpleeghuiszorg</i>. Erasmus School of Health Policy &amp; Management: Rotterdam. <a href="https://www.eur.nl/sites/corporate/files/2020-03/eshpm-rapport-zicht-op-kwaliteit-van-verpleeghuiszorg-mrt-2020_0.pdf">https://www.eur.nl/sites/corporate/files/2020-03/eshpm-rapport-zicht-op-kwaliteit-van-verpleeghuiszorg-mrt-2020_0.pdf</a></p>
<p>Berden, C., Croes, R., Kemp, R., Mikkers, M., van der Noll, R., Shestalova, V., &amp; Svitak, J. (2019). <i>Hospital Competition in the Netherlands: An Empirical Investigation</i>. TILEC Discussion Paper; Vol. 2019-008. TILEC: Tilburg</p>
<p>BMC Advies (2017). <i>Toegang tot zorg vanuit de Wet langdurige zorg: Ervaringen van aanvragers en professionals</i>. Susan van Klaveren, Kees-Jan van de Werfhorst, Naomi Meys, Lieke Brouwer, Arthur van der Harg en Gert Cazemier. Amersfoort, februari, projectnummer 107875.</p>
<p>Bowblis, J. R. (2012). Market structure, competition from assisted living facilities, and quality in the nursing home industry. <i>Applied Economic Perspectives and Policy</i>, 34(2), 238-257.</p>
<p>Brouns, C., Douven, R. &amp; Kemp, R.G.M. (2021), Prices and market power in mental health care: Evidence from a major policy change in the Netherlands. <i>Health Economics</i>. 30(4):803-819. doi: 10.1002/hec.4222</p>
<p>Centraal Planbureau. (2019, november). <i>Verkenning Middellangetermijn 2022-2025</i>. Rijksoverheid. <a href="https://cpb.nl/sites/default/files/omnidownload/CPB-Middellangetermijnverkenning-MLT-2022-2025-nov2019.pdf">https://cpb.nl/sites/default/files/omnidownload/CPB-Middellangetermijnverkenning-MLT-2022-2025-nov2019.pdf</a></p>
<p>Commissie toekomst zorg thuiswonende ouderen (2020). <i>Oud en zelfstandig in 2030 Aangepast REISadvies</i>. Rijksoverheid. <a href="https://www.rijksoverheid.nl/binaries/rijksoverheid/documenten/rapporten/2020/06/30/oud-en-zelfstandig-in-2030-aangepast-reisadvies/Oud+en+zelfstandig+in+2030+Aangepast+REISadvies.pdf">https://www.rijksoverheid.nl/binaries/rijksoverheid/documenten/rapporten/2020/06/30/oud-en-zelfstandig-in-2030-aangepast-reisadvies/Oud+en+zelfstandig+in+2030+Aangepast+REISadvies.pdf</a></p>
<p>Coolen, J. (2015). <i>Ouderen in zorghuizen: broze mensen én leefplezier</i>. Waardigheid en Trots. <a href="https://www.waardigheidentrots.nl/wp-content/uploads/2015/12/Rapport-ouderenzorg-versie20151201.pdf">https://www.waardigheidentrots.nl/wp-content/uploads/2015/12/Rapport-ouderenzorg-versie20151201.pdf</a></p>
<p>Cooper, Z., Gibbons, S., Jones S. &amp; McGuire A. (2011), Does hospital competition saves lives? Evidence from the English NHS patient choice reforms. <i>The Economic Journal</i>, 121(August), F228-F260.</p>
<p>Forder, J., &amp; Allan, S. (2014). The impact of competition on quality and prices in the English care homes market. <i>Journal of Health Economics</i>, 34, 73-83.</p>
<p>Grabowski, D. C., &amp; Town, R. J. (2011). Does information matter? Competition, quality, and the impact of nursing home report cards. <i>Health Services Research</i>, 46(6pt1), 1698-1719.</p>
<p>Hackmann, M. B. (2019). Incentivizing better quality of care: The role of Medicaid and competition in the nursing home industry. <i>American Economic Review</i>, 109(5), 1684-1716.</p>
<p>Hamers, J., Backhaus, R., Beerens, H., Rossum, E., &amp; Verbeek, H. (2016). <i>Meer is niet per se beter De relatie tussen personele inzet en kwaliteit van zorg in verpleeghuizen</i>. Maastricht University: Maastricht. <a href="https://www.waardigheidentrots.nl/wp-content/uploads/2016/07/Rapport-meer-is-niet-per-se-beter.pdf">https://www.waardigheidentrots.nl/wp-content/uploads/2016/07/Rapport-meer-is-niet-per-se-beter.pdf</a></p>
<p>Kim, A. S. (2016a). Market conditions and performance in the nursing home compare five-star rating. <i>Journal of Health Politics, Policy and Law</i>, 41(5), 939-968.</p>

