

Kleinschalige woonzorgvormen in Nederland

*Kosten, financiële karakteristieken,
kwaliteit en toegankelijkheid*

Florien Kruse

Erik Wackers

Marlien Kolmus

Simone van Dulmen

Patrick Jeurissen

Kleinschalige woonzorgvormen in Nederland

Kosten, financiële karakteristieken, kwaliteit en toegankelijkheid

25 augustus 2022

Projectteam:

dr. Florian Kruse
Erik Wackers
Marlien Kolmus
dr. Simone van Dulmen
Prof. dr. Patrick Jeurissen

Correspondentie:

IQ healthcare, Radboudumc
Dr. Florian Kruse, projectleider
Postbus 9101, 114 IQ healthcare, 6500 HB Nijmegen
T: +31(0) 615261275
E: florien.kruse@radboudumc.nl

Dit is een publicatie van Scientific Center for Quality of Healthcare (IQ healthcare), Radboudumc. De studie is uitgevoerd op verzoek van het ministerie van VWS, binnen de leerstoel 'Betaalbaarheid van zorg' (Radboudumc). Citeren van delen uit dit rapport is toegestaan met bronvermelding (F. Kruse, E. Wackers, M. Kolmus, S. van Dulmen en P. Jeurissen. Kleinschalige woonzorgvormen in Nederland. Kosten, financiële karakteristieken, kwaliteit en toegankelijkheid. Radboudumc, Nijmegen 2022).

Inhoudsopgave

Afkortingen en definities.....	5
Samenvatting.....	6
1 Introductie	9
1.1 Inleiding	9
1.2 Doelstelling	10
1.3 Vraagstelling	11
1.4 Onderzoekspopulatie	11
1.5 Methoden van onderzoek	11
1.6 Leeswijzer	12
2 Organisatieperspectief op basis van kwalitatieve data	14
2.1 Kernaanbevelingen	14
2.2 Doelstellingen	14
2.3 Methoden	14
2.4 Resultaten.....	15
2.5 Beperkingen onderzoek.....	20
2.6 Conclusie.....	20
3 Macroperspectief op organisatieniveau	22
3.1 Kernbevindingen.....	22
3.2 Doelstellingen	22
3.3 Vraagstellingen	22
3.4 Methode	22
3.5 Resultaten.....	25
3.6 Conclusie.....	30
4 Macroperspectief op cliëntniveau	31
4.1 Kernbevindingen.....	31
4.2 Doelstellingen	31
4.3 Vraagstellingen	31
4.4 Methoden	31
4.5 Resultaten.....	34
4.6 Beperkingen.....	40
4.7 Conclusie.....	40
5 Conclusies	41
6 Referenties.....	44
7 Bijlagen.....	46
7.1 Bijlage 1.....	46
7.2 Bijlage 2.....	47
7.3 Bijlage 3.....	48
7.4 Bijlage 4.....	49
7.5 Bijlage 5.....	50

Afkortingen en definities

Blz	Besluit langdurige zorg
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
grootschalige woonvormen	Woonzorglocaties waar 27 of meer bewoners wonen en zorg ontvangen via intramurale zorgpakketten
intramurale verpleeghuiszorg keten	Wonen en zorg die via zorgzwaartepakketten wordt ingekocht door het zorgkantoor
kleinschalige woonvormen	Een verpleeghuisorganisatie die 2 of meer locaties bezit
MPT	Woonzorglocaties waar minimaal 3 en maximaal 26 bewoners wonen en zorg ontvangen via extramurale zorgpakketten
NHC	Modulair Pakket Thuis
NPS	Normatieve huisvestingscomponent
PGB	Net Promoter Score
VPT	Persoonsgebonden budget
V&V	Volledig Pakket Thuis
Wlz	Verpleging en verzorging
Wmo	Wet langdurige zorg
Wtza	Wet maatschappelijke ondersteuning
Zvw	Wet toetreding zorgaanbieders
zzp	Zorgverzekeringswet
	Zorgzwaartepakket

Samenvatting

De vraag naar langdurige zorg neemt toe. De samenleving vergrijst en burgers verwachten steeds hogere kwaliteits- en serviceniveaus: meer persoonsgerichte zorg, meer handen aan het bed en een fijne en vertrouwde eigen woonomgeving. Dit draagt bij aan een snelle stijging van kleinschalige woonzorgvormen voor ouderen. Het merendeel werd van oudsher door de (niet-reguliere) particuliere sector aangeboden. In de praktijk organiseert men tegenwoordig geclusterde extramurale zorgpakketten (VPT/MPT, PGB) die door de Wlz worden gefinancierd; daarnaast worden huur- en servicekosten privaat met de cliënt afgerekend. Reguliere verpleeghuizen exploiteren inmiddels ook steeds vaker kleinschalige woonzorgvormen.

Vanuit de overheid is er toenemende interesse voor kleinschalige woonzorgvormen. Ze worden gezien als meer persoonsgericht en daarnaast bestaat de verwachting dat het scheiden van wonen en zorg leidt tot besparingen voor de Wlz. Tot dusver ontbreekt een integraal overzicht van de kosten, de kwaliteit en de toegankelijkheid van kleinschalige woonzorgvormen. Het doel van dit onderzoek is om meer inzicht te krijgen in en hoe kleinschalige woonzorgvormen bij kunnen dragen aan een houdbaar systeem voor onze langdurige zorg. We hebben hiervoor verschillende deelonderzoeken uitgevoerd waarbij zowel kwalitatieve- als kwantitatieve onderzoeksmethoden zijn toegepast.

Het doel van het eerste deelonderzoek was om meer inzicht te krijgen in de visie van zorgmanagers, zorginkopers en beleidsmedewerkers. Er zijn twintig interviews afgenomen. Het beeld dat hieruit naar voren komt is dat een pluralistisch zorglandschap wenselijk is. De kleinschalige woonzorgvormen horen hier zeker bij. Meer verontrustend is misschien dat men deze zeker niet ziet als meer doelmatig, integendeel. Men denkt dat kleinschalige woonzorgvormen minder efficiënt zijn, bijvoorbeeld omdat de nachtdiensten slechts over een beperkt aantal bewoners kan worden omgeslagen. Kleinschalige woonzorgvormen lijken dan ook niet bij te dragen aan minder krapte op de arbeidsmarkt. Respondenten ervaren het als ingewikkeld om kleinschalige locaties via zorg in natura financieren. Sommige reguliere huizen steunen hun kleinschalige locaties met kruissubsidiëring. Kleinschalige woonzorgvormen zijn financieel goed te exploiteren als zorg en wonen worden gescheiden. Dit impliceert dat de woon- en servicekosten dan duurder zijn dan de huidige normatieve huisvestingcomponent. Mede hierdoor richt de kleinschalige woonzorgsector zich dan ook bovengemiddeld vaak op de hogere segmenten. Het vastgoed is vaak niet in eigen beheer, maar deze kosten en die van allerlei diensten zijn wel doorslaggevend voor het toegankelijk maken van deze voorzieningen voor mensen uit alle sociaaleconomische groepen.

Kleinschalige woonzorgvormen hebben een hogere cliënttevredenheid maar zijn op de zorgcomponent net zo duur (gecontroleerd voor selectie-effecten) als traditionele verpleeghuizen. Er zijn behoorlijke schaalnadelen en indien de huidige snelle groei zich continueert dan kunnen hiervan materiële effecten uitgaan richting de krappe arbeidsmarkt van de zorg. Alleen door zorg en wonen van elkaar te scheiden zijn veel kleinschalige woonzorgvormen financieel gezond te exploiteren. Maar hierdoor vinden er belangrijke

selectie-effecten plaats. Omdat de toegang voor hogere inkomens beter is heeft dit in de praktijk ook consequenties voor de solidariteit. Een belangrijke beperking van dit onderzoek is dat de private kosten die cliënten zelf maken voor het wonen in en de diensten van kleinschalige woonzorgvorm niet zijn onderzocht. Veel instellingen wilden hier geen openheid over geven.

Het beleid is erop gericht om het aandeel kleinschalig wonen binnen de ouderenzorg verder te laten groeien. Dit sluit reeds aan bij een sterke trend en de verwachting is dan ook dat deze zich (versneld) zal doorzetten. Ten opzichte van de persoonsgebonden budgetten, die vooral bij zelfstandige kleinschalige woonvormen populair waren, zal het VPT, dat ook door reguliere verpleeghuizen wordt gebruikt, in belang toenemen. Een onderbelicht aspect dat dan ook meer maatschappelijk aandacht zal genereren, is de kwetsbare weerbaarheid in termen van bedrijfsvoering en financiën: volatiliteit van toe- en uittredingen op de markt zullen waarschijnlijk toenemen.

In het tweede deelonderzoek (hoofdstuk 3) was het doel een overzicht creëren van 1) alle geclusterde woonzorgvormen op locatieniveau; en 2) het vergelijken van deze instellingen met reguliere verpleeghuislocaties. Er is een nieuwe dataset opgesteld bestaande uit informatie van het CIBG (jaarverslagen), het Kadaster, de Kamer van Koophandel en de Sociale Verzekeringsbank. Daarnaast zijn extra jaarverslagen bij de Kamer van Koophandel aangeschaft, aangezien sommige kleinschalige woonzorgvormen niet verplicht zijn om hun financiële gegevens aan te leveren bij het CIBG. We hebben verder de openbare kwaliteitsdata van Zorginstituut Nederland (ZiNL) en regionale gegevens van het CBS ook gekoppeld aan onze basisdataset.

Uit onze database blijkt dat zo'n 29% van alle locaties, kleinschalige woonzorgvormen betreft (3 – 26 plekken); meer dan de helft (55%) van deze kleinschalige woonzorgvormen worden via extramurale zorgpakketten gefinancierd (VPT/MPT, PGB). De grootschalige reguliere verpleeghuislocaties worden nog steeds hoofdzakelijk als zorg in natura gefinancierd (83%); de helft van de kleinschalige woonzorgvormen heeft een rechtsvorm die het uitkeren van winstmogelijk maakt. Kleinschalige woonzorgvormen vestigen zich wat vaker in minder stedelijke welvarende gebieden met een groeiend aantal 65-plussers.

Onze analyses maken duidelijk dat er geen sterk verband bestaat tussen de kwaliteit van zorg en schaalgrootte van de instelling. Wel scoren kleinschalige woonzorgvormen significant hoger op cliënttevredenheid (Net Promotor Scores (NPS)). Er is ook geen sterk verband tussen financiële prestaties en omvang. Alleen het weerstandsvermogen was significant lager in kleinschalige woonzorgvormen, maar dit komt waarschijnlijk door juridische constructies die het vastgoed in een aparte rechtsvorm onderbrengen.

In het derde en laatste deelonderzoek (hoofdstuk 4) was het doel om: 1) verschillen tussen het zorggebruik en de zorgkosten van cliënten in kleinschalige versus grootschalige woonzorgvormen in kaart te brengen; en 2) mogelijke afwenteleffecten tussen de domeinen in kaart te brengen; en 3) te corrigeren voor potentiële selectie-effecten. We zien een instelling als kleinschalig wanneer minimaal vijf personen met Wlz (V&V) indicatie op

hetzelfde adres wonen. Met behulp van CBS Microdata hebben we alle unieke personen geselecteerd die van 2015 tot en met 2018 gebruik maakten van langdurige zorg; vervolgens hebben we aanvullende datasets gekoppeld met adressen en verhuizingen, zorggebruik en -kosten en met sociaaleconomische kenmerken.

In onze analyse verblijft dertig procent van de geïncludeerde personen in een geclusterde extramurale woonzorgvorm. Deze mensen hebben een langere gemiddelde verblijfsduur, hoger vermogen en relatief vaker een wat lichtere zorgzwaarte (ZZP 4/5). Zonder correcties voor persoonskenmerken hebben personen in een traditioneel verpleeghuis hogere mediane kosten in de langdurige zorg (zonder normatieve huisvestingcomponent), in het jaar na hun verhuizing dan personen in de geclusterde extramurale zorginstellingen. In de curatieve zorg is dit effect precies andersom: hogere kosten voor mensen die kleinschalig wonen. Dit is echter zonder correctie voor selectie-effecten. Deze zijn substantieel want wanneer we vervolgens de personen willekeurig verdelen over de beide groepen dan verdwijnen alle besparingen bij de geclusterde woonvormen. Expliciete persoonskenmerken (zorgzwaarte, overleving, sociaaleconomische status) en impliciete kenmerken (bijvoorbeeld leefstijl en beschikbaarheid mantelzorg) determineren de door ons gevonden kostenverschillen tussen kleinschalige en reguliere zorginstellingen. De kleinschalige instellingen zijn dan ook niet goedkoper vanuit een budgettair perspectief.

1 Introductie

1.1 Inleiding

Het Nederlandse langdurige zorgsysteem staat onder financiële druk (Adema and van Tilburg 2019, Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR) 2021). De Wet op de langdurige zorg (Wlz), ingesteld in 2015, heeft de substantieel stijgende trend van de uitgaven aan ouderenzorg tot dusver niet kunnen keren. De vraag naar langdurige zorg neemt niet alleen toe (de samenleving vergrijst), maar burgers verwachten ook hogere kwaliteits- en serviceniveaus, mede omdat hun eigen welvaart is toegenomen (Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) 2017). Burgers vragen om meer persoonsgerichte zorg en meer privacy. Het snel groeiende aanbod van kleinschalige woonzorgvormen speelt in op deze veranderde vraag (Bos, Kruse et al. 2020).

Een kleinschalige woonzorgvorm is een locatie met minimaal 3 en maximaal 26 bewoners. In deze studie verwijst de algemene term woonzorgvormen naar deze kleine locaties; we spreken van verpleeghuizen bij grootschalige woonvormen (> 26 bewoners) omdat dit gangbaar is in de spreektaal. Het aantal kleinschalige woonvormen is naar schatting verdrievoudigd, van circa 130 locaties (2012) naar ruim 400 in 2019 (Kenniz 2020). Het merendeel van deze kleinschalige zorg wordt aangeboden door de (niet-reguliere) particuliere sector (Plaisier and den Draak 2019, Bos, Kruse et al. 2020). De particuliere sector organiseert door de Wlz gefinancierde extramurale zorgpakketten en rekent huur- en servicekosten apart met de cliënt af. Er is sprake van grote verschillen in de berekende tarieven, afhankelijk van de locatie en het woon- en serviceniveau.

Kleinschalige woonzorgvormen zijn niet alleen een vorm van meer persoonsgerichte zorg, meer diversiteit in het aanbod van zorg, maar zouden ook onderdeel kunnen vormen voor de aanpak van de toenemende vraag naar langdurige zorg. Verder bestaat bij de verwachting dat scheiden van wonen en zorg, zoals deze instellingen doen, op de lange termijn tot besparingen kan leiden. Bijvoorbeeld door een doelmatigere bedrijfsvoering en een gedeeltelijke privatisering van de woon- en servicecomponenten. In het coalitieakkoord is hiervoor een budgettaire taakstelling van 1.2 miljard euro in 2052 opgenomen (VVD & D66 & CDA en ChristenUnie 2021). Men is voornemens de groei van de verpleegzorgplekken zoveel mogelijk te leveren door geclusterde woonzorgvormen. Het kan gaan om maximaal 50.000 plekken tot 2030 (Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport 2022). Hiermee ontstaan dus grote kansen voor de particuliere sector die kleinschalige woonzorgvormen aanbiedt.

Meer kleinschalig wonen wordt gezien als een strategie die aansluit bij de wens naar meer persoonsgerichte zorg die op termijn ook zou kunnen bijdragen aan de (budgettaire) houdbaarheid van de langdurige zorg. Een belangrijke vraag is dus of kleinschalige woonzorgvormen de langdurige zorg beter betaalbaar maakt en de kwaliteit van zorg verbetert. Er is weinig empirisch onderzoek gedaan naar de relatieve kosten van kleinschalige

woonzorgvormen ten opzichte van de traditionele verpleeghuizen (Verbeek, van Rossum et al. 2009). Deze studie beoogt in die leemte te voorzien.

Kosten, kwaliteit en toegankelijkheid

Er zijn kanttekeningen te plaatsen bij de hypothese dat kleinschalige woonvormen de kwaliteit van de langdurige zorg verbeteren tegen gunstigere kosten. Een economisch-theoretische benadering veronderstelt immers dat kleinschalige woonzorgvormen relatief hogere kosten per client moeten maken omdat ze niet dezelfde schaalvoordelen bezitten als grotere instellingen: vaste kosten moeten worden verdeeld over een kleinere groep cliënten. Tevens zijn er aanwijzingen dat kleinschalige zorginstellingen meer ‘handen aan het bed’ hebben (Plaisier and den Draak 2019). Ten slotte zien we dat vooral (niet-reguliere) particuliere instellingen deze kleinschalige woonzorgvormen exploiteren (Bos, Kruse et al. 2020). Zij maken veelal gebruik van risicodragend privaat kapitaal en dat is relatief duurder dan andere manieren van kapitaalverschaffing, bijvoorbeeld (geborgde) leningen en subsidies. Dit komt omdat de investeerders een hogere risico-opslag voor hun kapitaal vragen (Reinhardt 2000).

