

Hoe goed is de kwaliteit van zorg bij
'commerciële' zorgaanbieders?
*Overzicht van de wetenschappelijke
literatuur met een focus op zelfstandige
behandelcentra en private verpleeghuizen*

Florien Kruse
Stefan Auener
Patrick Jeurissen

Hoe goed is de kwaliteit van zorg bij 'commerciële' zorgaanbieders?

Overzicht van de wetenschappelijke literatuur
met een focus op zelfstandige behandelcentra en
private verpleeghuizen

Juli 2022

Projectteam:

Dr. Florian Kruse
Stefan Auener
Prof. Dr. Patrick Jeurissen

Correspondentie:

IQ healthcare, Radboudumc
Dr. Florian Kruse, projectleider
Postbus 9101, 160 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 in opdracht van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ).

Inhoud

Samenvatting	5
1. Inleiding	7
2. Theorie ‘commercieel’ zorgaanbod	9
2.1 ‘Commercieel’ versus ‘niet-commercieel’ zorgaanbod.....	9
2.2. Vormen van ‘commercieel’ eigendom	10
3. Prestaties ‘commerciële’ zorgaanbieders in internationaal perspectief	12
3.1. Commercie in het stelsel: parallel, substituut of complementair	12
3.2. Kwaliteit van zorg	13
3.3. Doelmatigheid: prijzen versus kosten	15
3.4. Toegankelijkheid.....	15
4. Nederlandse literatuur ‘commerciële’ aanbieders	16
4.1. Particuliere verpleeghuissector	16
4.2. Zelfstandig behandelcentra	17
5. Relaties organisatiekarakteristieken en kwaliteit van zorg ‘commerciële’ sector	19
5.1. Methode	19
5.2. Resultaten.....	20
5.3. Conclusie.....	27
6. Conclusie	29
Literatuur	30
Appendix A	34
Appendix B	35

Samenvatting

Deze rapportage biedt een overzicht van het wetenschappelijke bewijs over de kwaliteit van zorg in de ‘commerciële’ zorgsector. In het bijzonder staat dit rapport stil bij de literatuur over de kwaliteit van zorg binnen de particuliere verpleeghuissector en de zelfstandige behandelcentra sector. Opdrachtgever is de Inspectie voor Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ). Wij rapporteren op basis van nationale en internationale literatuur over het theoretisch mechanisme, prestaties van ‘commerciële zorgaanbieders’ in het buitenland en in Nederland en onze nieuwe verkenning naar de karakteristieken van verschillende typen ‘commerciële’ organisaties en hoe deze de kwaliteit beïnvloeden.

De theorie

In theorie leveren ‘commerciële’ zorgaanbieders de zorg doelmatiger, in vergelijking met niet-commerciële zorgaanbieders, doordat commerciële zorgaanbieders gedisciplineerd worden door hun aandeelhouders om hun zorgverlening efficiënt te organiseren. ‘Commerciële’ aanbieders moeten echter ook hogere prijzen voor hun risicodragende kapitaal betalen waardoor ze elders moeten besparen willen ze concurrerend zijn ten opzichte van andere aanbieders. Bij hoge rendementen zijn ‘commerciële’ aanbieders echter ook bereid om te innoveren en nieuwe markten te verkennen. De zoektocht naar winst kan in theorie ten koste gaan van de kwaliteit van zorg, met name als deze moeilijk meetbaar is of als patiënten of cliënten zich in een afhankelijke situatie bevinden. Als kwaliteit goed meetbaar is en kan worden vastgelegd in een contract, kan dit nadeel ook omslaan in een voordeel: ‘commerciële’ partijen concentreren zich op meetbare resultaten en de prijs die men hiervoor krijgt. Specifieke organisatievormen kunnen de relatieve presentaties van commerciële zorgaanbieders ook beïnvloeden. Zo hebben private equity partijen veelal een sterkere winstprikkel met een korte termijn focus in vergelijking met zorginstellingen die in eigendom zijn van de oprichters. In theorie, hoe sterker de winstprikkel, hoe sterker de positieve of negatieve effecten met betrekking tot kwaliteit van zorg. Hierbij speelt ook de externe context een rol: bijvoorbeeld financiering, regelgeving en monitoring.