<p>Ministerie van VWS. (2015). <i>Waardigheid en trots. liefdevolle zorg voor onze ouderen</i>. <a href="https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2015/02/10/waardigheid-en-trots-liefdevolle-zorg-voor-onze-ouderen">https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2015/02/10/waardigheid-en-trots-liefdevolle-zorg-voor-onze-ouderen</a></p>
<p>Ministerie van VWS. (2020a). <i>Dialognota Ouder worden 2020-2040</i>. <a href="https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2021/02/28/dialognota-ouder-worden-2020-2040">https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2021/02/28/dialognota-ouder-worden-2020-2040</a></p>
<p>Ministerie van VWS. (2020b). <i>Kamerbrief over uitspraak Wlz-zorginkoopkader 2021-2023</i>. 27 oktober 2020</p>
<p>Motivaction. (2016). <i>Verpleeghuiszorg in Nederland: Belevingsonderzoek onder nederlands publiek, professionals en bestuurders</i>. Rijksoverheid.</p>
<p>NZa (2021a). <i>Monitor Ouderenzorg - regionale verschillen (deel 1)</i>. 1 april, <a href="https://puc.overheid.nl/doc/PUC_636235_22">https://puc.overheid.nl/doc/PUC_636235_22</a>.</p>
<p>NZa. (2020). <i>Advies Integrale vergelijking verpleeghuiszorg</i>. <a href="https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_630597_22/1/">https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_630597_22/1/</a></p>
<p>NZa. (2021b). <i>Onderzoeksrapport Sturing op kwaliteitsverbetering verpleeghuiszorg door zorgkantoren (Onderzoeksrapport toezicht op de langdurige zorg 2019)</i>. <a href="https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_329558_22/1/">https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_329558_22/1/</a></p>
<p>Park, J., &amp; Werner, R. M. (2011). Changes in the relationship between nursing home financial performance and quality of care under public reporting. <i>Health Economics</i>, 20(7), 783-801.</p>
<p>Patiëntenfederatie. (2019). <i>“kiezen” van een verpleeghuis: Wat willen mensen weten en terugzien in een keuzehulp?</i> <a href="https://www.patiëntenfederatie.nl/downloads/rapporten/336-rapport-kiezen-van-een-verpleeghuis/file">https://www.patiëntenfederatie.nl/downloads/rapporten/336-rapport-kiezen-van-een-verpleeghuis/file</a></p>
<p>Raad van Ouderen. (2019). <i>Advies raad van ouderen keuze-informatie verpleeghuizen</i>. <a href="https://www.beteroud.nl/beteroud/media/documents/Advies-RvO-keuze-informatie-verpleeghuizen.pdf">https://www.beteroud.nl/beteroud/media/documents/Advies-RvO-keuze-informatie-verpleeghuizen.pdf</a></p>
<p>SCP (2019). <i>Wonen met zorg: Verkenning van particuliere woonzorg voor ouderen</i>, Inger Plaisier en Maaïke den Draak. Den Haag, juli, publicatie 2019-11.</p>
<p>SEO (2019). <i>Ontwikkelingen op de arbeidsmarkt voor medisch en verzorgend personeel</i>. Siemen van der Werff, Lucy Kok, Tobias Vervliet en William Luiten. SEO: Amsterdam, 30 oktober, rapportnummer 2019-36.</p>