Er zijn slechts enkele studies die de kwaliteit van kleinschalige woonzorgvormen hebben onderzocht, zowel nationaal als internationaal. Daaruit vallen geen eenduidige conclusies te trekken. Sommige studies concluderen dat kleinere woonzorginstellingen beter scoren op bijvoorbeeld de kwaliteit van leven en dat werknemers minder werkdruk ervaren (Kane, Lum et al. 2007, te Boekhorst, Depla et al. 2009, Pot and de Lange 2010, Verbeek, Zwakhalen et al. 2012). Andere studies vinden juist geen bewijs voor kwaliteitsverschillen tussen grotere en kleinere verpleeghuisinstellingen (Onishi, Suzuki et al. 2006, Verbeek, Zwakhalen et al. 2010).

Toegankelijkheid is een derde aspect. Veel kleinschalige woonzorgvormen zijn in particuliere handen en in het algemeen beter toegankelijk voor cliënten met een hoge sociaaleconomische status. Deze kunnen zich de veelal hogere huur- en servicekosten veroorloven (Plaisier and den Draak 2019, Bos, Kruse et al. 2020). Daarnaast zijn er ook mogelijke verschillen in waar deze kleinschalige woonzorgvormen zich vestigen. Er zijn bijvoorbeeld aanwijzingen dat de particuliere sector zich vaker vestigt in gebieden met een hogere gemiddelde woningwaarde; en waar bewoners met een hogere sociaaleconomische status wonen (Bos, Kruse et al. 2020)

1.2 Doelstelling

Het primaire doel van dit onderzoek is inzicht te krijgen of kleinschalige woonzorgvormen kunnen bijdragen aan een betaalbaar zorgsysteem. We willen weten wat de belangrijkste voor- en nadelen zijn van kleinschalige woonzorgvormen. We hanteren daarbij een maatschappelijk perspectief, dat wil zeggen dat we alle collectieve kosten in onze analyses betrekken. Naast zorgkosten van de kleinschalige woonvormen gaat het dan bijvoorbeeld om kosten voor de curatieve zorg. We abstraheren de (private) kosten van de woon- en

servicecomponenten die niet door de Wlz worden gedekt. Uiteraard is het relevant om te weten wat we ‘kopen’ met de collectieve investeringen en we kijken dan ook naar de kwaliteit en de toegankelijkheid van deze vormen van zorg.

1.3 Vraagstelling

De vraag die centraal staat in dit onderzoek is of meer kleinschalige woonzorgvormen bijdragen aan een betaalbaar en beter houdbaar systeem voor langdurige zorg. Dat doen we door de volgende vragen te stellen: Wat zijn de belangrijkste karakteristieken van kleinschalige woonzorgvormen? Hoe verschillen deze ten opzichte van grotere reguliere (intramurale) verpleeghuizen? In hoeverre worden de beschikbare cijfers hierover vertekend door selectie-effecten? Hoe doelmatig zijn kleinschalige woonvormen? En in welke mate wordt kwaliteit en toegankelijkheid hierin gewaarborgd?

1.4 Onderzoekspopulatie

In de literatuur bestaat geen eenduidigheid over de precieze definitie van kleinschalige woonzorgvormen. Er zijn enkele pogingen gedaan om een categorisatie te maken (Te Boekhorst, Depla et al. 2007), maar deze verschillen voor wat betreft de maximale en minimale grootte; sommige definities includeren ook de ‘organisatiecultuur’ als een relevant criterium (Coleman, Looney et al. 2002, Cohen, Zimmerman et al. 2016).

Wij definiëren kleinschalige woonzorgvormen als unieke woonzorglocaties met minimaal drie en maximaal 26 bewoners, overeenkomstig het Besluit langdurige zorg (Blz) artikel 3.14. Deze studie bakent kleinschalige woonzorgvormen bovendien af tot één kleinschalige woonzorggroep per locatie (unieke postcode). Een regulier verpleeghuis waar bijvoorbeeld meerdere kleinschalige woonzorggroepen op één locatie verblijven, wordt in deze studie dus niet gezien als kleinschalige woonzorgvorm en daardoor niet meegenomen. Dit is een belangrijke beperking omdat steeds meer verpleeghuizen op hun terrein dit soort kleinschalige voorzieningen exploiteren. Dit onderzoek includeert kleinschalige woonzorgvormen met een winstoogmerk en zonder winstoogmerk (box 1.1).

Box 1.1 Verbod op winstuitkering in de intramurale zorg

Nederland kent een winstuitkeringsverbod voor nagenoeg alle collectief gefinancierde intramurale zorg. Onder intramurale zorg wordt onder andere alle verpleeghuiszorg verstaan (met meer dan zes bedden, maar niet de thuiszorg. De (kleinschalige) particuliere woonzorgvormen kunnen het winstuitkeringsverbod in de praktijk ontwijken door wonen en zorg te scheiden. Zorg wordt dan extramuraal via thuiszorgpakketten geleverd en de wooncomponent wordt privaat afgerekend middels huur- en servicekosten.

1.5 Methoden van onderzoek

Dit is een *mixed methods* studie. We maken gebruik van kwalitatieve- en kwantitatieve onderzoeksmethoden. Onze analyses bestaan uit een drietal onderzoeklijnen:

(1) Organisatieperspectief op basis van kwalitatieve data (hoofdstuk 2)

- (2) Macroperspectief op basis van (openbare) data op organisatieniveau (hoofdstuk 3);
 (3) Macroperspectief op basis van (openbare) data op cliëntniveau (hoofdstuk 4);

Tabel 1.1 beschrijft de verschillende onderzoeklijnen, databronnen en methoden. De onderzoeklijnen worden in de volgende hoofdstukken verder uitgewerkt.

Tabel 1.1. Overzicht van het onderzoeksproject

	Onderzoekslijn 1	Onderzoekslijn 2	Onderzoekslijn 3
	Hoofdstuk 2	Hoofdstuk 3	Hoofdstuk 4
Type	Organisatieperspectief op basis data organisatieniveau	Macroperspectief op basis data op organisatieniveau	Macroperspectief op basis data op cliëntniveau
Methode	Kwalitatief	Kwantitatief	Kwantitatief
Deelvragen	<ul style="list-style-type: none"> • Hoe verschillen kleinschalige woonzorgvormen van verpleeghuizen met betrekking tot zorg- en bedrijfsmodellen en governance? • Hoe relateren de zorg- en bedrijfsmodellen en governance structuren aan kwaliteit en toegankelijkheid van zorg? 	<ul style="list-style-type: none"> • Hoe zijn kleinschalige woonzorgvormen verspreid over Nederland (ten opzichte van grootschalige verpleeghuizen)? Welke factoren kunnen dit mogelijk verklaren? • Hoe relateert schaalgrootte aan kwaliteit van zorg? • Hoe verschillen kleinschalige woonzorgvormen met betrekking tot hun financiële prestaties? 	<ul style="list-style-type: none"> • Welk type cliënten maakt gebruik van geclusterde extramurale zorg t.o.v. intramurale zorg? • Wat zijn de kosten van geclusterde extramurale zorg vanuit maatschappelijk perspectief (ten opzichte van intramurale zorg)? • In hoeverre kunnen de maatschappelijke kosten verklaard worden door selectie-effecten?
Dimensie onderzoek	Kosten, kwaliteit en toegankelijkheid	Kosten & kwaliteit	Kosten & toegankelijkheid
Doel	Beschrijvend en explorierend	Beschrijvend en explorierend	Beschrijvend en verklarend

De kostendimensie wordt gemeten met de zorgkosten die cliënten maken in de Wlz en de Zvw; en betreft indicatoren die de financiële gezondheid van de zorgorganisaties in kaart brengen. De kwaliteitsdimensie betreft de gemeten zorg gerelateerde kwaliteit en ervaren welzijn van de cliënten. Toegankelijkheid meten we in de mate dat verschillende type cliënten (bijvoorbeeld op basis van sociaaleconomische status en zorgzwaarte) bediend worden in de woonzorgvormen.

1.6 Leeswijzer

Ieder hoofdstuk begint met een opsomming van de kernbevindingen en de doelstellingen van het desbetreffende deelonderzoek. Onderzoeksmethode en resultaten worden per deelonderzoek toegelicht. Er zijn drie deelonderzoeken uitgevoerd. Hoofdstuk 2 beschrijft het organisatieperspectief op basis van kwalitatieve data op macro- en organisatieniveau: hoe opereren kleinschalige woonzorgvormen binnen de vigerende institutionele kaders van de wet- en regelgeving? Hoofdstuk 3 beschrijft het macroperspectief op basis van (openbare) data op organisatieniveau: hoe presteren kleinschalige woonzorgvormen ten opzichte van verpleeghuizen? Hoofdstuk 4 beschrijft het macroperspectief op het cliëntniveau: is er sprake

van besparingen versus verpleeghuizen? Hoofdstuk 5 vat de belangrijkste bevindingen samen en bediscussieert de betekenis hiervan voor de houdbaarheid van de langdurige zorg.

2 Organisatieperspectief op basis van kwalitatieve data

2.1 Kernaanbevelingen

- De ervaring is dat het ingewikkeld is kleinschalige woonzorgvormen via de intramurale pakketten te betalen; personeel zou niet effectief ingezet kunnen worden. Sommige grotere verpleeghuizen houden kleinschalige locaties in de lucht d.m.v. kruissubsidiëring.
- Volgens veel respondenten zijn kleinschalige woonzorgvormen wel te exploiteren door het scheiden van wonen en zorg. De extramurale zorgvergoedingen zijn voldoende voor de zorgcomponent.
- De hoge kosten van nachtdiensten vormen een veel besproken obstakel.
- Kleinschalig wonen lijkt niet bij te dragen aan oplossing tekorten arbeidsmarkt.
- Kleinschalige instellingen hebben het vastgoed veelal niet in eigen beheer. De vastgoedkosten zijn doorslaggevend in hoeverre kleinschalige woonzorgvormen toegankelijk zijn voor mensen uit alle sociaaleconomische groepen.

2.2 Doelstellingen

De doelstellingen van dit hoofdstuk zijn:

- Het verhaal 'achter' de karakteristieken van kleinschalige woonzorgvormen vertellen.
- Het in kaart brengen wat de visie is van verschillende stakeholders op de financiële houdbaarheid van kleinschalige woonzorgvormen.

2.3 Methoden

Om het verhaal 'achter de cijfers' te begrijpen zijn er meerdere interviews afgenomen bij managers, eigenaars, zorginkopers en beleidsmakers van zorgkantoren en het ministerie van VWS. De interviewvragen gaan o.a. over het bedrijfsmodel en welke kansen en belemmeringen respondenten ervaren om kleinschalige woonzorgvormen ook betaalbaar en van voldoende kwaliteit aan te bieden (Zie Bijlage 1 voor de topic guide). Wij hebben ook gesproken met enkele verpleeghuizen met kleinschalige woonzorglocaties. Wij bespraken keuzes en afwegingen die er zijn gemaakt om kleinschalige woongroepen binnen een grootschalige instelling te organiseren.

De semigestructureerde interviews zijn verbatim getranscribeerd en thematisch gecodeerd in ATLAS.ti (8.4.20) door twee onderzoekers. Deze onderzoekers zijn tot consensus gekomen over de codes en de wijze van codering. De kwalitatieve data is volgens de gedragscode wetenschappelijke integriteit (KNAW; NFU; NWO; TO2-federatie; Vereniging Hogescholen; VSNU 2018) geanonimiseerd en volgens de richtlijnen opgeslagen. In totaal zijn 20 interviews afgenomen (tabel 2.1).

Tabel 2.1 Overzicht respondenten

	Aantal respondenten
Eigenaren, managers en vertegenwoordigers kleinschalige woonzorgvormen	8
Managers/vertegenwoordiger traditionele verpleeghuizen	7
Zorginkopers en beleidsmedewerkers	5

2.4 Resultaten

In deze paragraaf bespreken we de belangrijkste resultaten uit de interviews. Dit doen we aan de hand van vijf belangrijke thema's: het scheiden van wonen en zorg (paragraaf 2.4.1), het type financiering (paragraaf 2.4.2), personeel en kwaliteit (paragraaf 2.4.3), het vastgoed (paragraaf 2.4.4), en de toegankelijkheid (paragraaf 2.4.5).

2.4.1 Scheiden wonen en zorg

Meerdere respondenten gaven aan dat zij het niet meer van deze tijd vinden om vanuit belastinggeld de wooncomponenten voor ouderen te betalen en dat het realistisch is als cliënten dit grotendeels zelf uit eigen portemonnee gaan betalen. Dit geluid kwam met name naar voren bij de respondenten van de kleinschalige woonzorgvormen, de zorginkopers en de beleidsmedewerkers. Daarbij vonden zij het wel belangrijk dat er voldoende betaalbare plekken beschikbaar zijn voor mensen met een klein besteedbaar inkomen. Verder worden de kleinschalige woonzorgvormen gezien als een oplossing om langer zelfstandig te wonen. Deze initiatieven ziet men als tussenvorm tussen thuis wonen en het verpleeghuis met zwaardere zorg.

Respondent: Zorginkopers en beleidsmedewerkers

Dat is ook wat wij zeggen [...] het langer zelfstandig thuis wonen dat dat de oplossing is voor het grote aantal Wlz-indicaties wat nog de komende jaren op ons af zal gaan komen. En hoe langer mensen thuis kunnen wonen, hoe beter we dat kunnen op blijven vangen. En ik zie dan toch kleinschalige woonvormen als een soort, ja alternatief voor het zelfstandig wonen. Je gaat op een andere plek zelfstandig wonen, laat ik het zo zeggen. Vaak blijf je huren of je koopt een appartement. En daar krijg je dan de WLZ zorg.

Het scheiden van wonen en zorg wordt met name in de praktijk gebracht door de kleinschalige woonvormen. De huur- en wooncomponenten worden dan privaat afgerekend en de thuiszorgpakketten (VPT/MPT en PGB) kunnen worden ingezet om de zorg zelf te betalen (zie Bijlage 2). Door scheiden van wonen en zorg kan men zich richten op kleinere doelgroepen doordat huur- en servicekosten minimaal kostendekkend worden verrekend. Hierdoor kunnen schaalnadelen en extra woonvoorzieningen en diensten worden betaald door de cliënten. Dit kan ook bijdragen aan betere zorg en welzijn. Met andere woorden er kan een hoger voorzieningenniveau dan in de Wlz naturazorg worden geboden. Het is opmerkelijk dat de respondenten uit de kleinschalige woonzorgsector aangaven aan dat de publieke vergoedingen voor de zorg (VPT, MPT en PGB) momenteel meer dan afdoende zijn om de zorg te financieren, mits men daarmee de minimale personele bezetting kan financieren.

De respondenten van de traditionele verpleeghuizen gaven aan dat ze kleinschalige woonzorglocaties hebben omdat ze daarmee een gemengd woonzorgportfolio kunnen aanbieden aan de cliënt en/of zorgkantoor. Daarnaast zijn een aantal kleinschalige locaties opgezet uit idealisme. In tegenstelling tot de respondenten kleinschalige woonvormen, gaven respondenten verbonden aan intramurale verpleeghuizen juist aan dat het financieel lastig is kleinschalige woonzorgvormen te organiseren. Hun grootschalige locaties draaien financieel beter en compenseren daarmee de kleinschalige locaties (kruissubsidiëring). Een aantal respondenten van grootschalige instellingen gaf desalniettemin aan dat zij meer toekomst zien in het organiseren van kleinschalige locaties. Om financieel positief te draaien is er dan een minimum van 32 plekken nodig, waarbij deze cliënten opgesplitst worden in groepen van 8.

De respondenten van kleinschalige woonzorgvormen verschillen van mening over het aantal bedden dat nodig is om financieel gezond te blijven. Er blijkt wel consensus te bestaan dat dit met minder dan tien bewoners erg lastig is. Meerdere zorgmanagers noemen als richtlijn dat men met rond de zestien of meer bewoners financieel uit kan komen. Het minimumaantal benodigde bedden hangt ook samen met de doelgroep waarop het verpleeghuis zich richt: bij lagere segmenten is meer volume nodig om het financieel rond te krijgen. Financiële haalbaarheid is een belangrijk criterium voor het aantal bewoners, maar een andere is het zo persoonlijk mogelijk houden van de zorg (menselijke maat). Daarnaast is het belangrijk financiële marge te hebben voor investeringen in het personeel (opleiding), technologie en het opbouwen van financiële reserves. Een belangrijk risico dat door een aantal respondenten werd benoemd is dat de (volledige) bezetting cruciaal is voor de kleinschalige instellingen en dat leegstand grote consequenties kan hebben voor de financiële gezondheid van de organisatie. Een kleinere organisatie kan een (plotselinge) financiële klap minder goed opvangen dan een grotere organisatie.