Het bredere internationale perspectief

In zorgstelsels zien we vaak dat ‘commerciële’ aanbieders parallelle, complementaire of verzekerde zorg (substituut) leveren ten opzichte van de reguliere sector. In alle gevallen heeft de ‘commerciële’ sector winst als doelstelling. De commerciële sector kan dit realiseren met ofwel een lagere kostprijs te realiseren of door hogere prijzen te vragen. Verschillende internationale reviews voor de verpleeghuiszorg laten zien dat deze lagere kostprijs correleert met een lagere personele bezetting, wat weer negatief relateert aan kwaliteit van deze zorg. Ook binnen de medisch specialistische zorg laat onderzoek risico’s voor de kwaliteit van zorg zien (voornamelijk overbehandeling); deze lijken samen te hangen met een sterke productieprikkel.

De situatie in Nederland

Binnen Nederland is er een beperkt aantal wetenschappelijke studies uitgevoerd naar ‘commerciële’ binnen de verpleeghuiszorg en zelfstandige behandelcentra. Hoewel er sprake is van een verbod op het uitkeren van winst, zijn beide sub-sectoren de afgelopen jaren sterk gegroeid. Specifieke juridische constructies maken het mogelijk dat er toch winst kan worden gemaakt en dat deze kan worden uitgekeerd. In particuliere verpleeghuizen maakt men bijvoorbeeld winst op het woon- en servicecomponent. Deze huizen leveren bovendien vooral zorg aan welgestelde zorgbehoevenden. In beide sectoren heeft een sterke concentratie plaatsgevonden; enkele grote aanbieders domineren nu de markt. Zelfstandige behandelcentra scoren niet beter (of slechter) op de kwaliteit van zorg, maar de patiënt- en cliëntwaarderingen zijn in beide sectoren hoger dan in de niet-commerciële sector.

De ene ‘commerciële’ aanbieder is de andere niet

De ‘commerciële’ zorgaanbieders worden ten onrechte beschouwd als een homogene sector, ook in veel internationale studies. Om die reden hebben we hier specifiek onderzoek naar gedaan. We constateren dat specifieke karakteristieken van ‘commerciële’ verpleeghuizen samenhangen met de kwaliteit van zorg. Daarbij lijken de risico’s groter te zijn bij aanbieders die in handen zijn van private-equity partijen. Dit betreft vooral de personeelssamenstelling (kwalificatie en fte/cliënt ratio). Tevens lijken de kleinere ketens het slechter te doen dan de grotere ketens. Met name in het lage prijssegment blijft de kwaliteit van ‘commerciële’ verpleeghuizen in Duitsland achter. Het aantal internationale studies over zelfstandige behandelcentra is zeer beperkt, maar artsen met een financieel belang in zo’n kliniek lijken geneigd om wat sneller te opereren.

Conclusie

Onze conclusie is dat eigendom type en de mate van commercie die daarmee gepaard gaat een relevante indicator is om te betrekken bij het toezicht op de kwaliteit van zorg in verpleeghuizen en zelfstandige behandelcentra. Daarnaast kan het zinvol zijn om ook de specifieke karakteristieken van commerciële zorgaanbieders mee te wegen en hier nader onderzoek naar te doen.

1. Inleiding

Hoe goed is de kwaliteit van zorg bij 'commerciële' zorgaanbieders? De Inspectie voor Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) heeft ons gevraagd om deze vraag te beantwoorden op basis van bestaande wetenschappelijke bronnen. Het aantal 'commerciële' zorgondernemers, zoals zelfstandige behandelcentra (ZBC's) en particuliere verpleeghuizen is, ook in Nederland, de afgelopen decennia sterk gestegen (Jeurissen and Maarse 2021). In Nederland geldt een verbod op het uitkeren van winst voor intramurale zorgaanbieders en voor instellingen die verzekerde medisch-specialistische zorg aanbieden. Echter, middels juridische constructies (box 1) is er toch een zorgmarkt ontstaan met het maken van winst als een belangrijke doelstelling. Dit speelt zich met name af bij de zogenaamde zelfstandige behandelcentra en bij de komst van private verpleeghuizen. Beide staan onder toezicht van de IGJ.

De opkomst van 'commerciële' zorgaanbieders kan mogelijk gepaard gaan met positieve ontwikkelingen. Zo heeft men toegang tot risicodragend privaat kapitaal. Commerciële partijen worden, onder de voorwaarde van concurrerende markten, ook geassocieerd met meer klantgerichtheid en doelmatigheid. Hier tegenover staan ook mogelijke risico's, bijvoorbeeld voor de kwaliteit en de toegankelijkheid van zorg. Media rapporteren soms over misstanden bij commerciële zorgaanbieders (van Ark 2020).