<p>TNO (2020). <i>Prognose capaciteitsontwikkeling verpleeghuiszorg fase II</i>, Menno Hinkema, Karin Kompatscher, Norman Egter van Wissekerke, Stefan van Heumen en Faik Balkuv. TNO: Delft, 28 juli, rapportnummer R11184.</p>
<p>TNO. (2019). <i>Prognose capaciteitsontwikkelingverpleeghuiszorg</i> <a href="https://www.rijksoverheid.nl/binaries/rijksoverheid/documenten/rapporten/2019/12/20/prognose-capaciteitsontwikkeling-verpleeghuiszorg/tno-rapport-prognose-capaciteitsontwikkeling-verpleeghuiszorg.pdf">https://www.rijksoverheid.nl/binaries/rijksoverheid/documenten/rapporten/2019/12/20/prognose-capaciteitsontwikkeling-verpleeghuiszorg/tno-rapport-prognose-capaciteitsontwikkeling-verpleeghuiszorg.pdf</a></p>
<p>TNO. (2021). <i>Prognose capaciteitsontwikkeling verpleeghuiszorg fase II</i>. <a href="https://www.rijksoverheid.nl/binaries/rijksoverheid/documenten/rapporten/2020/07/28/prognose-capaciteitsontwikkeling-verpleeghuiszorg-fase-ii/tno-rapport-prognose-capaciteitsontwikkeling-verpleeghuiszorg-fase-ii.pdf">https://www.rijksoverheid.nl/binaries/rijksoverheid/documenten/rapporten/2020/07/28/prognose-capaciteitsontwikkeling-verpleeghuiszorg-fase-ii/tno-rapport-prognose-capaciteitsontwikkeling-verpleeghuiszorg-fase-ii.pdf</a></p>
<p>Vektis. (2018). <i>Zorgthermometer ouderenzorg: inzicht in de ouderenzorg</i>.</p>
<p>Waardigheid &amp; Trots (2021). <i>Vijfde voortgangsrapportage Thuis in het Verpleeghuis</i>. Ministerie van VWS. <a href="https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2021/02/26/vijfde-voortgangsrapportage-thuis-in-het-verpleeghuis">https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2021/02/26/vijfde-voortgangsrapportage-thuis-in-het-verpleeghuis</a></p>
<p>Zhao, X. (2016). Competition, information, and quality: Evidence from nursing homes. <i>Journal of Health Economics</i>, 49, 136-152.</p>
<p>Zinn, J. S., Weimer, D. L., Spector, W., &amp; Mukamel, D. B. (2010). Factors influencing nursing home response to quality measure publication: A resource dependence perspective. <i>Health Care Management Review</i>, 35(3), 256-265.</p>
<p>ZN (2020). <i>Regionale capaciteitsplannen 2020 verpleegzorg</i>, <a href="https://www.zn.nl/zorgkantoren/regionale-capaciteitsplannen-2020-verpleegzorg">https://www.zn.nl/zorgkantoren/regionale-capaciteitsplannen-2020-verpleegzorg</a>, bezocht op 6 juli 2021.</p>
<p>ZN (2021). <i>Wachtlijsten langdurige zorg</i>, <a href="https://www.zn.nl/zorgkantoren/wachtlijsten-langdurige-zorg">https://www.zn.nl/zorgkantoren/wachtlijsten-langdurige-zorg</a>, bezocht op 6 juli 2021.</p>
<p>Zorginstituut (2021). <i>Wachtlijsten langdurige zorg</i>, <a href="https://istandaarden.nl/wachtlijsten">https://istandaarden.nl/wachtlijsten</a>, bezocht op 6 juli 2021.</p>