Meerdere respondenten denken dat de kleinschalige *woonzorgvormen* het zwaarder gaan krijgen. De toenemende zorgvraag, de steeds zwaardere zorg en het tekort aan personeel zijn volgens deze respondenten beter aan te pakken binnen meer grootschalige verpleeghuizen. Een groter zorggebouw met meer volume is uiteindelijk toch (financieel) efficiënter te organiseren.

Zorgkantoren kunnen het gesprek aangaan over de servicekosten die men berekent aan cliënten en wat dit nu precies inhoudt bij instellingen die wonen en zorg scheiden, maar, zoals zij zeggen, zij gaan uiteindelijk niet over de hoogte van deze kosten. Dit is een belemmering aangezien de hoge servicekosten de toegankelijkheid van zorg binnen de regio in de praktijk kunnen belemmeren. Bovendien is het lastig voor de zorginkopers om te controleren of verkregen normatieve huisvestigingscomponenten niet (deels) ook worden verrekend in servicekosten.

2.4.2 Het type financiering

Financiering met persoonsgebonden budgetten werd veel ter sprake gebracht door de respondenten in de interviews. Hierover bestaan uiteenlopende perspectieven. Enerzijds ziet men de persoonsgebonden budgetten als een financieringsvorm die mensgerichte zorg mogelijk maakt; anderzijds brengen persoonsgebonden budgetten vaak zoveel additionele administratielasten met zich mee dat het cliënten en familie in de praktijk niet ontzorgt.

Daarnaast brengt deze financiering ook financiële risico's met zich mee omdat de vergoeding pas achteraf komt (er is geen bevoorschotting). Ten slotte vergroot de Wtza (die in 2022 wordt ingevoerd) zijn eerdere reikwijdte waardoor de PGB gefinancierde woonzorgvormen daar nu ook onder vallen (extra administratieve lasten). Hierdoor moet men bijvoorbeeld ook intern toezicht organiseren. Dit is voor kleine instellingen ingewikkeld en duur.

Respondent: Eigenaren/managers/vertegenwoordigers van kleinschalige woonzorgvormen

Niemand gaat gratis in de Raad van Toezicht zitten. Kijk voor de gein eens wat Raden van Toezicht van ziekenhuizen naar zich toegeschoven krijgen. [...] In Nederland doet niemand iets gratis. Maar waar moet ik dat dan weer van betalen? Uit de PGB mag het niet. [...] Die bewoner heeft er niet om gevraagd dus ik kan het ook niet uit de woonkosten halen, want het heeft niks met wonen te maken. Ja, uit onze eigen zak vind ik ook niet helemaal reëel want we hebben al een accountant die we betalen en we hebben al een belastingdienst die met ons meekijkt. [...] Dat zijn allemaal van die dingen dat ik denk gaan we weer. Weer iets. Op 17 bewoners, drie mensen. Maar de grote jongens, [...] echt hele grote instellingen die hebben ook drie leden in de Raad van Toezicht, maar dan gaat het over negen huizen en weet ik hoeveel personeel. Dat snap ik dan nog.

Er lijkt bij de kleinschalige woonzorgvormen een beweging plaats te vinden van financiering met persoonsgebonden budget naar VPT-financiering. Hiervoor zijn meerdere redenen aangedragen. Ten eerste, de regelgeving is voor PGB-huizen aangescherpt. De PGB huizen zijn nu verplicht zich te conformeren aan de meeste regels die ook gelden voor de VPT/MPT en intramurale huizen. Ten tweede, de vergoedingen voor VPT zijn hoger en dit is natuurlijk aantrekkelijker vanuit organisatieperspectief. Ten derde, het afsluiten van VPT-contracten met zorgkantoren geeft kleinschalige woonvormen financiële stabiliteit. Ten slotte, zorgkantoren lijken vaker bereid VPT-pakketten aan te bieden en om meerdere kleinschalige woonzorgvormen te contracteren. Eén van de redenen hiervoor lijkt te zijn dat het voor zorgkantoren goedkoper is VPT-pakketten te contracteren dan zorg-in-natura. Zorgkantoren beogen om met meer VPT-pakketten het scheiden van wonen en zorg verder te ontwikkelen, met name voor die cliënten die in aanmerking komen voor huursubsidie en die bescheiden huur- en servicekosten kunnen dragen.

2.4.3 Personeel en kwaliteit

Eén van de grootste obstakels dat bij een groot aantal interviews naar voren kwam is dat het financieel lastig is om de inzet van het zorgpersoneel rond te krijgen in de kleinschalige initiatieven. Met name de hoge kosten voor de nachtdiensten en voor gespecialiseerde zorg (specialist ouderengeneeskunde, logopedist) zijn lastig op te brengen bij kleine groepen

bewoners. Een aantal oplossingen is aangedragen om de hoge kosten van de nachtdiensten op te vangen. De eigenaren kunnen zelf in het kleinschalige verpleeghuis gaan wonen, zoals bij sommige (franchise)concepten gebeurt, en zo zelf de nachtdiensten verzorgen. Andere oplossingen liggen er in om met behulp van technologie en domotica deze kosten proberen te beperken. Bijvoorbeeld door spreek-luister-systemen, verbonden aan het alarmsysteem. Door hun schaalvoordelen kunnen de reguliere verpleeghuizen met kleinschalige woonzorgvormen op hun terrein de nachtdiensten wel efficiënter organiseren.

Respondent: Managers/vertegenwoordiger van grootschalige zorginstelling

En als je dan weer kijkt naar meer de medische kant, ja ze hebben dus niet eigen behandelaren in dienst. Op het moment dat er iets is ben je altijd afhankelijk van andere partijen, moet het over meer schakels. En dat is natuurlijk—Ja, daar moet je wel meer voor organiseren. Ik zie dat niet meteen als bedreiging voor de kwaliteit overigens, maar dat is wel denk ik een aandachtspunt waar je dat intramuraal gewoon in huis hebt. En op het moment dat er iets is ja, weet je dan is iemand er, een arts of een behandelaar of noem maar op.

De tekorten op de arbeidsmarkt was een ander belangrijk thema. In één interview werd door de respondent aangegeven dat door de opkomst van de kleinschalige woonzorgvormen, de reguliere verpleeghuizen meer moeite hebben om personeel aan te trekken. Een respondent vraagt zich rondt af of het wel haalbaar is om steeds meer personeel in te zetten in kleinschalige woonzorgvormen, dit gezien de oplopende tekorten. Gekwalificeerd zorgpersoneel zou efficiënter ingezet moeten worden en dat is over het algemeen vaker het geval in de reguliere verpleeghuizen waar striktere functiedifferentiatie plaats vindt. Kleinschalige woonzorgvormen hebben over het algemeen weinig overhead, maar met de toenemende registraties en vereisten voor een transparante bedrijfsvoering is de druk toegenomen om meer administratie in te huren en dan is er ook een bepaalde schaalgrootte vereist om die vaste kosten te dekken.

De meest bepalende factoren voor de kwaliteit van de zorg zijn het aantal ‘handen aan het bed’ en de kwaliteit van het personeel. Kleinschalige woonzorgvormen organiseren zichzelf als platte organisaties met weinig managementlagen waarbij niet strikt wordt vastgehouden aan hiërarchische structuren: horeca en serviceteam vangen ook bewoners op. Dit wordt wel mede bekostigd via huur/service vergoedingen. Een aantal respondenten geeft aan dat door de platte structuur en de kleinschaligheid de focus meer ligt op welzijn. Bovendien wordt aangegeven dat door de kleinschaligheid het personeel de behoeftes en wensen van de bewoners beter kent en daardoor beter op het individu inspeelt.

Respondent: Eigenaren/managers/vertegenwoordigers van kleinschalige woonzorgvormen

Want waarom worden de tafels niet gedekt? En waarom wordt er niet gevraagd? Omdat dat niet in het systeem past. Kwart over 5 avondeten. En er wordt niet met de bewoners gekookt. Het komt op de afdeling. En dan kan je wel—Dan is het wel kleinschalig [in een grootschalige instelling], maar het is niet kleinschalig voor het individu. Wij zijn niet alleen kleinschalig, maar we kijken denk ik—Het is meer dan kleinschalig. Wij kijken ook heel erg naar wat de behoefte is van de individuele bewoner.

2.4.4 Het vastgoed

De kleinschalige woonzorgondernemers lijken vooral geneigd te zijn om het vastgoed via een woningcorporatie of een private investeerder te financieren. Er lijkt weinig interesse om dit in eigen beheer te nemen. De redenen die hiervoor zijn aangedragen zijn de kosten, de onzekerheid in de toekomst en de werkbelasting om het vastgoed te organiseren en te managen. Een aantal respondenten geeft wel aan dat de private investeerders zich vooral richten op het hogere segment. De kosten van vastgoed hangen erg af van het rendement dat de investeerder hanteert en de kosten die zij zelf moeten dragen. Eén van de barrières die bijna alle zorgmanagers/ondernemers noemen is dat de bouwkosten momenteel heel hoog zijn. Kleinschalige woonzorgvormen die zich op de brede bevolking richten (dus niet alleen cliënten met een hoge sociaaleconomische status) worden dan nog meer afhankelijk van investeerders die bereid zijn om een lager rendement te accepteren. Die investeerders moeten er dan wel zijn. Bovendien zijn de bouwkosten makkelijker over een groter aantal cliënten te verdelen. De groeipotentie van het kleinschalig wonen hangt dus ook af van de investeerders die aangetrokken kunnen worden om het vastgoed voor een redelijke prijs aan te bieden. Bovendien stelde één van de respondenten dat als er een focus is op groei en het uitbouwen van het aantal locaties, de kleinschalige woonzorgvormen dit, door hun lage overhead, lastig kunnen organiseren. Hiervoor moet de overhead worden opgeschaald en dat kan weer leiden tot additionele kosten die doorberekend worden aan de cliënt.

Respondent: Eigenaren/managers/vertegenwoordigers van kleinschalige woonzorgvormen

De focus was op ontwikkeling en op een gegeven moment één locatie aansturen of twee, is wat anders dan vijf, zes of zeven. Je moet andere mechanismes, andere sturingsmechanismes inbouwen. [...] de aandacht ging vooral naar de nieuwe locaties. En dat is ook direct de kwetsbaarheid van kleinschalige woonvoorzieningen. Je bent met weinig mensen, je hebt weinig capaciteit, dus alle aandacht moet door één of twee mensen aan projecten worden gegeven. En ja, dan verlies je wel eens wat achter op je bagagedrager zeg maar.

Het vinden van geschikte plekken om verpleeghuizen neer te zetten blijkt voor alle type huizen een uitdaging. Kleinschalige woonzorgvormen hebben daarbij wel het voordeel dat zij ook in buurten kunnen worden gebouwd waar een hoge woondichtheid is. Een ander voordeel dat dit heeft is dat een kleinschalige woonzorgvorm een rol in de buurt zou kunnen spelen, maar in de praktijk blijkt dit nog wel een uitdaging.

Aangezien veel kleinschalige woonzorgvormen pas na 2015 zijn gestart, stelt een respondent dat deze woonzorgvormen minder vast zitten aan een organisatiecultuur- en aan een vastgoederfenis. De reguliere verpleeghuizen zijn over het algemeen ouder en zitten (letterlijk) vast aan de stenen die in een ander tijdperk zijn neergelegd. Daarnaast kunnen kleinschalige woonzorgvormen hun cultuur vanaf het begin zelf vormgeven en is deze niet al verankerd in de organisatie, waar grootschalige instellingen wellicht wel last van hebben. Kleinschalige woonzorgvormen kunnen doordat ze 'nieuw' zijn responsiever zijn naar de wensen van de cliënt.

2.4.5 Toegankelijkheid - selectie cliënten

Een overkoepelend thema dat meerdere keren in de interviews naar voren is gekomen, is dat er meer diversiteit in de sector is gewenst. Men is van mening dat zowel kleinschalige woonvormen als de meer traditionele verpleeghuizen daarvan een onderdeel moeten zijn. Kleinschalige woonvormen kunnen ook domweg niet alle vraag naar ouderenzorg voor hun rekening nemen. De algemene voorspelling is dan ook dat de huidige diversiteit van het aanbod over tien jaar nog steeds aanwezig is. Dit is belangrijk voor de toegankelijkheid, zodat er aanbod is voor ieder segment, cultuur en zorgzwaarte.

Respondent: Eigenaren/managers/vertegenwoordigers van kleinschalige woonzorgvormen

Het is een illusie om te denken dat we alle vraag naar ouderenzorg in kleinschalige woonvormen zouden kunnen vangen of organiseren, dat kan helemaal niet. Er zijn ook heel veel mensen die het wel naar de zin hebben in de grote setting, mijn opa die ging elke dag bijjarten en die vond het geweldig [...]. Dus er is volgens mij ruimte voor een veelheid aan vormen, maar die kleinschaligheid dat is wel eigenlijk wat iedereen nastreeft.

Een belangrijk thema dat in bijna alle interviews naar voren kwam was dat de kleinschalige woonzorgvormen een bepaalde selectie van cliënten hebben: cliënten in deze woonvormen zijn niet dezelfde als die in een regulier verpleeghuis. De respondenten geven aan dat de particuliere kleinschalige woonzorgvormen vaker cliënten uit het midden- of (nog vaker) hogere sociaaleconomische segment bedienen. Daarnaast willen kleinschalige initiatieven een 'evenwicht' binnen het huis creëren en willen ze daarom hun nieuwe cliënten ook selecteren aan de hand van kenmerken zoals zorgzwaarte en persoonlijkheid. Sommigen respondenten zien de kleinschalige woonvormen als een verpleeghuis voor 'lichte' zorg. Kleinschalige woonvormen voor gemengde doelgroepen (bijvoorbeeld somatisch en dementie) zijn vaak alleen voor de hogere inkomens bereikbaar. Er zijn dan immers meer (verschillende) specialistische zorgvormen nodig en daar komen meer kosten bij kijken.

2.5 Beperkingen onderzoek

Deze kwalitatieve studie heeft een aantal beperkingen. Ten eerste kan er sprake zijn van selectie-effecten. Meer dan de helft van de respondenten die uitgenodigd waren voor een interview heeft hierop gereageerd. Ten tweede kunnen antwoorden enigszins zijn gekleurd. Dit onderwerp ligt politiek gevoelig en daardoor kunnen respondenten wat meer geneigd zijn het beleid te proberen beïnvloeden met hun antwoorden.

2.6 Conclusie

Meerdere respondenten gaven in de interviews aan dat diversiteit van het aanbod gewenst is en dat de kleinschalige woonzorgvormen hier nu onderdeel van uitmaken. Uit de interviews bleek ook dat kleinschalige woonzorgvormen als minder efficiënt worden gezien. De voornaamste reden die daarvoor wordt aangedragen is dat de nachtdiensten (en enkele

andere functies met hogere vaste kosten) niet over een groter aantal mensen verdeeld kan worden. Het lukt (daarom) niet goed om kleinschalige woonzorgvormen via intramurale zorgpakketten te financieren. Grootschalige verpleeghuizen kunnen middels kruissubsidiëringen hun kleinschalige woonzorgvormlocaties in de lucht houden. Er ontstaat echter meer financiële flexibiliteit wanneer woon- en zorgcomponenten worden gescheiden, bijvoorbeeld door gebruik te maken van persoonsgebonden budgetten of VPT/MPT financiering. Zorgkantoren zijn hierin met hun contractering ook steeds meer faciliterend. De zorgcomponent is veelal afdoende om zorg te financieren. Woon- en servicecomponenten kunnen tegen kostprijzen (met marge) worden verrekend. Hogere vastgoedprijzen worden doorbelast aan de cliënt en dit komt de toegankelijkheid niet ten goede omdat dit de huurprijs opdrijft. Dit alles draagt bij aan selectie-effecten: de kwalitatieve data wijzen uit dat de sector zich vooral richt op het midden- en hoge segment en ook keuzes maakt over zorgzwaarte en bijvoorbeeld persoonlijkheid van de cliënten. Daarnaast lijken kleinschalige woonzorgvormen ook niet de oplossing voor de personeelstekorten en kunnen deze wellicht zelfs erger maken.

3 Macroperspectief op organisatieniveau

3.1 Kernbevindingen

- 29% van alle verpleeghuislocaties zijn kleinschalig (3 – 26 plekken); 55% van de kleinschalige woonzorgvormen worden via extramurale zorgpakketten gefinancierd.
- Er bestaan significante regionale verschillen tussen klein- en grootschalige woonzorgvormen; regionale factoren, zoals een groeiend aandeel 65-plussers en regionale welvaart correleren met kleinschalige woonzorgvormen.
- Er bestaat geen sterk verband tussen zorginhoudelijke kwaliteit van zorg en schaal. Wel is de NPS (een stuk) hoger bij de kleinschalige woonzorgvormen.
- Deze studie vond geen relatie tussen de financiële prestaties en schaal. Het weerstandsvermogen was significant lager in kleinschalige woonzorgvormen, maar dit komt (waarschijnlijk) door juridische constructies in de particuliere sector en waar het vastgoed apart staat van de zorg.