Box 1. Juridische structuren voor het maken van winst

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft onderzocht op welke manieren juridische structuren bij zorgaanbieders gebruikt kunnen worden om winst met zorggelden te kunnen maken (Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) 2021). Bij deze juridische structuren wordt gebruik gemaakt van meerdere rechtspersonen die ofwel direct dan wel indirect met elkaar verbonden zijn. Hierdoor kunnen gelden van de ene naar de andere onderneming vloeien. In de regel wordt daarbij het zorgdeel gescheiden van andere gerelateerde activiteiten, zoals het leveren van woonruimte, services of andere diensten die worden betaald vanuit de zorg maar waarop geen winstklem zit. Dergelijke juridische structuren zijn overigens zeker niet per definitie ongewenst omdat het ook meer inzicht kan geven in de verantwoording en de financiële resultaten van verschillende activiteiten en omdat financiële risico's gespreid kunnen worden. Deze constructies dragen echter wel bij aan risico's zoals een gebrek aan transparantie en onvoldoende mogelijkheden voor extern toezicht.

Waarom zouden er eigenlijk risico's kleven aan het maken van winst in de zorg? De zorgverlening is veelal een atypische markt welke zich niet altijd volgens de wetten van de vrije markt gedraagt. Zo beschikken behandelaars over veel meer kennis dan de patiënt en dit zou men kunnen gebruiken om extra zorg te leveren en zo de winst te vergroten. In meer algemene zin zijn patiënten en cliënten vaak (erg) kwetsbaar en niet in staat hun belangen goed te behartigen. Dit kan leiden tot het stellen van winst boven kwaliteit, bijvoorbeeld in gebudgetteerde verpleeghuiszorg. Bovendien kunnen monopolies ontstaan waardoor de feitelijke keuze beperkt is. Het is in deze imperfecte markten essentieel dat de patiënt erop kan vertrouwen dat zijn of haar gezondheid eerste prioriteit is.

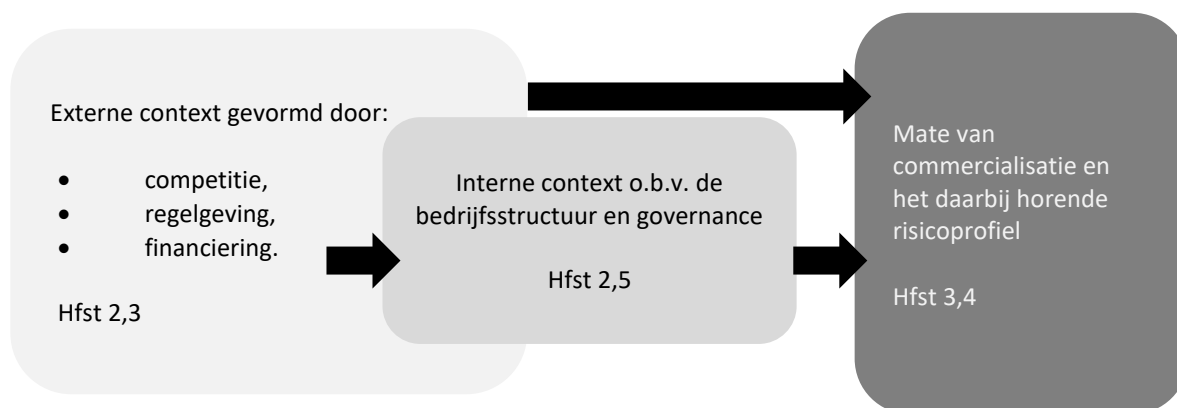
Vertrouwen in een goede kwaliteit van zorg is dus niet als vanzelf gegarandeerd en het is Nobelprijswinnaar Kenneth Arrow geweest die er daarom op heeft gewezen dat in zo'n situatie van tegengestelde belangen (winst versus kwaliteit) en inzicht in de kwaliteit en noodzakelijkheid van zorg (veel versus beperkte) coöperaties, stichtingen en andere niet-winstbeogende zorginstellingen waarschijnlijk zijn te prefereren (Arrow 1963). Deze instellingen zouden meer oog hebben voor professionele doelstellingen zoals bijvoorbeeld de kwaliteit van zorg. Daar zouden we tegen in kunnen brengen dat de transparantie over kwaliteit van zorg sterk is toegenomen en dat de vraagkant

(patiënten, cliënten en verzekeraars) hierover op een meer gelijkwaardige voet met aanbieders in gesprek en onderhandeling kunnen gaan.