Zorginstituut Nederland (2020). <i>Inzicht in de werkwijzen van verpleeghuizen rond het aanleveren van informatie over kwaliteit</i> . <a href="https://www.kik-v.nl/binaries/kik-v/documenten/rapporten/2020/5/28/bevindingendocument-nulmeting-kik-v/Bevindingendocument-nulmeting+KIK-V.pdf">https://www.kik-v.nl/binaries/kik-v/documenten/rapporten/2020/5/28/bevindingendocument-nulmeting-kik-v/Bevindingendocument-nulmeting+KIK-V.pdf</a>
Zorginstituut Nederland. (2017, januari). <i>Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg</i> . <a href="https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/publicatie/2017/01/13/kwaliteitskader-verpleeghuiszorg">https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/publicatie/2017/01/13/kwaliteitskader-verpleeghuiszorg</a>

## 8.2 Beschikbare indicatoren niet opgenomen in de analyse

indicator	indicatornaam	Reden geen onderdeel analyses
1.3	Hoeveel procent van de medewerkers heeft een tijdelijke arbeidsovereenkomst?	Inhoudelijke reden
1.5	Percentage kosten aan uitzendkrachten/PNIL uitgegeven?	Inhoudelijke reden
1.6	Hoe groot is de gemiddelde omvang van een arbeidscontract?	Inhoudelijke reden
2.1.1	Hoe ziet de ingezette kwalificatieniveaumix eruit bij niveau 1 zorg en welzijn?	kwaliteit gegevens
2.1.2	Hoe ziet de ingezette kwalificatieniveaumix eruit bij niveau 2 zorg en welzijn?	kwaliteit gegevens
2.1.3	Hoe ziet de ingezette kwalificatieniveaumix eruit bij niveau 3 zorg en welzijn?	kwaliteit gegevens
2.1.4	Hoe ziet de ingezette kwalificatieniveaumix eruit bij niveau 4 zorg en welzijn?	kwaliteit gegevens
2.1.5	Hoe ziet de ingezette kwalificatieniveaumix eruit bij niveau 5 zorg en welzijn?	kwaliteit gegevens
2.1.6	Hoe ziet de ingezette kwalificatieniveaumix eruit bij niveau 6 zorg en welzijn?	kwaliteit gegevens
2.1.7	Hoe ziet de ingezette kwalificatieniveaumix eruit bij behandelaren/(para-)medisch?	kwaliteit gegevens
2.1.8	Hoe ziet de ingezette kwalificatieniveaumix eruit bij overig zorgpersoneel?	kwaliteit gegevens
2.1.9	Hoe ziet de ingezette kwalificatieniveaumix eruit bij leerlingen?	kwaliteit gegevens
2.2	Hoeveel stagiairs heeft de organisatie?	Inhoudelijke reden
2.3	Hoeveel vrijwilligers heeft de organisatie?	Inhoudelijke reden
3.2	Wat is de verzuimfrequentie?	Inhoudelijke reden
4.1	Welke omvang heeft de instroom van nieuwe medewerkers?	Inhoudelijke reden
4.2	Welke omvang heeft de uitstroom van medewerkers?	Inhoudelijke reden
4.3	Welke omvang heeft de doorstroom qua kwalificatieniveau van medewerkers?	Inhoudelijke reden
5.1	Gebruikt u incidenten om de zorg systematisch te verbeteren?	onderscheidend vermogen
5.1a	Indien Ja op 5.1: Hoeveel incidenten zijn er binnen uw locatie gemeld?	onderscheidend vermogen
5.1b	Indien Ja op 5.1: Worden de verkregen gegevens uit deze bron besproken met de direct betrokkenen in de teams?	onderscheidend vermogen



indicator	indicatornaam	Reden geen onderdeel analyses