3.2 Doelstellingen

De doelstellingen van dit hoofdstuk zijn:

- Het creëren van een overzicht van de geclusterde woonzorgvormen op locatieniveau en hun karakteristieken (grootte, rechtsvorm en type financiering)
- Het identificeren van verschillen tussen kleinschalige en grootschalige verpleeghuislocaties met betrekking tot regionale spreiding, kwaliteit en financiële indicatoren.

3.3 Vraagstellingen

- Hoe zijn kleinschalige woonzorgvormen verspreid over Nederland en hoe verschilt dit ten opzichte van verpleeghuizen? Welke factoren (bijvoorbeeld demografie) kunnen deze spreiding mogelijk verklaren?
- Hoe relateert schaalgrootte tot kwaliteit van zorg?
- Hoe verschillen kleinschalige woonzorgvormen van verpleeghuizen met betrekking tot hun financiële prestaties?

3.4 Methode

In dit hoofdstuk beschrijven we het macroperspectief op basis van (openbare) data op organisatieniveau. Hiervoor hebben IQ healthcare en TNO een nieuwe dataset opgesteld. Deze dataset bestaat uit samengevoegde informatie van publieke gegevens uit het CIBG (openbare jaarverslagen), het Kadaster, de Kamer van Koophandel (KvK) en de Sociale Verzekeringsbank. Aangezien een deel van de kleinschalige woonzorgvormen niet verplicht is

om hun financiële gegevens aan te leveren bij het CIBG¹, zijn deze jaarverslagen apart (privaat) bij de KvK aangeschaft – in totaal 117 jaarverslagen. Onze dataset beoogt een zo compleet mogelijk overzicht te geven van de verpleeghuissector. Een opmerkelijke bevinding van ons onderzoek is dat een complete dataset van de in Nederland bestaande verpleeghuislocaties niet voorhanden is. Het meetpunt van deze dataset is januari 2021. De financiële data zijn gebaseerd op de jaren 2019 en 2018; dit waren de meest actuele data voor de meeste verpleeghuisorganisaties op het moment van dataverzameling. Voor enkele financiële indicatoren (liquiditeit, rentabiliteit) konden we alleen 2018 meenemen. Vervolgens hebben we de transparantiekalender data van Zorginstituut Nederland (ZiNL) en relevante regionale kenmerken van CBS-data gekoppeld aan onze basisdataset. De Transparantiekalender data van ZiNL bevat kwaliteitsdata met als meetpunt 2019. De CBS-data bevat omgevingskenmerken uit 2020. De uiteindelijke data bevat dus informatie op regionaal niveau, organisatieniveau (o.a. financiële gegevens) en locatieniveau (o.a. kwaliteitsgegevens). Zie tabel 3.1 hieronder voor een overzicht van de variabelen.

Tabel 3.1 Overzicht variabelen die meegenomen worden in de analyses

Organisatorische karakteristieken	Financiële karakteristieken	Kwaliteitskenmerken	Omgevings-kenmerken
(i) Wijze financiering (PGB, VPT/MPT, zorg in natura) (ii) Onderdeel van keten versus zelfstandig huis (iii) Rechtsvorm (winstuitkering mogelijk) ²	(i) Solvabiliteit (ii) Liquiditeit (iii) Rentabiliteit (iv) Weerstandsvermogen (v) Winstmarge	(i) NPS score (ii) Doorligplekken (ii) Index o.b.v. Z-waardes kwaliteitsgegevens Transparantiekalender	(i) Mate van vergrijzing (ii) Verstedelijking (iii) Sociaaleconomische status (proxy - WOZ waarde & aandeel populatie in bijstand)

3.4.1 Regionale spreiding

Om beter inzicht te krijgen in de kleinschalige woonzorgmarkt brengen we middels een visualisatie de regionale spreiding van kleinschalige woonzorgvormen in kaart. Dit is belangrijk omdat dit mogelijk iets zegt over het functioneren van de markt voor kleinschalige woonzorgvormen. Studies hebben eerder aangetoond dat er regionale ongelijkheden bestaan (Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) 2021). De regionale spreiding wordt in kaart gebracht op provincie- en zorgkantoonniveau. Daarnaast analyseren we in hoeverre de spreiding van kleinschalige woonzorgvormen geassocieerd is met regionale karakteristieken op het gemeentelijk niveau, zoals het aandeel van 65-plussers, de sociaaleconomische status en de mate van verstedelijking. De mate van stedelijkheid wordt gemeten met een indexmaat tussen 1 en 5 en een lagere score betekent dat de betreffende postcode meer stedelijk is. Door middel van een t-test wordt de relatie tussen de verschillende regionale factoren en de aanwezigheid van kleinschalige woonzorgvormen in kaart gebracht.

¹ Dit zijn voornamelijk PGB gefinancierde verpleeghuizen.

3.4.2 Kwaliteit

Kwaliteit kan samenhangen met schaalgrootte en kan ook relateren aan de financiële performance van verpleeghuizen. Kwaliteitsindicatoren die wij analyseren betreffen (zelf-gerapporteerde) uitkomsten- en proceswaarden. Hiervan is een indexmaat gegenereerd door het gemiddelde te nemen van de Z-waarden van deze indicatoren (tabel 3.2).³

Tabel 3.2 Kwaliteitsindicatoren

Uitkomsten	NPS score	Percentage respondenten dat bij de NPS-vraag een 8, 9 of 10 heeft ingevuld.
	Doorligplekken	Percentage cliënten op afdeling met decubitus categorie 2 of hoger.
	Index maatregelen	Percentage cliënten bij wie de afgelopen 30 dagen mechanische middelen en maatregelen (zoals beddekken) zijn toegepast.
		Percentage cliënten bij wie de afgelopen 30 dagen fysieke middelen en maatregelen (iemand met fysieke kracht in bedwang houden) zijn toegepast.
		Percentage cliënten bij wie de afgelopen 30 dagen farmacologische middelen en maatregelen zijn toegepast.
		Percentage cliënten bij wie de afgelopen 30 dagen psychologische middelen en maatregelen (zoals dwingend spreken) zijn toegepast.
		Percentage cliënten bij wie de afgelopen 30 dagen elektronische middelen en maatregelen (alarm/camerabewaking) zijn toegepast.
		Percentage cliënten bij wie de afgelopen 30 dagen 1-op-1 toezicht middelen en maatregelen zijn toegepast.
		Percentage cliënten dat de afgelopen 30 dagen in een ruimte is afgezonderd.
		Percentage cliënten bij wie de afgelopen 30 dagen een andere maatregel is toegepast.
		Proces
Percentage afdelingen waar medicatiefouten tenminste een keer per kwartaal multidisciplinair worden besproken met op basis van meldingen die zijn gedaan.		
Percentage cliënten waarbij beleidsafspraken rondom levenseinde zijn vastgelegd in het zorgdossier.		

3.4.3 Financiële karakteristieken

Financiële indicatoren beschrijven hoe financieel gezond de organisaties zijn. De financiële indicatoren die mee worden genomen in deze analyse: solvabiliteit, liquiditeit, rentabiliteit, weerstandsvermogen en winstmarge (tabel 3.3).

Tabel 3.3 Beschrijving financiële indicatoren

Solvabiliteit	Verhouding tussen het eigen vermogen en het vreemd vermogen
Liquiditeit	Vlottende activa gedeeld door kort vreemd vermogen. Een getal boven de 1 betekent dat men op korte termijn aan verplichtingen kan voldoen
Rentabiliteit	Verhouding tussen de winst en het geïnvesteerde vermogen
Weerstandsvermogen	Verhouding tussen eigen vermogen en totale bedrijfsopbrengsten
Winstmarge	Aandeel winst over de omzet

³ Z-scores geven de standaardafwijking van het gemiddelde weer. Hiermee standaardiseer je de waardes naar het gemiddelde, of in andere woorden benchmark je de waardes o.b.v. hoe andere instellingen scoren, en kan je de verschillende indicatoren tot een index maken omdat de waardes gestandaardiseerd zijn.

3.4.4 Organisatorische karakteristieken

Drie typen controle-variabelen zijn meegenomen in de analyse. Ten eerste type financiering: intramuraal, VPT/MPT en PGB. Aangezien sommige verpleeghuislocaties meerdere financieringspakketten kunnen aanbieden hebben we hier de meest voorkomende financieringsvormen meegenomen. Een overzicht van de financieringsvormen en een voorbeeld van de bijbehorende tarieven zijn opgenomen in Bijlage 2. Deze tarieven zijn uitgesplitst naar zorgzwaarte van de indicatie (zorgprofielen, voorheen zorgzwaartepakketten).

Ten tweede type rechtsvorm: onderscheid tussen de organisaties waarbij wel/geen winstuitkering mogelijk is. Rechtsvormen waar dit mogelijk is zijn BV's, VOF's, Coöperaties, Commanditaire Vennootschappen en Eenmanszaken. De rechtsvormen waar geen winstuitkering mogelijk is zijn Stichtingen, Kerkgenootschappen en Verenigingen. Ten derde wordt de binaire variabele meegenomen of een locatie wel/niet onderdeel is van een keten. Als een locatie behoort bij twee of meer locaties dan valt de locatie onder een keten.

3.4.5 Analyse

De financiële data zijn erg scheef verdeeld en om die reden is een kwantielregressie analyse het meest geschikt om de relatie tussen type zorginstellingen en financiële indicatoren te analyseren. Een kwantielregressie analyse neemt, in plaats van het gemiddelde van de 'least squares', de mediaan als parameter. Aangezien financiële gegevens alleen beschikbaar zijn op organisatieniveau, maar de onderlinge groottes van de locaties kunnen verschillen, worden deze als verschillende levels meegenomen en worden de standaardfouten geclusterd naar het organisatieniveau. Aangezien de financiële data een scheve verdeling kent met een hiërarchische structuur, wordt de descriptieve statistiek weergegeven als de geschatte mediaan van de kwantielregressie analyse met geclusterde standaardfouten en zonder controle variabelen.

3.5 Resultaten

Kleinschalige woonzorgvormen worden veel vaker dan verpleeghuizen gefinancierd door extramuraal pakketten en dit verschil is vooral groot bij PGB-en. Ze opereren ook veel vaker met een winstmotief en zijn ook vaker zelfstandig. Tabel 3.4 maakt duidelijk dat de meeste unieke locaties de grootschalige huizen betreft (>26 bewoners). Het aandeel kleinschalige woonzorglocaties ligt zo rond de 29%. Gemiddeld hebben de grootschalige huizen 76 bewoners per locatie; de kleinschalige woonzorgvormen verplegen gemiddeld achttien cliënten. Opvallend is verder dat het grootste deel van de kleinschalige woonzorgvormen toch als intramuraal naturazorg wordt gefinancierd (43%). De overige zorg wordt middels VPT/MPT gefinancierd (33%); het overige deel door een PGB (24%). Grootschalige verpleeghuislocaties worden voor een veel groter deel als intramuraal zorg gefinancierd (83%). De overgrote meerderheid van de locaties behoort tot een keten, en dit geldt voor zowel de kleinschalige (79%) als de grootschalige verpleeghuizen (93%). Iets meer dan de helft van de kleinschalige

woonzorgvormlocaties kent een juridische bedrijfsstructuur waarbij winstuitkering mogelijk is (51%); een klein deel (6%) van de grootschalige locaties kent een juridische vorm die winstuitkering toelaat.

Tabel 3.4 Beschrijvende statistiek woonzorgvormen op locatieniveau

		Kleinschalig (3-26 bewoners)	Grootschalig (>26 bewoners)
Totaal	N	745	1829
	% ^a	28,7%	70,4%
Aantal cliënten	Gemiddeld	18,1	75,9
	(std. dev)	(5,1)	(45,2)
Financiering ^{b,c}	Intramuraal	43,4%	83,0%
	Pgb	23,8%	0,9%
	VPT/MPT	32,8%	16,1%
Onderdeel keten ^b		79,3%	93,1%
Winstuitkering mogelijk ^b		51,0%	6,3%

a. rijen tellen op tot 100% wegens missings

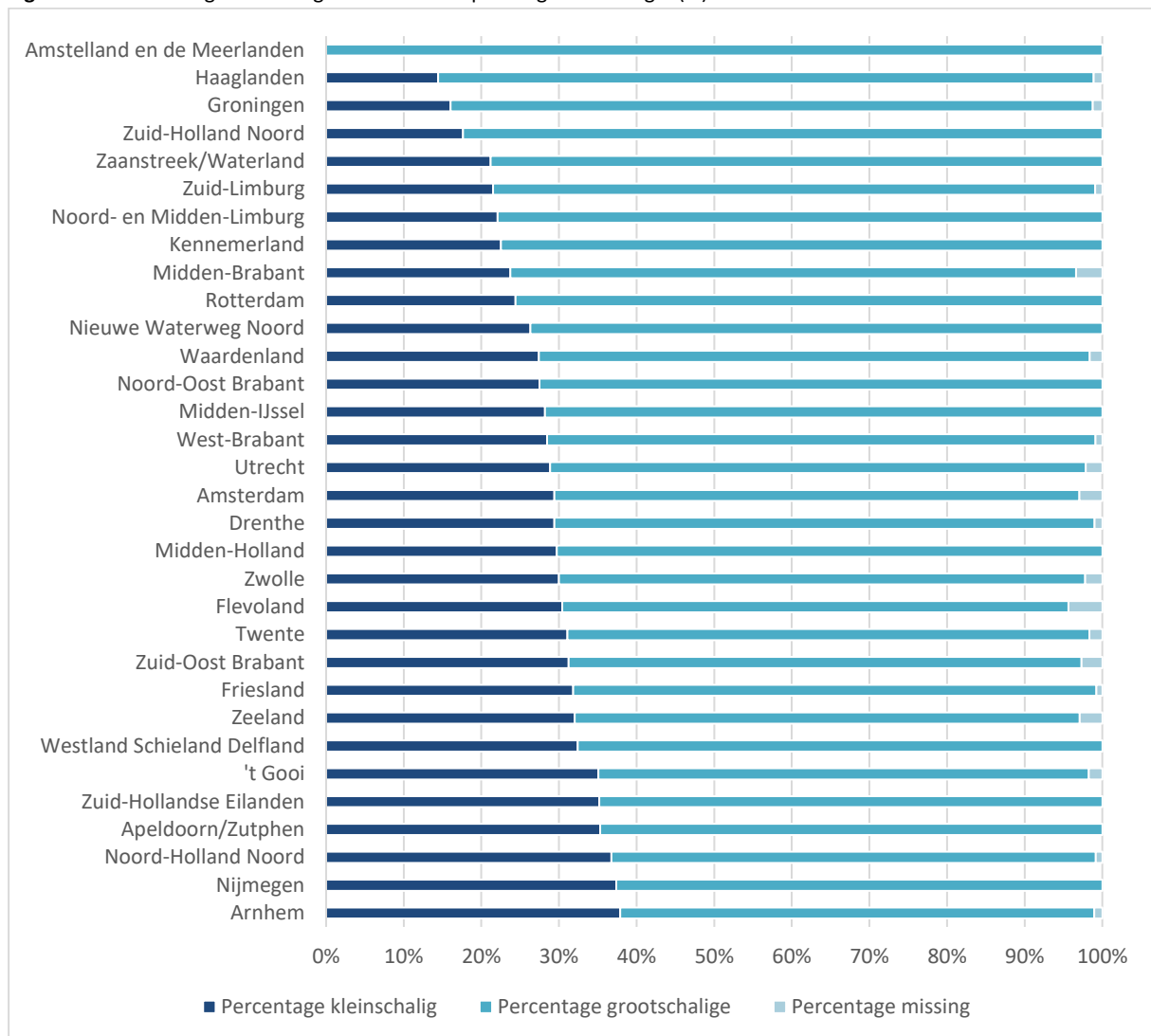
b. kolommen tellen op tot 100%, excl. missing

c. als er een combinatie tussen pgb, VPT & MPT is dan werd de locatie onder VPT & MPT gecategoriseerd

3.5.1 Regionale spreiding

Er is sprake van enige regionale spreiding. De provincies met de meeste kleinschalige woonzorgvormen zijn: Gelderland (35%), Overijssel (32%), Friesland (32%) en Zeeland (32%); Groningen heeft het laagste aandeel van kleinschalige woonzorgvormlocaties (16%), gevolgd door Limburg (23%) en Zuid-Holland (24%). Figuur 3.1 geeft weer dat de regionale verschillen in het aandeel kleinschalige woonzorgvormen pregnanter zijn op het niveau van de zorgkantoorregio's. De zorgkantoren Arnhem en Nijmegen hebben, met meer dan 37%, een groot aandeel kleinschalige woonzorgvormen in hun regio. Ook Noord-Holland Noord, Apeldoorn/Zutphen, de Zuid-Hollandse Eilanden en 't Gooi hebben relatief veel kleinschalige woonvormen. Aan de andere kant hebben de zorgkantoren Haaglanden en Groningen elk ongeveer 15% kleinschalige woonzorgvormen – het Zorgkantoor Amstelland en de Meerlanden lijkt zelfs helemaal geen kleinschalige woonzorgvormen binnen de grenzen te hebben.