De centrale vraag in dit rapport is hoe goed de kwaliteit van zorg bij ‘commerciële’ zorgaanbieders nu precies is? We bestuderen de (wetenschappelijke) literatuur om tot antwoorden te komen. Daarbij is het van belang om ons te realiseren dat de ene ‘commerciële’ zorgorganisatie de andere niet is. Het kan uitmaken of men in handen is van een oprichter die een andere visie op zorg heeft (bijvoorbeeld dat deze kleinschalig moet zijn), een keten van zorgaanbieders of van een private equity firma die een hoog minimaal rendement nastreeft om de investering vervolgens na een aantal jaren weer van de hand te doen. In dit onderzoek zijn ‘commerciële’ aanbieders partijen gericht op het maken winst, om deze vervolgens uit te keren aan de eigenaren.

De opbouw van deze studie is als volgt. Hoofdstuk twee plaatst ‘commerciële’ zorgaanbieders in een theoretisch kader. We kijken hoe deze binnen eenzelfde externe institutionele context (competitie, regelgeving, financiering) verschillen van ‘niet-commerciële’ eigenaren; en hoe de interne context (bedrijfsstructuur en governance) al dan niet bijdraagt aan de mate van ‘commercialisering’. Externe en interne instituties kunnen elkaar versterken, maar ook afremmen. Figuur 1 geeft dit grafisch weer. Hoofdstuk 3 beschrijft de bevindingen van een internationale literatuurstudie naar de prestaties (kwaliteit, doelmatigheid en toegankelijkheid) van ‘commerciële’ zorgaanbieders. Het zorgstelsel waarin deze partijen opereren is een van de determinerende variabelen voor deze prestaties. Hoofdstuk 4 verdiept deze bevindingen door te kijken naar de prestaties van private verpleeghuizen en zelfstandige behandelcentra in Nederland. Hoofdstuk 5 bevat een zelfstandige internationale literatuurstudie naar de organisatiekarakteristieken van dit type aanbieders en hun invloed op de kwaliteit van zorg. Zijn de resultaten van private equity aanbieders bijvoorbeeld slechter dan die van instellingen die in handen zijn van de oorspronkelijke eigenaren? Hier kijken we dus naar de interne context. In hoofdstuk 6 beschrijven we onze belangrijkste conclusies en wat die mogelijk zouden kunnen inhouden voor het toezicht op de kwaliteit van zorg.

Figuur 1.1. Schematisch overzicht van de interactie externe en interne context



2. Theorie ‘commercieel’ zorgaanbod

Kernbevindingen

- ‘Commerciële’ zorgaanbieders zijn onder bepaalde veronderstellingen doelmatiger dan andere vormen van eigendom; in de praktijk is hieraan veelal niet voldaan.
- De mate van ‘commercie’ verschilt veelal en hangt samen met de gekozen rechtsvorm en de expliciet ‘commerciële’ doelstellingen van de organisatie
- ‘Commerciële’ aanbieders zijn vaker actief in segmenten waarin meer winst kan worden behaald.

In de internationale wetenschappelijke literatuur wordt ingegaan op de verschillen tussen publieke en private zorgaanbieders; de laatste kunnen weer verdeeld worden in enerzijds ‘commerciële’ (for-profit) en anderzijds private ‘niet-commerciële’ (non-profit) zorgaanbieders. In de praktijk is sprake van een complexe en rijke schakering achter de binaire vergelijking tussen ‘commercieel’ en ‘niet-commercieel’ (bv. Sloan, Picone et al. 2001, Eggleston, Shen et al. 2008, Kruse, Stadhouders et al. 2018). De diversiteit binnen verschillende typen aanbieders is volgens sommigen in de praktijk zeker zo groot dan die tussen de verschillende rechtsvormen vormen van publiek, privaat non-profit en privaat for-profit (Eggleston, Shen et al. 2008). In dit hoofdstuk staan we kort stil bij theorieën die deze diversiteit proberen te verklaren en te duiden. Paragraaf 2.1 bespreekt daarbij de vergelijking tussen ‘commerciële’ en ‘niet-commerciële’ zorgaanbieders; paragraaf 2.2 gaat in op de verschillen die binnen de ‘commerciële’ sector bestaan.