5.1c	Indien Ja op 5.1: Worden de verkregen gegevens uit deze bron besproken met het managementteam van de locatie?	onderscheidend vermogen
5.1d	Indien Ja op 5.1: Worden de verbetermaatregelen, die uit de bespreking van deze bron naar voren kwamen, opgevolgd in de teams?	onderscheidend vermogen
5.1e	Indien Ja op 5.1: Worden de verbetermaatregelen, die uit de bespreking van deze bron naar voren kwamen, opgevolgd in het managementteam?	onderscheidend vermogen
5.2	Gebruikt u calamiteiten om de zorg systematisch te verbeteren?	onderscheidend vermogen
5.2a	Indien Ja op 5.2: Hoeveel calamiteiten zijn er binnen uw locatie gemeld?	onderscheidend vermogen
5.2b	Indien Ja op 5.2: Worden de verkregen gegevens uit deze bron besproken met de direct betrokkenen in de teams?	onderscheidend vermogen
5.2c	Indien Ja op 5.2: Worden de verkregen gegevens uit deze bron besproken met het managementteam van de locatie?	onderscheidend vermogen
5.2d	Indien Ja op 5.2: Worden de verbetermaatregelen, die uit de bespreking van deze bron naar voren kwamen, opgevolgd in de teams?	onderscheidend vermogen
5.2e	Indien Ja op 5.2: Worden de verbetermaatregelen, die uit de bespreking van deze bron naar voren kwamen, opgevolgd in het managementteam?	onderscheidend vermogen
5.3	Gebruikt u interne audits om de zorg systematisch te verbeteren?	onderscheidend vermogen
5.3a	Indien Ja op 5.3: Hoeveel interne audits zijn er binnen uw locatie gemeld?	onderscheidend vermogen
5.3b	Indien Ja op 5.3: Worden de verkregen gegevens uit deze bron besproken met de direct betrokkenen in de teams?	onderscheidend vermogen
5.3c	Indien Ja op 5.3: Worden de verkregen gegevens uit deze bron besproken met het managementteam van de locatie?	onderscheidend vermogen
5.3d	Indien Ja op 5.3: Worden de verbetermaatregelen, die uit de bespreking van deze bron naar voren kwamen, opgevolgd in de teams?	onderscheidend vermogen
5.3e	Indien Ja op 5.3: Worden de verbetermaatregelen, die uit de bespreking van deze bron naar voren kwamen, opgevolgd in het managementteam?	onderscheidend vermogen
5.4	Gebruikt u externe audits om de zorg systematisch te verbeteren?	onderscheidend vermogen
5.4a	Indien Ja op 5.4: Hoeveel externe audits zijn er binnen uw locatie gemeld?	onderscheidend vermogen
5.4b	Indien Ja op 5.4: Worden de verkregen gegevens uit deze bron besproken met de direct betrokkenen in de teams?	onderscheidend vermogen
5.4c	Indien Ja op 5.4: Worden de verkregen gegevens uit deze bron besproken met het managementteam van de locatie?	onderscheidend vermogen
5.4d	Indien Ja op 5.4: Worden de verbetermaatregelen, die uit de bespreking van deze bron naar voren kwamen, opgevolgd in de teams?	onderscheidend vermogen
5.4e	Indien Ja op 5.4: Worden de verbetermaatregelen, die uit de bespreking van deze bron naar voren kwamen, opgevolgd in het managementteam?	onderscheidend vermogen
5.5	Gebruikt u een andere bron om de zorg systematisch te verbeteren? Namelijk...	onderscheidend vermogen
5.5b	Indien Ja op 5.5: Worden de verkregen gegevens uit deze bron	onderscheidend