Figuur 3.1 Kleinschalige woonzorgvormenlocaties per zorgkantoor regio (%)



De regionale spreiding lijkt op het gemeentelijk niveau niet helemaal op toeval te berusten. Het zou kunnen dat de aanwezigheid van een (groeiende) koopkrachtige vraag bijdraagt aan de groei van kleinschalige woonzorgvormen. Tabel 3.5 presenteert de correlaties tussen regionale karakteristieken (demografie, stedelijkheid, welvaart) en de verschillende verpleeghuisvormen. Hieruit blijkt dat kleinschalige woonzorgvormen meer zijn vertegenwoordigd in gebieden met een snellere groei van het aantal 65-plussers, met een minder stedelijk karakter en met een hoger welvaartsniveau (WOZ-waarde⁴ van de huizen en aantal mensen met een bijstandsuitkering). De totale bevolkingsgroei speelt een minder belangrijke rol.

⁴ WOZ-waarde is gebaseerd op periodieke taxatie van onroerende zaken door de gemeenten in het kader van de Wet waardering onroerende zaken (Wet WOZ).

Tabel 3.5 Regionale karakteristieken kleinschalige woonzorgvormen – op gemeenteniveau

	Kleinschalig	Grootschalig	Significantie
% 65-plussers in regio	21,8 (5,6)	23,0 (6,4)	***
Groei 65-plussers (2015-2020)	13,8 (12,3)	11,7 (11,4)	***
% totale bevolkingsgroei (2015-2020)	2,9 (8,9)	3,3 (7,0)	**
Stedelijkheid	3,2 (1,4)	2,8 (1,3)	***
Gem. WOZ-waarde, gemeente (x 1.000)	280 (117,8)	266 (98,6)	***
% populatie in de bijstand	7,6 (3,1)	8,1 (3,3)	***

*** p<0.01, ** p<0.05
st. error. tussen haakjes

3.5.2 Kwaliteit van zorg

De scores op de kwaliteitsindicatoren verschillen niet significant tussen de kleinschalige woonzorgvormen en de verpleeghuizen (Tabel 3.6). Hierop bestaat een belangrijke uitzondering: bewoners van kleinschalige woonzorgvormen zijn een stuk positiever over de plek waar zij verblijven: de gemiddelde NPS score is een stuk hoger voor kleinschalige woonzorgvormen. Opvallend is verder dat de indexmaten, de gestandaardiseerde maten voor (beschermende) maatregelen voor cliënten, en de beschikbare procesmaten zoals het bespreken van voedselvoorkeuren, medicatiefouten en palliatieve zorg niet verschillen tussen de verschillende typen huizen. Met andere woorden: de kwaliteit van zorg bij de kleinschalige woonvormen lijkt minimaal gelijk aan die van de reguliere verpleeghuizen.

Tabel 3.6 Kwaliteitsscores kleinschalige woonzorgvormen en verpleeghuizen

	Kleinschalig		Grootschalig		Significantie
Gemiddelde NPS score	78,0 (20,5)	N=217	66,7 (22,4)	N=625	***
% bewoners met doorligplekken	4,0 (8,0)	N=284	4,5 (6,2)	N=855	
Index maatregelen	-0,0 (0,6)	N=300	0,0 (0,5)	N=807	
Index proces	-0,0 (0,8)	N=573	0,0 (0,6)	N=1612	

*** p<0.01, ** p<0.05,
st. error. tussen haakjes

3.5.3 Financieel

De kleinschalige woonzorgvormen presteren financieel niet beter dan de reguliere verpleeghuizen. De beschrijvende statistiek van de financiële indicatoren laat geen sterke verschillen zien tussen de kleinschalige woonzorglocaties en de verpleeghuizen (Tabel 3.7). Alleen het weerstandvermogen lijkt significant lager in de kleinschalige woonzorgvormen. Deze negatieve relatie houdt ook stand als wij controleren voor verschillende factoren, zoals het type financiering, de rechtsvorm en het al dan niet onderdeel zijn van een keten (Tabel 3.8). De winstmarge in PGB huizen lijkt wat lager te liggen dan bij financiering van de zorg in natura, althans in 2019. Opmerkelijk is verder dat instellingen met een winst-beogende

rechtsvorm in 2018 minder rendabel waren. Dit wordt mogelijk veroorzaakt doordat er met juridische constructies wordt gewerkt waarbij de vastgoedpoot (met hogere winst) wordt gescheiden van de zorgpoot.

Tabel 3.7 Verschil in financiële indicatoren tussen type verpleeghuislocaties (klein versus groot) uitgedrukt als de geschatte mediaan van de kwantielregressie

	2018	2019	2018	2018	2018	2019	2019
	Solvabiliteit	Solvabiliteit	Liquiditeit	Rentabiliteit	Weerstands- vermogen	Weerstands- vermogen	Winst- marge
Grootschalig	ref	ref	ref	ref	ref	ref	ref
Kleinschalig	-0.04	-0.01	0.00**	-0.10	-0.04**	-0.06	0.12
N	1977	1643	1962	1704	1848	1722	1370

*** p<0.01, ** p<0.05,

Tabel 3.8 Relatie tussen financiële indicatoren en type verpleeghuislocaties (klein versus groot)

	2018	2019	2018	2018	2018	2019	2019
	Solvabiliteit	Solvabiliteit	Liquiditeit	Rentabiliteit	Weerstands- vermogen	Weerstands- vermogen	Winst- marge
Grootschalig	ref	ref	ref	ref	ref	ref	ref
Kleinschalig	-0.05	0.00	-0.00	0.00	-0.04**	-0.05**	0.02
ZZP/ZIN	Ref	ref	ref	ref	ref	Ref	Ref
PGB	-0.09	-0.01	-0.01	-0.31	-0.17	-0.06	-6.63*
VPT/MPT	0.02	0.05**	-0.00	0.30	0.01	-0.02	-0.32
Geen winstuitkering	ref	ref	ref	ref	Ref	Ref	Ref
Winstuitkering	-0.07*	-0.04	0.64***	-3.12***	0.03	-0.13**	1.88
Geen keten	ref	ref	ref	ref	Ref	ref	Ref
Keten	0.11***	0.06	-0.01	0.30	0.02	-0.02	-1.78
N	1975	1641	1960	1702	1846	1720	1368

*** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1

3.5.4 Beperkingen van het onderzoek

Dit onderzoek kent enkele beperkingen. Onze dataset is gebaseerd op registratiedata (met ook zelf gerapporteerd cijfers) die waarschijnlijk de nodige fouten bevatten en waarbij soms moeilijk te bepalen is wat de belangrijkste financieringsvorm is (VPT/MPT, PGB of ZZP). Wij hebben de data handmatig gefilterd en aangepast waar nodig. Wij kunnen echter niet garanderen dat wij alle incorrecte gegevens eruit hebben kunnen filteren omdat soms ook maar beperkte gegevens beschikbaar zijn op de website van de organisaties. We constateren nog steeds onregelmatigheden in de data (bijv. het hoge aantal kleinschalige locaties met intramurale zorg). Dit betekent dat de beschrijvende statistiek en aanvullende analyses nog een zekere foutmarge bevatten. Ten tweede, mogelijk missen we nog enkele kleinschalige woonzorgvormen indien deze zich op een andere wijze hebben geregistreerd dan gangbaar.

3.6 Conclusie

Dit hoofdstuk geeft nieuwe inzichten in het verpleeghuislandschap in Nederland. Met behulp van het aan elkaar koppelen van verschillende databronnen en veel handmatig controles hebben we een nieuwe dataset gecreëerd die een uniek inzicht geeft in de compositie van dit landschap. Onze data laten zien dat ongeveer 29% van alle locaties kleinschalige woonzorgvormen zijn (3-26 plekken); 55% van deze woonzorgvormen worden voornamelijk via extramurale zorgpakketten gefinancierd (PGB, VPT/MPT). Veel kleinschalige woonzorgvormen hebben bovendien een rechtsvorm die winstuitkering mogelijk maakt (50%). Ze vestigen zich wat vaker in minder stedelijke gebieden met een groeiend aantal 65-plussers en waar meer welvaart lijkt te zijn.

Cliënten van kleinschalige woonvormen zijn meer tevreden dan die van reguliere verpleeghuizen (dat blijkt uit hogere NPS-scores). Deze studie laat verder geen significante kwaliteitsverschillen zien tussen kleinschalige en grootschalige verpleeghuizen. Eerder onderzoek heeft eveneens uitgewezen dat kleinschalige particuliere woonzorgvormen beter scoren op cliëntwaarderingen (Bos, Kruse et al. 2020). Er is verder ook geen sterke relatie tussen de financiële prestaties en de schaalgrootte van de woonzorgvormen. Alleen het weerstandsvermogen (de verhouding tussen het eigen vermogen en de totale bedrijfsopbrengsten) ligt wat lager in kleinschalige woonzorgvormen. Dit is echter aannemelijk omdat zij nog relatief nieuw zijn in de markt en omdat kleinschalige woonzorgvormen vaker zorg en vastgoed in aparte juridische entiteiten onderbrengen. Onze conclusie is dat kleinschalige woonzorgvormen zich anders positioneren met betrekking tot de financieringsvorm en het vestigingsgedrag. Ze komen tegemoet aan een behoefte van cliënten, maar de prestaties op meetbare kwaliteit en op financieel gebied zijn op organisatieniveau vergelijkbaar.

4 Macroperspectief op cliëntniveau

4.1 Kernbevindingen

- Dertig procent van de personen met indicatie V&V heeft een geclusterde extramurale woonzorgvorm.
- Cliënten met geclusterde extramurale zorg verblijven daar langer, hebben een hoger vermogen en relatief vaak een ZZP 4 of 5.
- Cliënten in een verpleeghuis hebben hogere mediane Wlz kosten in het jaar na verhuizing, dan cliënten in geclusterde extramurale zorginstellingen. Dit is omgekeerd voor de Zvw (niet gecorrigeerd).
- Wanneer cliënten willekeurig worden verdeeld (d.w.z. gecorrigeerd voor persoonskenmerken en selectie-effecten), lijkt extramurale zorg echter geen kostenbesparing op te leveren.
- Impliciete persoonskenmerken spelen derhalve een cruciale rol in de zichtbare kostenverschillen tussen intramurale- en extramurale zorg.

4.2 Doelstellingen

In dit hoofdstuk analyseren we verschillen tussen cliënten in intramurale en de geclusterde extramurale woonzorgvormen. We veronderstellen dat extramurale zorg relatief vaak door kleinschalige woonzorgvormen wordt geleverd. In de praktijk is dit onderscheid niet eenduidig, omdat intramurale zorginstellingen ook kleinschalige woonzorgvormen aanbieden. De doelstellingen van dit hoofdstuk zijn:

- Het identificeren van verschillen tussen totale zorggebruik en totale zorgkosten van cliënten in kleinschalige versus cliënten in grootschalige woonzorgvormen;
- Het analyseren van mogelijke *spillover* effecten (verplaatsing van zorgkosten van Wlz naar Zvw);
- Het in kaart brengen van potentiële selectie-effecten: verschillen in meetbare en niet-meetbare persoonskenmerken die de keuze voor een type instelling beïnvloeden.

4.3 Vraagstellingen

- Welk type cliënten maakt gebruik van geclusterde extramurale zorg?
- Wat zijn de kosten van geclusterde extramurale zorginstellingen ten opzichte van intramurale zorginstellingen (maatschappelijk perspectief)?
- In hoeverre kunnen de kosten verklaard worden door selectie-effecten?

4.4 Methoden

4.4.1 Ontwerp studie

Met behulp van CBS Microdata analyseren we de verschillen in patiëntkenmerken tussen intramurale en geclusterde extramurale zorginstellingen. We beschouwen een instelling als geclusterd wanneer 5 of meer personen op het adres woonachtig zijn met een indicatie voor de Wlz (V&V). Hiermee wijken we af van de eerdere definitie waarbij we uitgingen van minimaal 3 personen voor een kleinschalige woonvorm; dit om te voorkomen dat locaties ten onrechte als kleinschalig worden gezien door registratiefouten: meerdere personen kunnen

op hetzelfde adres ingeschreven blijven staan, terwijl het in werkelijkheid om één huishouden gaat. Naast beschrijvende statistieken voeren we een instrumentele variabelenanalyse (IV) uit om te corrigeren voor waarneembare- én niet-waarneembare verschillen in cliëntengroepen (paragraaf 4.4.4). Op cliëntniveau worden karakteristieken zoals de sociaaleconomische status, de zorgzwaarte en eigen bijdragen in kaart gebracht. We kijken ook naar de impact van kleinschalige woonzorgvormen op zorgkosten in de Wlz en Zvw.

4.4.2 Dataselectie/verzameling

We hebben alle unieke personen geselecteerd die tussen 2015 en 2018 gebruik hebben gemaakt van langdurige zorg (V&V). Deze persoonsdata is geanonimiseerd in de CBS-omgeving middels een unieke identificatiecode. Met behulp van deze identificatiecode kunnen aanvullende datasets gekoppeld worden. Op deze manier zijn achtereenvolgens gegevens over adressen en verhuizingen (gemeentelijke basisadministratie), zorggebruik en zorgkosten (declaratiedata van Vektis), en sociaaleconomische kenmerken gekoppeld. Data van 2011-2014 zijn eveneens gekoppeld om ook de periode voor verhuizing naar een kleinschalige woonzorgvorm/verpleeghuis in kaart te brengen.

4.4.3 Uitkomstmaten

De belangrijkste uitkomstmaten van de analyses zijn de totale zorgkosten van bewoners, met aanvullende analyses van kosten in de Wlz en Zvw. Omdat we hier alleen kijken naar de zorgkosten wordt de normatieve huisvestingscomponent (NHC)⁵ afgetrokken van de gedeclareerde Wlz-kosten. De zorgkosten kunnen niet volledig geïsoleerd worden uit de gedeclareerde bedragen en tarieven, omdat servicekosten wisselend onderdeel zijn van de leveringsvormen. Ter illustratie: eten en drinken wordt verstrekt binnen ZiN met verblijf en in een VPT, maar niet in een MPT en PGB. Met de vermindering van de NHC veronderstellen we de zorgkosten van de leveringsvormen zo goed mogelijk te benaderen. Het gebrek aan inzicht in de servicekosten is een beperking van het onderzoek. In de praktijk zijn de relatieve zorgkosten voor ZiN lager dan in onze analyses.

Daarnaast wordt gekeken naar de verblijfsduur in de instelling na verhuizing hiernaartoe. In het merendeel van de gevallen wonen de bewoners hier tot hun overlijden. Om deze reden spreken we ook over overlevingsduur; met een overlevingsduur na één jaar wordt bedoeld dat er 365 dagen toegekend worden, tenzij een bewoner komt te overlijden binnen dat jaar; bij twee jaar is dit dan maximaal 730 dagen. Overlevingsduur wordt daarnaast gebruikt om te corrigeren voor zorggebruik in de analyse van maatschappelijke kosten.

⁵ NHC is het tarief dat dient als normatieve vergoeding voor (vervangende) (nieuw)bouw en instandhouding (bijv. grootschalige renovatie of vervangen van lampen).