2.1 ‘Commercieel’ versus ‘niet-commercieel’ zorgaanbod

Prijs risicodragend kapitaal hoger

Eigenaren hebben een direct financieel belang in commerciële instellingen waarin zij hebben geïnvesteerd. Omdat deze investeringen meer risico dragen dan bijvoorbeeld staatsobligaties (in gewoon Nederlands een bedrijf kan failliet gaan, maar de overheid niet), verlangt de investeerder een vergoeding voor het extra risico dat hij loopt. Dit noemen we de risico-opslag (box 2) (Reinhardt 2000).

Box 2. Voorbeeld prijs risicodragend kapitaal

Verpleeghuis Zonder Zorgen heeft een omzet van 20 miljoen euro. Voor afschrijvingen en investeringen heeft men jaarlijks behoefte aan 2 miljoen euro. Hun ‘commerciële’ eigenaren willen dit wel leveren, maar tegen een vergoeding van 20% (400.000 euro per jaar); de rente op de tienjarige staatslening bedraagt 5% (100.000 euro per jaar); banken vragen 10% rente (200.000 euro). Het lijkt erop dat het verpleeghuis goedkoper uit zou zijn als zij een andere eigenaar had. De eigenaren lenen echter 1.000.000 euro bij een bank tegen 10% en geven deze het recht op onderpand; over het andere miljoen berekenen zij 20%, waardoor de gemiddelde rentekosten voor het verpleeghuis uitkomen op 300.000 euro per jaar (15%); zij moeten daardoor elk jaar 100.000 euro (0.5% van de omzet) doelmatiger werken dan een ‘niet commercieel’ verpleeghuis om de hogere prijs van het private kapitaal terug te verdienen.

De hogere kapitaalkosten van ‘commerciële’ zorgaanbieders dienen terugverdiend te worden, door: 1) hogere prijzen (als dat mogelijk is) of 2) lagere bedrijfskosten door te besparen op de kwaliteit en de voorzieningen of door een hogere doelmatigheid. Dat laatste is het belangrijkste argument waarom commerciële aanbieders doelmatiger zouden zijn: men moet wel omdat men anders niet opgewassen is tegen aanbieders die wel tegen lagere prijzen en/of met een betere kwaliteit kunnen werken. Een ander voordeel is dat investeerders bij een aantrekkelijke vergoeding op hun kapitaal, sneller bereid zijn in risicovolle markten te investeren, waardoor ook sneller kan worden ingespeeld op kansen (Robinson 2000, Hansmann, Kessler et al. 2003). Daar staat tegenover dat commerciële zorgaanbieders

zich ook eerder terugtrekken uit niet lucratieve markten als men onvoldoende winst kan maken; dit kan mogelijk lijden tot langere wachtlijsten en dus een verminderde toegankelijkheid van zorg.

Doelmatigheid

Economische theorieën voorspellen dat ‘commerciële’ zorginstellingen doelmatiger opereren dan publieke instellingen en private stichtingen (zie boven), maar wel alleen als er voldoende competitie bestaat (Hansmann 1980). Immers, als deze competitie ontbreekt zullen deze instellingen geneigd zijn om de winsten op te voeren door hoge prijzen te berekenen (als dat kan) of minder kwaliteit van zorg te leveren (als daarop bijvoorbeeld onvoldoende toezicht is). Indien echter aan de noodzakelijke randvoorwaarden wordt voldaan dan hebben de aandeelhouders van commerciële zorgaanbieders er baat bij dat de organisatie doelmatig opereert. Hierdoor kunnen namelijk de kosten per zorgtraject omlaag en kan de winst gemaximaliseerd worden. Aandeelhouders zijn daardoor meer geneigd om te sturen op doelmatigheid dan stichtingen of publieke organisaties die deze prikkel minder hebben en waar behalve winst vaak ook andere belangen een rol spelen. Bij dat laatste kunnen we denken aan de belangen van de professionals die een dominante positie binnen de organisatie kunnen gebruiken om bijvoorbeeld hogere salarissen af te dwingen (Pauly and Redisch 1973). We kunnen ook denken aan specifieke belangen van publieke eigenaren zoals gemeenten, die bijvoorbeeld de werkgelegenheid van een lokaal ziekenhuis koste wat kost willen veiligstellen.