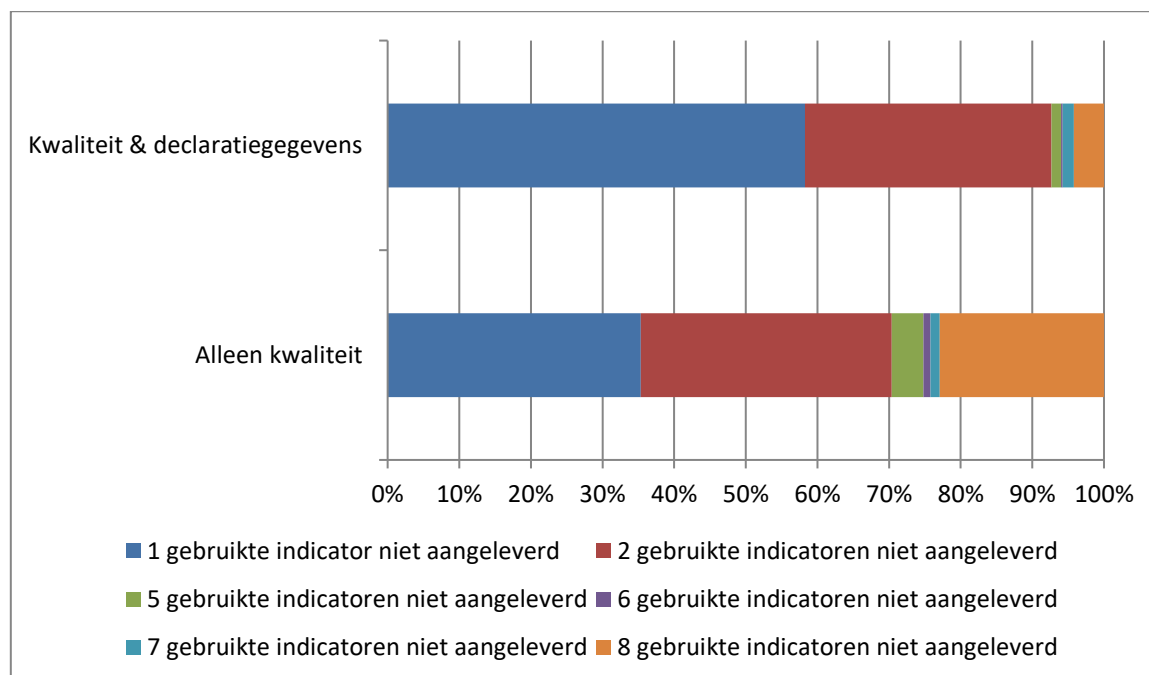
indicator	indicatornaam	Reden geen onderdeel analyses
	besproken met de direct betrokkenen in de teams?	vermogen
5.5c	Indien Ja op 5.5: Worden de verkregen gegevens uit deze bron besproken met het managementteam van de locatie?	onderscheidend vermogen
5.5d	Indien Ja op 5.5: Worden de verbetermaatregelen, die uit de bespreking van deze bron naar voren kwamen, opgevolgd in de teams?	onderscheidend vermogen
5.5e	Indien Ja op 5.5: Worden de verbetermaatregelen, die uit de bespreking van deze bron naar voren kwamen, opgevolgd in het managementteam?	onderscheidend vermogen
5.6	Zijn er verbeterplannen opgesteld op basis van de uitkomsten van eerdergenoemde bronnen?	onderscheidend vermogen
5.6a.1	Indien Ja op 5.6: Noem de drie belangrijkste thema's voor de locatie waarop verbeteringen zijn doorgevoerd. Thema 1	kwalitatieve informatie
5.6a.2	Indien Ja op 5.6: Noem de drie belangrijkste thema's voor de locatie waarop verbeteringen zijn doorgevoerd. Thema 2	kwalitatieve informatie
5.6a.3	Indien Ja op 5.6: Noem de drie belangrijkste thema's voor de locatie waarop verbeteringen zijn doorgevoerd. Thema 3	kwalitatieve informatie
5.6b	Indien Ja op 5.6: Zijn er evaluatie en bijstellingsmomenten ingepland voor de verbeterplannen?	onderscheidend vermogen
5.7a	Maakt u de uitkomsten van audits openbaar op uw website?	onderscheidend vermogen
5.7b	Maakt u de verbeterplannen openbaar op uw website?	onderscheidend vermogen
5.8	Mogelijkheid tot toelichting.	onderscheidend vermogen
6.1	Heeft de locatie een systeem waarmee het werken met zorgplannen van cliënten cyclisch beoordeeld wordt op volledigheid en actualiteit?	onderscheidend vermogen
6.1a	Indien Ja op 6.1, geef aan hoe. Minimaal ieder half jaar vindt een bespreking van het zorgplan plaats.	onderscheidend vermogen
6.1b	Indien Ja op 6.1, geef aan hoe. Het systematisch werken met zorgplannen zijn onderdeel van interne audits.	onderscheidend vermogen
6.1c	Indien Ja op 6.1, geef aan hoe. Anders, namelijk:	kwalitatieve informatie
6.2a	Wie zijn betrokken bij de bespreking en evaluatie van het zorgplan? Verzorgenden/verpleegkundigen	onderscheidend vermogen
6.2b	Wie zijn betrokken bij de bespreking en evaluatie van het zorgplan? Cliënt (vertegenwoordiger)	onderscheidend vermogen
6.2c	Wie zijn betrokken bij de bespreking en evaluatie van het zorgplan? Specialist Ouderengeneeskunde	onderscheidend vermogen
6.2d	Wie zijn betrokken bij de bespreking en evaluatie van het zorgplan? Interne behandel disciplines (bijv. psycholoog van de organisatie)	onderscheidend vermogen
6.2e	Wie zijn betrokken bij de bespreking en evaluatie van het zorgplan? Externe behandel disciplines (bijv. huisarts, 1e lijns fysiotherapeut)	onderscheidend vermogen
6.2f	Wie zijn betrokken bij de bespreking en evaluatie van het zorgplan? Andere functionaris, namelijk:	onderscheidend vermogen
6.3a	Kunnen in uw locatie alle betrokken zorgverleners, behandelaren en paramedici alle onderdelen van het zorgdossier lezen?	onderscheidend vermogen
6.3b	Kunnen in uw locatie alle betrokken zorgverleners, behandelaren en paramedici in alle onderdelen van het zorgdossier schrijven?	onderscheidend vermogen
6.3c	Kunnen cliënten(vertegenwoordigers) het zorgdossier inzien?	onderscheidend vermogen