4.4.4 Analyse

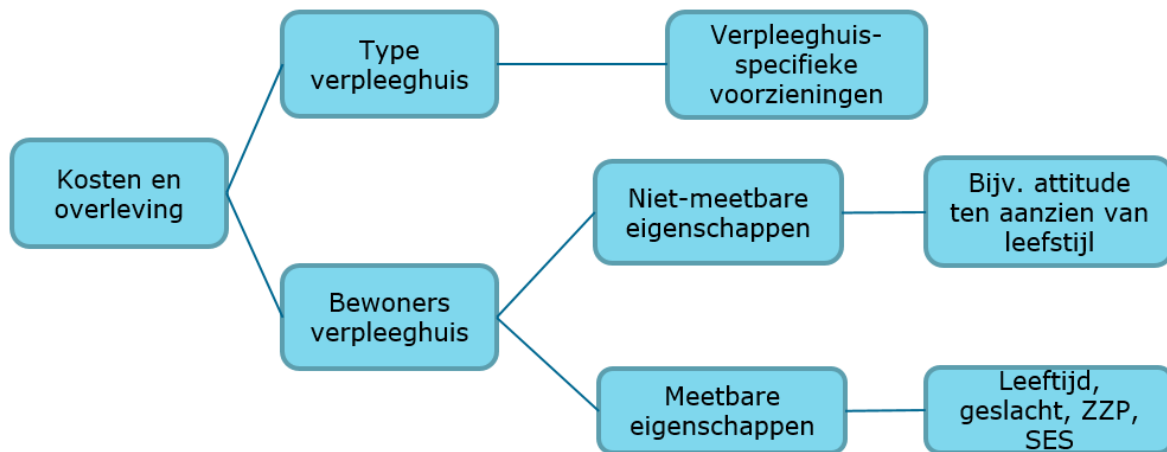
De statistische analyse bestaat uit twee delen: beschrijvend en verklarend. De eerste stap is een beschrijving van de verschillen tussen zorggebruikers van intramurale en geclusterde extramurale zorginstellingen in relatie tot hun kenmerken (bijvoorbeeld sociaaleconomische status en zorgzwaarte) en de individueel gemaakte zorgkosten. Om dit in kaart te kunnen brengen, hebben we deze bewoners geïdentificeerd in de data. Hiervoor hebben we alle verhuizingen van personen met gebruik Wlz (V&V) geanalyseerd. Op een bepaald peilmoment (begin 2018) hebben we het totale aantal locaties vastgesteld op basis van vijf of meer personen (met Wlz indicatie) op hetzelfde adres en de leveringsvorm (zorg-in-natura of VPT/MPT en PGB). Vervolgens zijn aan deze locaties personen toegewezen die hier op enig moment (buiten het peilmoment) gewoond hebben. Ongeveer 25% van de locaties is zowel bewoond door personen met intramurale zorg als met geclusterde extramurale zorg (VPT, MPT of PGB). Deze personen zijn alsnog ingedeeld in de bijbehorende groep (intramuraal/extramuraal). Personen met meerdere verhuizingen zijn toegewezen aan de groep behorend bij de eerste verhuizing.

De tweede stap is om door middel van verklarende analyses inzicht te krijgen of het type zorg (intramuraal versus geclusterd extramuraal) correleert met de hoogte van de totale zorgkosten, gecorrigeerd voor meetbare en niet-meetbare eigenschappen (zie ook Figuur 4.1). In de analyse corrigeren we voor meetbare eigenschappen van bewoners: leeftijd, geslacht, inkomen, vermogen, overlevingsduur, hoogste ZZP in het jaar van verhuizing en of kosten zijn gemaakt in een bepaald jaar (dummyvariabelen, jaren 2016-2018). Om personen met een MPT ook te kunnen includeren hebben we deze gelijkgesteld aan de gemiddelde zorgzwaarte voor MPT (ZZP 5). Dit leidt waarschijnlijk tot een overschatting van het aantal personen met een ZZP 5, maar stelt ons in staat een grotere groep te analyseren. Een overzicht van alle zorgzwaartepakketten staat in Bijlage 2. Bij zorgkosten kijken we naar: (I) Wlz kosten, (II) Zvw kosten, (III) eigen betalingen Wlz, en (IV) de totale maatschappelijke kosten. Wmo kosten zijn geïnventariseerd, maar van de geselecteerde personen bleek slechts een zeer klein gedeelte gebruik te maken van maatwerkvoorzieningen. Om deze reden zijn deze kosten buiten beschouwing gelaten.

De validiteit van onze vergelijking leunt sterk op de veronderstelling dat cliënten willekeurig verdeeld worden tussen de typen woonzorgvormen. Deze veronderstelling gaat niet op; geclusterde extramurale zorginstellingen richten zich voornamelijk op cliënten uit een hogere sociaaleconomische klasse (Plaisier and den Draak 2019, Bos, Kruse et al. 2020). Een selectie van type personen in de verschillende verpleeghuizen herbergt het risico dat we niet controleren voor variabelen die we niet kunnen waarnemen/meten, maar wel correleren met de zorgkosten (bijvoorbeeld de attitude met betrekking tot een gezonde levensstijl, de bereidheid tot mantelzorg in de naaste omgeving). Om dit risico te omzeilen voeren wij een Instrumentele Variabelenanalyse (IV) uit waarbij het verschil in afstand tot de dichtstbijzijnde geclusterde (extramuraal) locatie als IV wordt gebruikt. Afstand is in de zorgsector een gevalideerde voorspeller voor de keuze van een zorgaanbieder (McClellan, McNeil et al. 1994,

Gupta, Howell et al. 2021). Door de afstand tot de dichtstbijzijnde zorglocaties (intramuraal en geclusterd extramuraal) te gebruiken als voorspeller voor de verpleeghuiskeuze, kunnen deze personen achteraf worden gerandomiseerd over de beide groepen.

Figuur 4.1. Opbouw uitkomstmaten



4.4.5 Sensitiviteitsanalyse

Een van de beperkingen van deze analyse is de afhankelijkheid van de gemeentelijke basisadministratie. Verhuizingen worden niet altijd (op tijd) doorgegeven waardoor er soms meer personen op een adres ingeschreven staan dan daadwerkelijk het geval. Hierdoor kunnen adressen soms ten onrechte aan een bepaalde categorie toegewezen worden. Om deze reden voeren we een sensitiviteitsanalyse uit met verschillende definities van de geclusterde instellingen (5 of meer personen, 10 of meer personen etc.) (Bijlage 3). Sterke verschillen in groeps grootte kunnen een aanwijzing zijn dat een grote groep personen op de grens tussen categorieën valt.

Een andere beperking wordt veroorzaakt door noodzakelijke aggregatie van kwartaal- naar jaarniveaus. De gegevens over de kosten in de Zvw zijn bekend per jaar (2015-2018). Om een vergelijking te kunnen maken tussen intramuraal en geclusterd extramuraal wonen maken we groepsvariabelen aan op jaarniveau. Het is echter bekend dat de verblijfsduur in verpleeghuizen steeds korter is met als gevolg dat woonsituaties binnen een en hetzelfde jaar kunnen variëren (bijvoorbeeld eerst thuiswonend en later dat jaar in een kleinschalige woonzorgvorm).

4.5 Resultaten

4.5.1 Beschrijvende statistieken

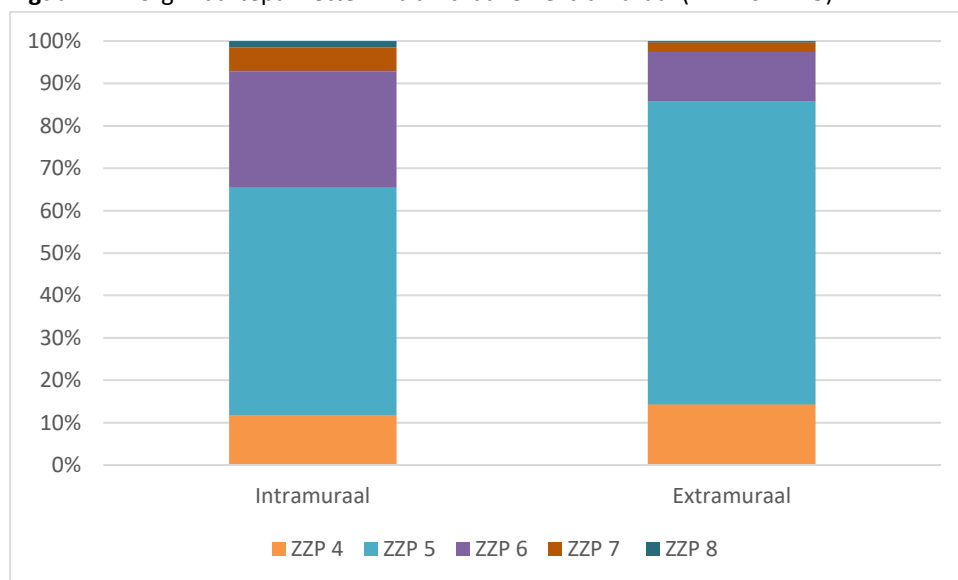
In totaal maakten ongeveer 350.000 unieke personen van 2015 tot en met 2018 gebruik van langdurige zorg (V&V). Dit omvat ook mensen die zelfstandig thuis wonen, maar gebruik

maken van de Wlz. Wij hebben ongeveer 175.000 personen toe kunnen wijzen aan een geclusterde woonzorgvorm. Vervolgens zijn de mensen geselecteerd die zijn verhuisd naar een geclusterde vorm en met zorgkosten (Wlz en Zvw) in het jaar 2016, 2017 of 2018. Dit resulteerde in een analysegroep van ongeveer 75.000 personen.

Type cliënten in geclusterde extramurale en intramurale zorg

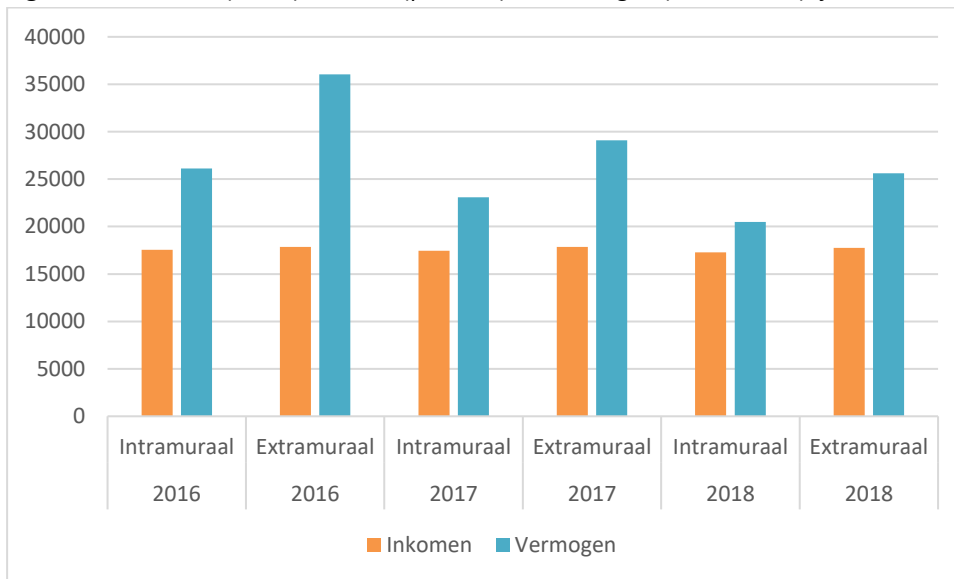
De geselecteerde 75.000 Wlz-gebruikers zitten in intramurale (70%) en in geclusterde extramurale (30%) zorginstellingen. Figuur 4.2 presenteert de zorgzwaartepakketten bij deze beide groepen. ZZP 5 domineert bij zowel intramurale als extramurale zorg waarbij opgemerkt dient te worden dat MPT ook beschouwd wordt als ZZP 5. Verder valt op dat ZZP 6 en ZZP 7 vaker voorkomen bij de intramurale zorginstellingen; ZZP 4 komt vaker voor bij extramurale zorginstellingen.

Figuur 4.2 Zorgzwaartepakketten intramuraal en extramuraal (MPT is ZZP 5)



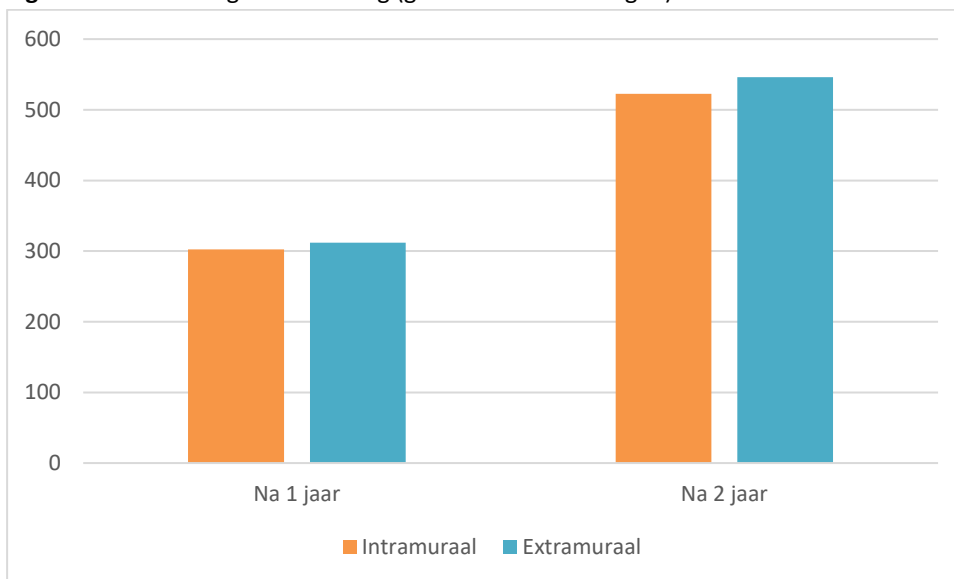
Het bruto-inkomen (mediaan) is vergelijkbaar, maar het vermogen van het huishouden is duidelijk hoger in de extramurale groep dan in de intramurale groep (Figuur 4.3). Het lijkt er dus op dat personen met een hogere sociaaleconomische status vaker kiezen voor extramurale zorg.

Figuur 4.3 Mediaan (bruto)inkomen (persoon) en vermogen (huishouden), jaar verhuizing



Figuur 4.4 maakt duidelijk dat personen in extramuraal woonvormen wat langer leven na hun verhuizing dan zij die naar een intramurale instelling verhuizen. Dit neemt vooral toe naarmate men langer in zijn nieuwe omgeving woont.

Figuur 4.4 Overleving na verhuizing (gemiddeld aantal dagen)

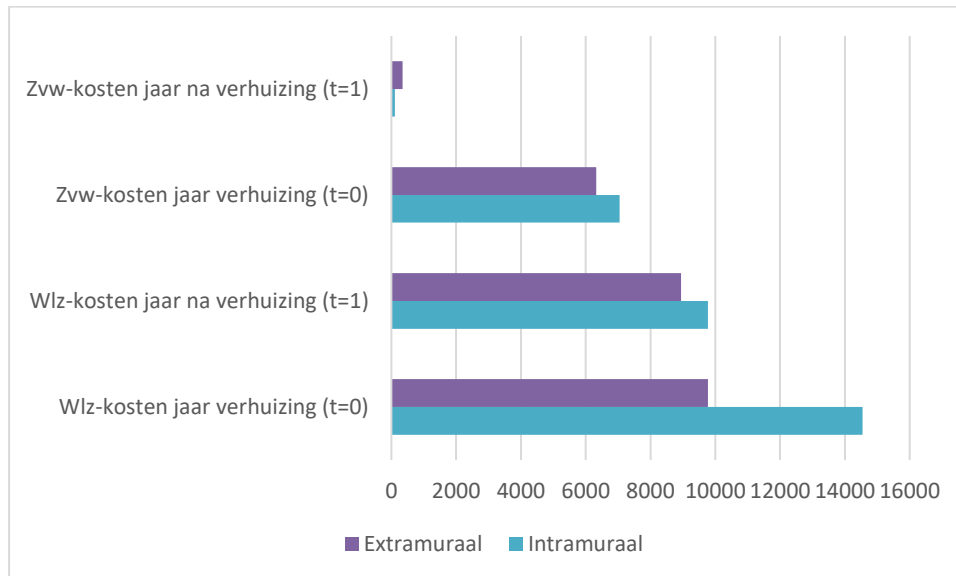


Kosten

Mensen die wonen in een geclusterde extramuraal instelling, hebben lagere kosten in de Wlz, maar hogere kosten in de Zvw. Figuur 4.5 maakt dit duidelijk. In het jaar van verhuizing zijn ook de Zvw-kosten voor mensen die naar een intramuraal voorziening gaan nog behoorlijk hoger dan voor hen die naar een extramuraal voorziening verhuizen, maar in het jaar daarop zijn deze juist lager. De lagere kosten in het jaar na verhuizing kunnen (deels) verklaard worden doordat bewoners dan overleden zijn. Ziekenhuiskosten vormen een relatief groot

deel van de Zvw-kosten voor personen in intramurale zorginstellingen; bij de extramurale woonvormen ligt het aandeel huisartsenzorg en wijkverpleging hoger. In de Wlz maken mensen veelal niet het hele jaar gebruik van zorg. De verschillen in kosten kunnen komen door selectie-effecten tussen mensen in intramurale en extramurale woonvormen en daarom moeten we hier in een nader onderzoek voor corrigeren.