Kwaliteit van zorg

In theorie leveren ‘niet-commerciële’ zorgaanstellingen betere kwaliteit dan commerciële zorginstellingen. Deze instellingen zouden worden gedomineerd door professionele doelstellingen en het bevorderen en garanderen van de kwaliteit van zorg vormt daarvan een belangrijk onderdeel. Indien echter het maken van winst op de voorgrond staat, dan kunnen zorgaanbieders in sommige gevallen besparen op de kwaliteit van zorg. Dit hoeft niet altijd minder zorg te zijn, maar kan juist ook betekenen dat de patiënt te veel zorg ontvangt, bijvoorbeeld omdat hier riante vergoedingen tegenover staan (indicatoren). Dit opportunistisch gedrag is met name mogelijk als de indicatoren van kwaliteit van zorg moeilijk meetbaar zijn (Arrow 1963). Indien kwaliteit van zorg wel meetbaar in een contract kan worden vastgelegd, dan kunnen ‘commerciële’ zorgaanbieders het juist beter doen vanwege de hogere doelmatigheidsprikkel (Marsteller, Bovbjerg et al. 1998).

Externe effecten

‘Commerciële’ zorgaanbieders kunnen ook het gedrag van niet-commerciële zorgaanbieders beïnvloeden en vice versa (Horwitz and Nichols 2007). In een competitieve omgeving kunnen ‘niet-commerciële’ zorgaanbieders om te overleven zich gedwongen voelen om het gedrag van de commerciële sector na te bootsen. Men kan bijvoorbeeld besluiten om niet winstgevend, maar wel maatschappelijk nuttige, activiteiten te verminderen. Denk aan zorg voor asielzoekers, opleidingen en verlieslatend onderzoek. Een mogelijk positief effect is dat men door de markt wordt gedwongen om de doelmatigheid te verhogen, bijvoorbeeld op straffe van het beëindigen van contracten met zorgverzekeraars. Positieve effecten zijn er veelal ook als ‘commerciële’ aanbieders de slechtst presterende ‘niet-commerciële’ aanbieders overnemen en deze vervolgens herstructureren. Iets dat in veel landen een belangrijke bron is van groei van de ‘commerciële’ ziekenhuissector (Jeurissen, Kruse et al. 2021). In ons land kunnen we de overname door een ‘commerciële’ partij (MC groep) van het inmiddels failliete Slotervaatziekenhuis en het ziekenhuis in Lelystad in dit licht bezien.

2.2. Vormen van ‘commercieel’ eigendom

Rechtsvormen en eigendom

‘Commerciële’ eigenaren kunnen van meerdere rechtsvormen gebruik maken en dit hangt vaak samen met de specifieke doelstellingen en strategieën van de organisatie. Elke rechtsvorm kent eigen

mogelijkheden en beperkingen. In algemene zin kan onderscheid gemaakt worden tussen rechtsvormen met of zonder persoonlijke aansprakelijkheid. De rechtsvormen waarbij er geen sprake is van rechtspersoonlijkheid, en dus wel van persoonlijke aansprakelijkheid voor (een deel van) de bedrijfsschulden, zijn: de eenmanszaak, de vennootschap onder firma (vof), de commanditaire vennootschap (cv) en de maatschap. Bij elk van deze rechtsvormen zijn de uiteindelijke eigenaren in de regel direct betrokken bij het bestuur en de activiteiten. Door persoonlijke aansprakelijkheid bestaat een sterke prikkel voor de bestuurders om deze financieel gezond te houden en risico-avers te handelen (Holmström 1979). Bij een rechtsvorm met rechtspersoonlijkheid is de bestuurder niet persoonlijk aansprakelijk, mits er geen sprake is van onbehoorlijk bestuur. Rechtsvormen met rechtspersoonlijkheid zijn verplicht om hun jaarstukken te deponeren bij de Kamer van Koophandel (KvK). Er kunnen aanvullende eisen worden gesteld zoals accountantsverklaringen en ten behoeve van de transparantie in de zorg. In de Wet toetreding zorgaanbieders (Wtza) geldt er een jaarverantwoordingsplicht voor aanbieders die met collectieve middelen worden bekostigd.