indicator	indicatornaam	Reden geen onderdeel analyses
6.3d	Kunnen cliënten(vertegenwoordigers) in het zorgdossier schrijven?	onderscheidend vermogen
6.4	Worden (bijna)incidenten in de zorg voor de cliënt in diens zorgdossier gemeld?	onderscheidend vermogen
6.4a	Indien Ja op 6.4, vindt er met betrokkenen een evaluatie plaats?	onderscheidend vermogen
6.5	Mogelijkheid tot toelichting.	kwalitatieve informatie
7	URL van de website waar het Kwaliteitsverslag 2018 van de zorgorganisatie te vinden is.	kwalitatieve informatie
8.3	Wat is het totaal aantal bevroegde cliënten?	Inhoudelijke reden
8.4	Opmerkingen:	kwalitatieve informatie

### 8.3 Representativiteit kwaliteitsgegevens

De verpleeghuizen van wie we alleen kwaliteitsgegevens hebben, verschillen van de verpleeghuizen waarvoor we naast kwaliteitsgegevens ook declaratiegegevens hebben. Verpleeghuizen met alleen kwaliteitsgegevens leveren de gegevens vaker onvolledig aan, op de indicatoren die onderdeel zijn van deze studie.

Figuur 36 Vulling aangeleverde indicatoren



Daarnaast zijn het vaker kleinere organisaties, zie Tabel 22.

Tabel 22 Aantal FTE per onderneming naar beschikbaarheid informatie

	Totaal aantal FTE	Gemiddeld aantal FTE	Aantal ondernemingen
<b>Alleen kwaliteit</b>	8.789	49	237
<b>Kwaliteit &amp; declaratiegegevens</b>	113.827	394	309

De gemiddelde waarden van een deel van de gebruikte indicatoren verschilt bij de indicatoren 'bespreken decubitus', 'afspraken levenseinde' en de samengestelde indicator vrijheidsbeperkende maatregelen, zoals is af te lezen in Tabel 23.

Tabel 23 verschillen gemiddelde waarden gebruikte indicatoren

	aantal alleen kwaliteit	aantal kwaliteit & declaraties	Gemiddelde alleen kwaliteit	Gemiddelde kwaliteit & declaraties	p-waarde verschil gemiddelde is niet gelijk aan 0
<b>Structuur indicatoren</b>					
fte per cliënt	817	1370	4.23	6.17	0.28
% ziekteverzuim	774	1286	7.23	7.28	0.83
% personeel niet in loondienst (PNIL)	749	1226	6.06	5.96	0.83
<b>procesindicatoren</b>					
bespreken decubitus	459	987	87.15	82.03	0.01
afspraken levenseinde medicatiebeleid	815	1342	87.03	91.64	0.00
<b>uitkomstindicatoren</b>					
Aanbevelingsscore (samenvoegen twee meetmethodes)	707	1266	80.70	78.60	0.08
samengestelde score vrijheidsbeperkende maatregelen	769	1238	0.04	-0.02	0.01
decubitus	776	1276	3.69	3.99	0.22

## 8.4 Resultaten aanbevelingsscore naar bron kwaliteitsscore

In onderstaande tabellen worden de regressie resultaten gepresenteerd waarbij de gegevens zijn geselecteerd op de bron van de ervaringsscore. De ervaringsscore kan gebaseerd zijn op een meting door een meetbureau of via ZorgkaartNederland.

Tabel 24 resultaten ervaringscore bron kwaliteit = 0 (meetbureau)

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
Fascia count		0.013 (0.016)				
Marktaandeel			-0.010 (0.356)			
HHI				-0.173 (0.563)		
Inverse LOCI					-0.135 (0.352)	
WTP						-0.281 (0.633)
% afspraken levenseinde	-0.012* (0.006)	-0.012* (0.005)	-0.012* (0.006)	-0.012* (0.006)	-0.012* (0.006)	-0.012* (0.006)
Aantal FTE per client	-0.481 (0.372)	-0.522 (0.378)	-0.482 (0.379)	-0.481 (0.373)	-0.498 (0.380)	-0.499 (0.380)
% personeel niet in loondienst	-0.027*** (0.008)	-0.027*** (0.008)	-0.027*** (0.008)	-0.027*** (0.008)	-0.027*** (0.008)	-0.027*** (0.008)
% ziekteverzuim	-0.089* (0.037)	-0.090* (0.037)	-0.089* (0.037)	-0.089* (0.037)	-0.089* (0.037)	-0.089* (0.037)
% actief wachtenden	3.205 (11.320)	3.872 (11.485)	3.212 (11.339)	3.130 (11.251)	3.082 (11.413)	3.102 (11.427)
% wens wachtenden	2.113* (0.972)	2.109* (0.968)	2.113* (0.971)	2.114* (0.975)	2.151* (0.956)	2.142* (0.963)
Aantal in zorg / 10	0.001 (0.004)	0.001 (0.004)	0.001 (0.004)	0.001 (0.004)	0.002 (0.004)	0.002 (0.004)
Statusscore	0.330* (0.143)	0.320* (0.142)	0.330* (0.143)	0.327* (0.143)	0.333* (0.143)	0.333* (0.143)
Omgevingsadressendichtheid	-0.000 (0.000)	-0.000 (0.000)	-0.000 (0.000)	-0.000 (0.000)	-0.000 (0.000)	-0.000 (0.000)
Medicatieveiligheid = 2, categorie 2	-0.115 (0.232)	-0.118 (0.233)	-0.114 (0.235)	-0.103 (0.243)	-0.112 (0.231)	-0.106 (0.233)
Medicatieveiligheid = 3, categorie 3	0.081 (0.164)	0.085 (0.165)	0.081 (0.165)	0.085 (0.167)	0.085 (0.167)	0.086 (0.168)
Medicatieveiligheid = 4, categorie 4	-0.070 (0.144)	-0.064 (0.143)	-0.069 (0.145)	-0.064 (0.146)	-0.065 (0.148)	-0.063 (0.148)
Constante	3.580*** (0.888)	3.656*** (0.902)	3.584*** (0.936)	3.650*** (0.946)	3.808*** (1.125)	3.962*** (1.303)
Pseudo R <sup>2</sup>	.0491	.0493	.0491	.0491	.0499	.0492
Aantal observaties	299	299	299	299	299	299