Figuur 4.5 Mediane totale kosten Wlz en Zvw voor personen in intramurale en geclusterde extramurale zorginstellingen. Jaar van verhuizing (t=0) en jaar na verhuizing (t=1)



4.5.2 Maatschappelijke kosten inclusief correcties voor selectie-effecten

In tabel 4.1 staan de resultaten van de regressieanalyses op Wlz-kosten, Zvw-kosten en de totale kosten in het jaar na verhuizing. Voor elke uitkomstvariabele zijn de resultaten van een reguliere regressieanalyse (OLS) naast de instrumentele variabelenanalyse (IV) opgenomen, om het effect van de IV op de totale analyse te laten zien. In de OLS voor Wlz-kosten is zichtbaar dat de totale kosten voor extramuraal geleverde zorg significant hoger zijn in het jaar na verhuizing, gecorrigeerd voor onder andere de zorgzwaarte en de overlevingsduur. Deze twee factoren, de lagere zorgzwaarte en langere overleving, kunnen een verklaring bieden voor deze hogere kosten ten opzichte van de ongecorrigeerde statistieken waarin intramurale Wlz-kosten juist hoger zijn in het jaar na verhuizing. In de IV-analyse zien we dat dit effect wegvalt (niet significant). Dit duidt erop dat er vrijwel geen verschil in Wlz-kosten bestaat tussen intramurale en extramurale woonvormen wanneer we corrigeren voor zowel de expliciete persoonskenmerken (zorgzwaarte, overleving, SES etc.) en de impliciete persoonskenmerken (bijv. leefstijl). Voor de Zvw-kosten zien we een vergelijkbaar beeld: de OLS geeft hogere kosten voor personen in extramurale zorginstellingen in het jaar na verhuizing, maar in de IV-analyse valt dit effect wederom weg. Hogere Zvw-kosten in het jaar na verhuizing zien we ook in de beschrijvende statistieken. De conclusie is dat na controle voor selectie-effecten we geen duidelijke verschillen zien in de zorgkosten die worden gemaakt voor intramurale of extramurale zorgvormen.

Tabel 4.1 Regressiemodellen totale kosten (zonder NHC) in jaar na verhuizing (n=48.775)

Kosten jaar na verhuizing	Kosten Wlz (zonder NHC)		Kosten Zvw		Totale kosten (zonder NHC)	
	OLS	IV	OLS	IV	OLS	IV
Type locatie (0=intramuraal; 1=extramuraal)	0.11**	-0.30	0.32**	0.61	0.10**	-0.17
Geslacht (0=man; 1=vrouw)	-0.06**	-0.05	-0.06**	-0.06**	-0.03	-0.03
Leeftijd (jaar verhuizing)	0.01**	0.01**	-0.01**	-0.01**	0.01**	0.01**
Inkomen (jaar verhuizing)	0.00**	0.00**	0.00**	0.00	0.00**	0.00**
Vermogen (jaar verhuizing)	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00**
Overleving (1 jaar)	0.01**	0.01	0.01**	0.01**	0.01**	0.01
Hoogste ZPP 5 (jaar verhuizing, ref=ZPP 4)	1.53**	1.53**	-1.85**	-1.86**	0.79**	0.79**
Hoogste ZPP 6 (jaar verhuizing, ref=ZPP 4)	1.46**	1.39**	-0.98**	-0.94**	0.86**	0.81**
Hoogste ZPP 7 (jaar verhuizing, ref=ZPP 4)	1.72**	1.64**	-1.88**	-1.84**	1.01**	0.96**
Hoogste ZPP 8 (jaar verhuizing, ref=ZPP 4)	1.88**	1.79**	-1.19**	-1.14**	1.13**	1.08**
Kosten in het jaar 2016 (0=nee; 1=ja)	0.68**	0.68**	-0.18**	-0.24**	0.04	0.02
Kosten in het jaar 2017 (0=nee; 1=ja)	3.12**	3.12**	2.71**	2.70**	3.23**	3.23**
Kosten in het jaar 2018 (0=nee; 1=ja)	3.47**	3.48**	3.44**	3.42**	2.92**	2.92**

(IV = Instrumental variables; OLS = Ordinary Least Squares). Coëfficiënten gemarkeerd met een ** zijn statistisch significant bij een grens van $p < 0.05$

Vervolgens hebben we vergelijkbare regressieanalyses uitgevoerd, maar nu met de overlevingsduur (1 en 2 jaar) als uitkomstvariabele. Bij de overleving na 1 jaar is geen significant effect zichtbaar bij de keuze voor extramuraal zorg ten opzichte van intramuraal zorg. Bij de overleving van twee jaar is – vergelijkbaar met de eerdere beschrijvende statistieken – een groter positief effect in de OLS zichtbaar. De kans op overleving na twee jaar is groter in een geclusterde extramuraal zorginstelling. De analyses met afstand als IV doen dit effect echter wederom teniet. Bij controle op persoonskenmerken en selectie-effecten lijkt er dus geen duidelijk verschil te zijn in overleving tussen personen in intramuraal en geclusterde extramuraal zorginstellingen.

Tabel 4.2 Regressiemodellen overleving in instelling (n=75.143)

Overleving	Overleving 1 jaar (aantal dagen)		Overleving 2 jaar (aantal dagen)	
	OLS	IV	OLS	IV
Type locatie (0=intramuraal; 1=extramuraal)	0.98	-6.25	5.43**	0.21
Geslacht (0=man; 1=vrouw)	24.03**	24.89**	64.52**	64.56**
Leeftijd (jaar verhuizing)	-1.38**	-1.37**	-4.49**	-4.48**
Inkomen (jaar verhuizing)	0.00**	0.00**	0.00**	0.00**
Vermogen (jaar verhuizing)	0.00**	0.00**	0.00**	0.00**
Hoogste ZZZP 5 (jaar verhuizing, ref=ZZP 4)	-17.15**	-17.01**	-55.83**	-55.73**
Hoogste ZZZP 6 (jaar verhuizing, ref=ZZP 4)	-29.15	-30.46**	-79.55**	-80.50**
Hoogste ZZZP 7 (jaar verhuizing, ref=ZZP 4)	-7.01**	-8.26**	-43.76**	-44.66**
Hoogste ZZZP 8 (jaar verhuizing, ref=ZZP 4)	-18.58**	-20.21**	-59.66**	-60.83**
Kosten in het jaar 2016 (0=nee; 1=ja)	-15.97	-16.37	-39.13	-39.31
Kosten in het jaar 2017 (0=nee; 1=ja)	46.86**	47.17**	76.60**	76.81**
Kosten in het jaar 2018 (0=nee; 1=ja)	93.52**	93.70**	259.51**	259.64**

(IV = Instrumental variables; OLS = Ordinary Least Squares). Coëfficiënten gemarkeerd met een ** zijn statistisch significant bij een grens van $p < 0.05$

4.5.3 Controles op de analyses: validiteit en robuustheid

Een belangrijke veronderstelling van onze IV-analyse is dat differentiële afstand in kilometers bepalend is voor de verpleeghuiskeuze (Gupta, Howell et al. 2021). Deze veronderstelling hebben we getoetst door een OLS uit te voeren, waarbij de verpleeghuiskeuze (intramuraal of extramuraal) als afhankelijke variabele en de differentiële afstand in kilometers als onafhankelijke variabele functioneren, gecorrigeerd voor persoonskenmerken (Bijlage 4). Deze regressieanalyse laat zien dat de differentiële afstand een goede voorspeller is voor de uiteindelijke keuze van de woonzorgvorm: wanneer de afstand in kilometers naar de dichtstbijzijnde geclusterde extramurale zorginstelling toeneemt, dan wordt ook de kans op de keuze voor een intramurale zorginstelling groter. De ongewogen gemiddelde differentiële afstand voor beide groepen bevestigt deze conclusie (0,47 km intramuraal en 0,26 km extramuraal).

Om de robuustheid van de analyses te controleren, hebben we de regressies ook uitgevoerd met minder controlevariabelen. De volgende modellen zijn uitgevoerd: 1) zonder zorgzwaarte als correctie; 2) alleen correctie voor leeftijd en geslacht; 3) alleen correctie voor kosten in jaar 2016, 2017 en 2018. Deze analyse van modellen met minder controlevariabelen geeft inzicht in de invloed van afzonderlijke variabelen op de correlatie tussen uitkomstvariabelen en de primaire verklarende variabele. Daarnaast zijn analyses gedaan op

personen met een dubbele verhuizing naar een van onze geïdentificeerde locaties, bijvoorbeeld eerst naar een extramurale en vervolgens naar een intramurale locatie. Ten slotte hebben we een analyse gedaan zonder personen met een MPT, omdat deze groep diffuus kan zijn wat betreft hun zorgzwaarte. Alle bovenstaande analyses laten een vergelijkbaar beeld zien met onze hoofdanalyses (Bijlage 5).

4.6 Beperkingen

Dit onderzoek kent enkele beperkingen. De identificatie van personen in intramurale en geclusterde extramurale zorginstellingen heeft plaatsgevonden op basis van de gemeentelijke basisadministratie (GBA). De nieuwe adresgegevens worden niet altijd juist of tijdig doorgegeven, waardoor waarschijnlijk een deel van de verhuizingen in onze analyse ontbreekt. Daarnaast hebben we voor de Zvw gebruikgemaakt van kostengegevens op jaarniveau. Hierdoor waren we gebonden aan analyses op volledige jaren. Gezien de 'snelle' doorloop van bewoners in verpleeghuizen leidt deze analyse tot een grovere schatting van kosteneffecten dan analyse op een meer gedetailleerd niveau, zoals maanden. Desalniettemin verwachten we dat onze analyse robuust is, omdat dit voor beide groepen bewoners (intramuraal en extramuraal) geldt.

4.7 Conclusie

In dit hoofdstuk hebben we de zorgkosten op cliëntniveau in de intramurale en geclusterde extramurale zorginstellingen in kaart gebracht en getoetst. Extramurale zorgpakketten zijn zonder correcties goedkoper dan intramurale pakketten. Dit verschil komt volledig voor rekening van de Wlz, de kosten in de Zvw zijn er juist hoger. Echter, na correctie voor persoonskenmerken en selectie-effecten is er geen duidelijk verschil in totale kosten (Wlz en Zvw) meer zichtbaar tussen beide groepen. Met andere woorden, wanneer personen willekeurig verdeeld worden over de intramurale en de geclusterde extramurale zorginstellingen is de verwachting dat dit niet tot een kostenbesparing leidt. Een beperking van de analyse is het gebrek aan inzicht in servicekosten, mogelijk leidt dit tot een overschatting van de zorgcomponent bij ZiN, waardoor deze kosten in de praktijk lager uit kunnen vallen. Tot slot is de verblijfsduur langer in extramurale instellingen, maar ook dit effect wordt teniet gedaan door correctie voor selectie-effecten.

5 Conclusies

Nederland heeft de afgelopen tien jaar een snelle groei gezien van het aantal kleinschalige woonzorgvormen. Dit is gestimuleerd door verschillende factoren waarbij de traditionele vraag door kapitaalkrachtige cliënten naar hoogwaardige kleinschalige voorzieningen is versterkt door nieuwe financieringsmodaliteiten die het scheiden van wonen en zorg beter mogelijk maken (VPT/MPT) en sinds 2015 de geleidelijke uitfasering van de traditionele verzorgingshuizen. Optimisten denken dat kleinschalig wonen de houdbaarheid van de langdurige zorg zal versterken. Het is meer vraag gericht en zou ook tot lagere kosten kunnen leiden, dat laatste met name door het scheiden van wonen en zorg. Pessimisten zijn bang voor tweedeling en denken dat deze voorzieningen buiten het bereik van mensen met een kleine beurs zullen blijven. Dit debat is gebaat bij een empirisch onderzoek naar de praktijk van het kleinschalig wonen. Hier bestaan belangrijke lacunes die wij voor het eerst in kaart hebben gebracht.

De hoofdvragen van dit onderzoek: Wat zijn de belangrijkste karakteristieken van kleinschalige woonzorgvormen? Hoe verschillen deze ten opzichte van grotere reguliere verpleeghuizen? In hoeverre worden de beschikbare cijfers hierover vertekend door selectie-effecten? Hoe doelmatig zijn kleinschalige woonvormen? En in welke mate wordt kwaliteit en toegankelijkheid hierin gewaarborgd? Dit type vragen zijn door ons in dit onderzoek beantwoord.

Er is veel steun voor een pluralistisch zorglandschap met kleinschalige woonzorgvormen naast de traditionele verpleeghuizen. Kleinschalige woonzorgvormen werken vaak met een lage overhead en met integratie van taken; aan de andere kant zijn er ook schaalnadelen, vooral met betrekking tot de bezetting van de nachtdienst en de inzet van gespecialiseerde zorgprofessionals. Veel van de respondenten stellen dat scheiden van wonen en zorg nodig is om tot een sluitende exploitatie te kunnen komen. Dit impliceert dat men daardoor via eigen diensten (inclusief wonen) extra inkomsten kan genereren indien nodig hoger dan de daarvoor bestemde vergoedingen in reguliere ZiN.

Onze respondenten trekken in twijfel dat kleinschalige woonvormen de diensten goedkoper kunnen leveren dan de reguliere zorg; het scheiden van het wonen en zorg is dan vaak ook nodig om tot een sluitende exploitatie te kunnen komen.

Cliënten in de kleinschalige woonvormen zijn meer tevreden over de aan hun verleende zorg (NPS-scores). Eerdere studies lieten overigens een nog wat positiever beeld zien over de kwaliteit van kleinschalige woonzorgvormen (Kane, Lum et al. 2007, te Boekhorst, Depla et al. 2009, Pot and de Lange 2010, Verbeek, Zwakhalen et al. 2012). In die zin dragen deze instellingen bij aan de maatschappelijke houdbaarheid van de langdurige zorg. In combinatie met het feit dat kleinschalige instellingen ook beduidend minder Wlz-zorg per cliënt declareren, kan het beeld ontstaan dat deze instellingen ook bijdragen aan de budgettaire houdbaarheid van de zorg. Dit blijkt echter niet het geval te zijn.

Kleinschalige woonzorgvormen zijn, na de noodzakelijke statistische correcties voor selectie-effecten (het vergelijken van appels met peren), niet doelmatiger dan de reguliere zorg: er wordt geen kostenbesparing verwacht wanneer cliënten willekeurig worden verdeeld over zorg in natura en de geclusterde extramurale zorg. Het is aannemelijk dat de ongecorrigeerde verschillen in kosten komen door impliciete persoonskenmerken. De door ons gehouden interviews bevestigen deze bevindingen: zorgmanagers zien belangrijke schaalnadelen bij bijvoorbeeld het verzorgen van de nachtdiensten. Indien het aantal kleinschalige woonzorgvoorzieningen in het huidige tempo blijft toenemen kunnen hiervan ook materiële effecten uitgaan richting de krappe arbeidsmarkt van de zorg.

De door ons gevonden substantiële selectie-effecten impliceren dat de toegankelijkheid tot kleinschalige woonzorgvormen niet evenredig is verdeeld over de populatie die intramurale ouderenzorg nodig heeft. Zo levert men vaker een wat lichtere zorgzwaarte. In de praktijk is de toegang tot deze zorg in ieder geval beter voor mensen met een hoger inkomen of met een hoger vermogen. Deze kunnen immers op een 'vrije' markt de woon- en servicekosten beter opbrengen en hoeven bovendien ook geen hoge inkomensafhankelijke eigen bijdrage meer te betalen voor het reguliere verpleeghuis. Voor lagere inkomens geldt het omgekeerde, met name als deze kosten hoger liggen dan de grens voor huursubsidie of de inkomensafhankelijke eigen bijdrage die men in het verpleeghuis kwijt zou zijn. In die gevallen is men meer geld kwijt.

Het feit dat de private kosten die cliënten maken voor het wonen in en de diensten van de kleinschalige woonzorg echter niet zijn onderzocht vormt de belangrijkste beperking van dit onderzoek. Veel instellingen wilden hier geen openheid over geven en er is sprake van veel variatie omdat men bijvoorbeeld de zorg segmenteert naar de 'luke' van de voorzieningen waarin deze worden geleverd. Indien deze kosten niet hoger zijn dan die van de (hiervoor bedoelde) normatieve huisvestingscomponenten binnen de reguliere verpleeghuiszorg, dan is er waarschijnlijk sprake van een aantrekkelijk alternatief. Indien deze kosten echter (substantieel) hoger zijn dan de NHC, en dat zal zeker het geval zijn voor een behoorlijk aantal van deze instellingen die ook niet zelden een winstoogmerk hebben, dan hangt dat er maar helemaal van af. Indien hiervoor extra 'luke' wordt geleverd waarvoor cliënten graag betalen en/of als deze middelen worden ingezet voor kruissubsidiëring van reguliere verpleeghuiszorg is er nog steeds sprake van een welvaartsverbetering. In de meeste andere gevallen is dat waarschijnlijk niet het geval. Om hier meer over te zeggen is er nader onderzoek nodig met meer openheid van zaken over deze inkomsten.

Het beleid is erop gericht om het aandeel kleinschalig wonen binnen de ouderenzorg verder te laten groeien. Dit sluit reeds aan bij een sterke trend en de verwachting is dan ook dat deze zich (versneld) zal doorzetten. Ten opzichte van de persoonsgebonden budgetten, die vooral bij zelfstandige kleinschalige woonvormen populair waren, zal het VPT, dat ook door reguliere verpleeghuizen wordt gebruikt, in belang toenemen. Een onderbelicht aspect dat dan mogelijk ook aan belang zal toenemen, is dat de weerbaarheid van kleinschalige

woonzorgvormen in termen van bedrijfsvoering en financiën kwetsbaarder is: hierdoor kan de volatiliteit van de toe- en uitredingen op de markt toenemen.