Robuuste standaardfouten (tussen haakjes) zijn geclusterd op ondernemingsniveau. Elke regressie bevat zorgkantoor-specifieke intercepts.

+ significant op 10%; \* op 5%; \*\* op 1%; \*\*\* op 0.1%.

Tabel 25 resultaten ervaringscore bron kwaliteit = 1 (Zorgkaart NL)

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
Fascia count		0.002 (0.030)				
Marktaandeel			-0.590 (0.788)			
HHI				-2.116 (1.298)		
Inverse LOCI					0.104 (0.466)	
WTP						-0.315 (1.024)
% afspraken levenseinde	0.005 (0.007)	0.005 (0.007)	0.005 (0.007)	0.004 (0.007)	0.005 (0.007)	0.005 (0.007)
Aantal FTE per client	1.711* (0.849)	1.709* (0.845)	1.710* (0.854)	1.708* (0.868)	1.720* (0.849)	1.695* (0.855)
% personeel niet in loondienst	-0.010 (0.021)	-0.010 (0.021)	-0.009 (0.021)	-0.010 (0.021)	-0.010 (0.021)	-0.010 (0.021)
% ziekteverzuim	-0.133* (0.065)	-0.133* (0.066)	-0.135* (0.065)	-0.144* (0.064)	-0.131* (0.066)	-0.136* (0.066)
% actief wachtenden	-24.732 (17.302)	-24.763 (17.339)	-26.037 (17.159)	-27.254 (17.098)	-24.584 (17.212)	-24.809 (17.243)
% wens wachtenden	1.731 (1.220)	1.735 (1.206)	1.814 (1.266)	1.972 (1.261)	1.696 (1.219)	1.792 (1.251)
Aantal in zorg / 10	-0.004 (0.004)	-0.004 (0.004)	-0.002 (0.005)	-0.003 (0.004)	-0.004 (0.005)	-0.003 (0.005)
Statusscore	-0.028 (0.292)	-0.027 (0.293)	-0.012 (0.294)	-0.003 (0.298)	-0.028 (0.292)	-0.024 (0.293)
Omgevingsadressendichtheid	0.000 (0.000)	0.000 (0.000)	-0.000 (0.000)	-0.000 (0.000)	0.000 (0.000)	0.000 (0.000)
Medicatieveiligheid = 2, categorie 2	0.351 (0.583)	0.355 (0.595)	0.346 (0.592)	0.404 (0.599)	0.352 (0.585)	0.359 (0.567)
Medicatieveiligheid = 3, categorie 3	0.428 (0.428)	0.429 (0.439)	0.421 (0.429)	0.447 (0.434)	0.425 (0.428)	0.430 (0.430)
Medicatieveiligheid = 4, categorie 4	0.343 (0.434)	0.345 (0.448)	0.355 (0.434)	0.410 (0.445)	0.338 (0.434)	0.350 (0.436)
Constante	-0.250 (1.513)	-0.250 (1.513)	-0.028 (1.586)	0.390 (1.575)	-0.425 (1.804)	0.182 (2.186)
Pseudo R <sup>2</sup>	0.0612	0.0612	0.0620	0.0648	0.0612	0.0613
Aantal observaties	407	407	407	407	407	407

Robuuste standaardfouten (tussen haakjes) zijn geclusterd op ondernemingsniveau. Elke regressie bevat zorgkantoorspecifieke intercepts.

+ significant op 10%; \* op 5%; \*\* op 1%; \*\*\* op 0.1%.