6 Referenties

Adema, Y. and I. van Tilburg (2019). *Zorgen om morgen*. Den Haag, Centraal Planbureau.

Bos, A., et al. (2020). "For-profit nursing homes in the Netherlands: what factors explain their rise?" *Int J Health Serv* **50**(5): 431-443.

Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) (2017). "Ontwikkeling inkomen en vermogen 65-plussers na '95." Retrieved 30-7-2019, from <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2017/10/ontwikkeling-inkomen-en-vermogen-65-plussers-na-95>.

Cohen, L. W., et al. (2016). "The Green House Model of Nursing Home Care in Design and Implementation." *Health Services Research* **51**: 352-377.

Coleman, M. T., et al. (2002). "The Eden alternative: Findings after 1 year of implementation." *Journals of Gerontology Series a-Biological Sciences and Medical Sciences* **57**(7): M422-M427.

Gupta, A., et al. (2021). Does private equity investment in healthcare benefit patients? evidence from nursing homes, National Bureau of Economic Research.

Kane, R. A., et al. (2007). "Resident outcomes in small-house nursing homes: A longitudinal evaluation of the initial green house program." *Journal of the American Geriatrics Society* **55**(6): 832-839.

Kenniz (2020). "De groei van de (particuliere) woonzorginitiatieven." Retrieved 20 december, 2021, from <https://www.kenniz.nl/onze-gezamenlijke-successen>.

KNAW; NFU; NWO; TO2-federatie; Vereniging Hogescholen; VSNU (2018). *Nederlandse gedragscode wetenschappelijke integriteit*. Amsterdam; Utrecht; Den Haag, KNAW; NFU; NWO; TO2-federatie; Vereniging Hogescholen; VSNU.

McClellan, M., et al. (1994). "Does more intensive treatment of acute myocardial infarction in the elderly reduce mortality?: analysis using instrumental variables." *Jama* **272**(11): 859-866.

Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport (2022). *WOZO: Programma Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen*. Den Haag, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) (2021). *Monitor Ouderenzorg - regionale verschillen (deel 1)*. Utrecht, NZa.

Onishi, J., et al. (2006). "Behavioral, psychological and physical symptoms in group homes for older adults with dementia." *International Psychogeriatrics* **18**(1): 75-86.

Plaisier, I. and M. den Draak (2019). *Wonen met Zorg. Verkenning van particuliere woonzorg voor ouderen*. . The Hague, Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP)

Pot, A. M. and J. de Lange (2010). *Monitor Woonvormen Dementie. Een studie naar verpleeghuiszorg voor mensen met dementie*. Utrecht, Trimbos Instituut.

Reinhardt, U. E. (2000). "The economics of for-profit and not-for-profit hospitals." Health Affairs **19**(6): 178-186.

Te Boekhorst, S., et al. (2007). "Kleinschalig wonen voor ouderen met dementie: een begripsverheldering." Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie, 2007 **38**(1): 15-23.

te Boekhorst, S., et al. (2009). "The effects of group living homes on older people with dementia: a comparison with traditional nursing home care." International Journal of Geriatric Psychiatry **24**(9): 970-978.

Verbeek, H., et al. (2009). "Small, homelike care environments for older people with dementia: a literature review." International Psychogeriatrics **21**(2): 252-264.

Verbeek, H., et al. (2010). "Dementia Care Redesigned: Effects of Small-Scale Living Facilities on Residents, Their Family Caregivers, and Staff." Journal of the American Medical Directors Association **11**(9): 662-670.

Verbeek, H., et al. (2012). "Small-scale, homelike facilities in dementia care: A process evaluation into the experiences of family caregivers and nursing staff." International Journal of Nursing Studies **49**(1): 21-29.

VVD & D66 & CDA en ChristenUnie (2021). Coalitieakkoord 2021-2025. 'Omzien naar elkaar, vooruitkijken naar de toekomst'. Den Haag, Rijksoverheid.

Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR) (2021). Kiezen voor Houdbare Zorg. Mensen, middelen en maatschappelijk draagvlak. Den Haag, WRR.

7 Bijlagen

7.1 Bijlage 1

Tabel B.1 Topics & Interview vragen

Ontwikkelingen	Hoe zou u de ontwikkelingen omtrent kleinschalige woonzorgvormen in Nederland omschrijven?
Kansen en belemmeringen - financieel	Welke kansen zijn er volgens u om kleinschalige woonzorgvormen betaalbare zorg te leveren?
	Welke belemmeringen zijn er volgens u om kleinschalige woonzorgvormen betaalbare zorg te leveren?
Kansen en belemmeringen -kwaliteit	Welke kansen zijn er volgens u om kleinschalige woonzorgvormen van goede kwaliteit te leveren?
	Welke belemmeringen zijn er volgens u om kleinschalige woonzorgvormen van goede kwaliteit te leveren?
Kansen en belemmeringen - toegankelijkheid	Welke kansen zijn er volgens u om kleinschalige woonzorgvormen te organiseren die toegankelijk is voor iedereen met een langdurige zorgvraag?
	Welke belemmeringen zijn er volgens u om kleinschalige woonzorgvormen te organiseren die toegankelijk is voor iedereen met een langdurige zorgvraag?

7.2 Bijlage 2

Tabel B.2. Zorgzwaartepakketten en bijbehorende tarieven per leveringsvorm, totaalwaarde per dag (Voorbeeld 2017)

	ZiN verblijf (excl. Behandeling)	VPT	PGB
ZZP VV 4 Beschut wonen met intensieve begeleiding en uitgebreide verzorging	118,71	116,8	96,66
ZZP VV 5 Beschermd wonen met intensieve dementiezorg	162,92	161,17	131,15
ZZP VV 6 Beschermd wonen met intensieve verzorging en verpleging	163,23	161,15	131,15
ZZP VV 7 Beschermd wonen met zeer intensieve zorg, vanwege specifieke aandoeningen, met de nadruk op begeleiding	191,76	189,19	164,28
ZZP VV 8 Beschermd wonen met zeer intensieve zorg, vanwege specifieke aandoeningen, met de nadruk op verzorging/verpleging	223,77	219,81	196,06

Bronnen: NZa Prestatiebeschrijvingen en tarieven zorgzwaartepakketten – BR/REG-17137b en BR/REG-17137f

Er bestaat niet één MPT tarief omdat het MPT een samenstelling is van verschillende componenten en diensten dat sterk verschilt per client. Zie prestatiebeschrijving met de verschillende tarieven van modulaire zorg (2017): https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_21608_22/

Tabel B.3. Tarieven normatieve huisvestingscomponent (Voorbeeld 2017)

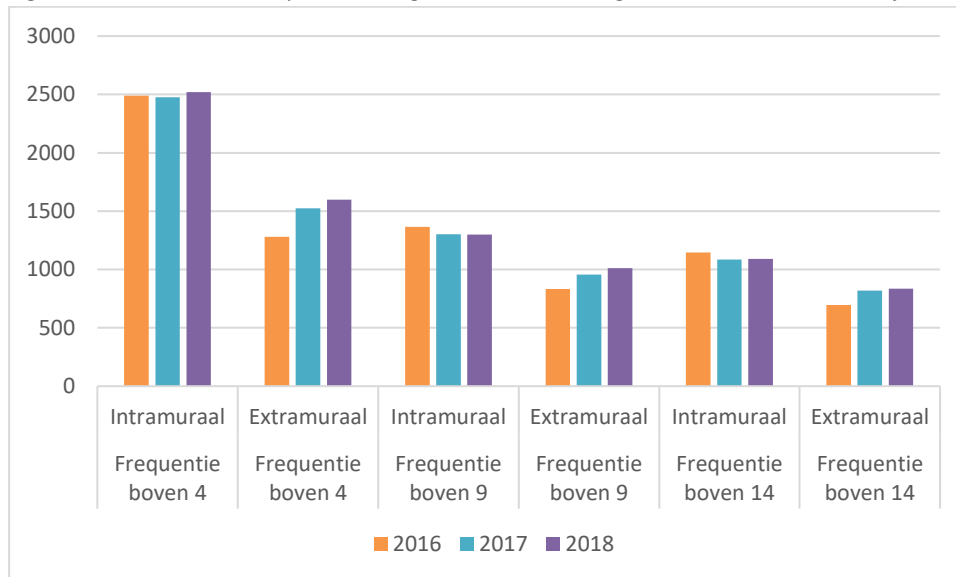
ZZP	Totaalwaarde per dag (excl. behandeling)
ZZP 4	€30,36
ZZP 5	€29,88
ZZP 6	€29,80
ZZP 7	€30,77
ZZP 8	€31,70

Bron: Tarieven normatieve huisvestingscomponent (NHC) en normatieve inventariscomponent (NIC) bestaande zorgaanbieders – BR/REG-17139

7.3 Bijlage 3

Sensitiviteitsanalyses aantal locaties

Figuur B.1. Sensitiviteitsanalyse definitie geclusterde woonzorgvormen. Locaties kunnen bij beide groepen voorkomen



7.4 Bijlage 4

Analyse validiteit IV

Tabel B.4. Lineair regressiemodel (OLS = Ordinary Least Squares) met differentiële afstand als voorspeller voor type locatie. Differentiële afstand = afstand dichtstbijzijnde extramurale locatie – afstand dichtstbijzijnde extramurale locatie. (N=75.142)

	Keuze voor intramuraal of extramuraal
	OLS
Differentiële afstand	-0.03*
Geslacht (0=man; 1=vrouw)	0.01*
Leeftijd (jaar verhuizing)	0.00*
Inkomen (jaar verhuizing)	0.00*
Vermogen (jaar verhuizing)	0.00*
Overleving (1 jaar)	0.00
Hoogste ZZZ 5 (jaar verhuizing, ref=ZZZ 4)	0.02*
Hoogste ZZZ 6 (jaar verhuizing, ref=ZZZ 4)	-0.18*
Hoogste ZZZ 7 (jaar verhuizing, ref=ZZZ 4)	-0.17*
Hoogste ZZZ 8 (jaar verhuizing, ref=ZZZ 4)	-0.22*
Kosten in het jaar 2016 (0=nee; 1=ja)	-0.05
Kosten in het jaar 2017 (0=nee; 1=ja)	-0.04*
Kosten in het jaar 2018 (0=nee; 1=ja)	0.02*

Coëfficiënten gemarkeerd met een * zijn statistisch significant bij een grens van $p < 0.05$

7.5 Bijlage 5

Analyse robuustheid regressiemodellen

Tabel B.5. Regressiemodellen totale kosten (zonder NHC) in het jaar na verhuizing (n=48775); zonder ZZP als correctie (n=75.146)

Kosten jaar na verhuizing	Kosten Wlz (zonder NHC)		Totale kosten (zonder NHC)	
	OLS	IV	OLS	IV
Type locatie (0=intramuraal; 1=extramuraal)	-0.45*	-0.26	-0.35*	0.05
Geslacht (0=man; 1=vrouw)	-0.08*	-0.08*	-0.05*	-0.06*
Leeftijd (jaar verhuizing)	0.00	0.00	0.00	0.00
Inkomen (jaar verhuizing)	0.00*	0.00*	0.00*	0.00*
Vermogen (jaar verhuizing)	0.00*	0.00*	0.00	0.00
Overleving (1 jaar)	-0.01*	-0.01*	-0.01*	-0.01*
Kosten in het jaar 2016 (0=nee; 1=ja)	0.88*	0.89*	-0.13	-0.11
Kosten in het jaar 2017 (0=nee; 1=ja)	1.96*	1.96*	2.88*	2.86*
Kosten in het jaar 2018 (0=nee; 1=ja)	2.37*	2.37*	1.02*	1.01*

(IV = Instrumental variables; OLS = Ordinary Least Squares). Coëfficiënten gemarkeerd met een * zijn statistisch significant bij een grens van $p < 0.05$

Tabel B.6. Regressiemodellen totale kosten (zonder NHC) in het jaar na verhuizing (n=75.149); alleen correctie leeftijd, geslacht en dummy jaren

Kosten jaar na verhuizing	Totale kosten (zonder NHC)	
	OLS	IV
Type locatie (0=intramuraal; 1=extramuraal)	-0.37*	0.00
Geslacht (0=man; 1=vrouw)	-0.19*	-1.89*
Leeftijd (jaar verhuizing)	0.01*	0.01*
Kosten in het jaar 2016 (0=nee; 1=ja)	-0.09	-0.07
Kosten in het jaar 2017 (0=nee; 1=ja)	2.58*	2.57*
Kosten in het jaar 2018 (0=nee; 1=ja)	0.44*	0.42*

(IV = Instrumental variables; OLS = Ordinary Least Squares). Coëfficiënten gemarkeerd met een * zijn statistisch significant bij een grens van $p < 0.05$

Tabel B.7. Regressiemodellen totale kosten (zonder NHC) in het jaar na verhuizing (n=48775); alleen correctie dummy jaren (n=75.151)

Kosten jaar na verhuizing	Totale kosten (zonder NHC)	
	OLS	IV
Type locatie (0=intramuraal; 1=extramuraal)	-0.37*	-0.01
Kosten in het jaar 2016 (0=nee; 1=ja)	-0.07	-0.05
Kosten in het jaar 2017 (0=nee; 1=ja)	2.57*	2.56*
Kosten in het jaar 2018 (0=nee; 1=ja)	0.42*	0.41*

(IV = Instrumental variables; OLS = Ordinary Least Squares). Coëfficiënten gemarkeerd met een * zijn statistisch significant bij een grens van $p < 0.05$

Tabel B.8. Regressiemodellen totale kosten (zonder NHC) in het jaar na verhuizing (n=48775); correctie voor intramuraal en extramuraal (beide locaties) (n=75.141)

Kosten jaar na verhuizing	Totale kosten (zonder NHC)	
	OLS	IV
Type locatie (0=intramuraal; 1=extramuraal)	-0.24*	1.62*
Geslacht (0=man; 1=vrouw)	-0.05*	-0.06*
Leeftijd (jaar verhuizing)	0.00*	-0.01*
Inkomen (jaar verhuizing)	0.00*	0.00
Vermogen (jaar verhuizing)	0.00*	0.00
Overleving (1 jaar)	-0.01*	-0.01*
Hoogste ZGP 5 (jaar verhuizing, ref=ZGP 4)	-0.33*	-0.42*
Hoogste ZGP 6 (jaar verhuizing, ref=ZGP 4)	0.24*	-0.53*
Hoogste ZGP 7 (jaar verhuizing, ref=ZGP 4)	-0.38*	-0.12
Hoogste ZGP 8 (jaar verhuizing, ref=ZGP 4)	-1.24*	-0.87*
Kosten in het jaar 2016 (0=nee; 1=ja)	-0.15	-0.05
Kosten in het jaar 2017 (0=nee; 1=ja)	2.87*	2.80*
Kosten in het jaar 2018 (0=nee; 1=ja)	1.01*	0.98*
Locatie zowel intramuraal als extramuraal (0=nee; 1=ja)	-0.21*	-0.61*

(IV = Instrumental variables; OLS = Ordinary Least Squares). Coëfficiënten gemarkeerd met een * zijn statistisch significant bij een grens van $p < 0.05$

Tabel B.9. Regressiemodellen totale kosten (zonder NHC) in het jaar na verhuizing; analyse exclusief MPT (n=35.326)

Kosten jaar na verhuizing	Totale kosten (zonder NHC)	
	OLS	IV
Type locatie (0=intramuraal; 1=extramuraal)	0.28*	-1.63
Geslacht (0=man; 1=vrouw)	0.02	0.05
Leeftijd (jaar verhuizing)	0.01*	0.01*
Inkomen (jaar verhuizing)	0.00*	0.00*
Vermogen (jaar verhuizing)	0.00*	0.00
Overleving (1 jaar)	0.01*	0.01*
Hoogste ZGP 5 (jaar verhuizing, ref=ZGP 4)	0.66*	0.71*
Hoogste ZGP 6 (jaar verhuizing, ref=ZGP 4)	0.77*	0.77*
Hoogste ZGP 7 (jaar verhuizing, ref=ZGP 4)	0.90*	0.89*
Hoogste ZGP 8 (jaar verhuizing, ref=ZGP 4)	1.08*	1.03*
Kosten in het jaar 2016 (0=nee; 1=ja)	0.19	0.16
Kosten in het jaar 2017 (0=nee; 1=ja)	3.23*	3.28*
Kosten in het jaar 2018 (0=nee; 1=ja)	2.81*	2.82*

(IV = Instrumental variables; OLS = Ordinary Least Squares). Coëfficiënten gemarkeerd met een * zijn statistisch significant bij een grens van $p < 0.05$