Van de verschillende typen eigenaren, hanteren private equity partijen waarschijnlijk de meest scherpe eisen voor wat betreft het rendement. Private equity partijen zijn investeringsmaatschappijen die organisaties opkopen om deze vervolgens, na enkele jaren van herstructurering, weer met winst door te verkopen. Men probeert de doelmatigheid uit de organisatie te halen (Bos 2020). Hoge rendementen, in de regel boven de twintig procent per jaar, vormen een belangrijk doel van private equity partijen. Zorgorganisaties zijn, vanwege de hoge en stabiele kasstromen, erg gewild bij deze investeerders. De financiële herstructurering gaat vaak gepaard met extra schulden voor de zorgorganisatie, waardoor het rendement op eigen vermogen omhoog kan (zie box 2). Vanuit het oogpunt van publiek belang, zijn er ook risico's: 1) Door een te sterke focus op kostenbesparingen kan de kwaliteit in het gedrang komen; 2) Men kan proberen een dominante marktpositie op te bouwen (Cuellar and Gertler 2005); 3) De hoge schulden kunnen resulteren in een kwetsbare positie (Kruse and Jeurissen 2020) en daardoor kunnen zorgorganisaties met minder reserves in financiële problemen raken, zoals onlangs bij de een grote verpleeghuisketen in Groot Brittannië.¹

Ketens

Veel 'commerciële' zorgaanbieders hebben meer dan één locatie waar de zorg wordt geleverd. In deze gevallen spreekt men ook wel van een keten. Het vormen van ketens met soms wel tientallen tot honderden instellingen is een veel toegepaste strategie om schaalvoordelen te behalen en sterker te staan tegenover zorginkopers (marktmacht). Zo kunnen overheadkosten en IT-processen verdeeld worden over meerdere zorglocaties; is de uitwisseling van personeel eenvoudiger en goedkoper; en kunnen noodzakelijke investeringen in kwaliteitsverbetering (denk bijvoorbeeld aan trainingen) collectief worden opgebracht. De kwaliteit kan verhoogd worden doordat de organisatie onderling 'leert' van het behandelen van een bepaalde patiëntengroep (Luft, Hunt et al. 1987).

Specialisering en segmentering

Zorgaanbieders kunnen zich focussen op een bepaald marktsegment (bijvoorbeeld dementie of cataractchirurgie) of juist op een breder zorgaanbod (Skinner 1974, Gandjour and Lauterbach 2003). Bij 'commerciële' zorgaanbieders zou de winstgevendheid van zo'n segment een belangrijke reden kunnen zijn om hier al dan niet actief in te zijn. Recent onderzoek maakt duidelijk dat in de Verenigde Staten 'commerciële' ziekenhuizen vaker actief zijn in winstgevendende segmenten zoals cardiologische interventies, bariatrische chirurgie en beeldvorming (Horwitz and Nichols 2022); en minder in verlieslatende onderdelen zoals bijvoorbeeld de geestelijke gezondheidszorg.

¹ Dit betreft de Four Seasons verpleeghuisketen, die in grote financiële problemen kwam doordat de vergoedingen drastisch werden verlaagd waardoor schulden en rente niet meer opgebracht kon worden. Uiteindelijk moest de overheid bijspringen.

3. Prestaties ‘commerciële’ zorgaanbieders in internationaal perspectief

Kernbevindingen

- De ‘commerciële’ sector vervult verschillende rollen; deze hangen samen met het zorgstelsel waarin men opereert.
- De meeste internationale studies duiden op een lagere kwaliteit van zorg in ‘commerciële’ verpleeghuizen. In mindere mate lijkt dit ook te gelden voor ziekenhuizen.
- ‘Commerciële’ zorg wordt vaak goedkoper uitgevoerd (vooral langdurige zorg), maar dit leidt in de regel niet tot lagere prijzen en soms juist tot hogere prijzen.

Dit hoofdstuk bespreekt de bevindingen die uit de internationale literatuur naar voren komen over de prestaties van ‘commerciële’ zorgaanbieders. De focus ligt vooral op de kwaliteit van de zorg, maar we kijken ook naar de doelmatigheid en toegankelijkheid van zorg. De Nederlandse situatie blijft buiten beschouwing. De internationale wetenschappelijke literatuur presenteert een heterogeen beeld over de prestaties van ‘commerciële’ zorgaanbieders. Het is daarom belangrijk deze uitkomsten te zien in het licht van de context van het zorgstelsel (paragraaf 3.1). In de paragrafen 3.2, 3.3 en 3.4 bespreken we achtereenvolgens de kwaliteit van de zorg, de doelmatigheid en de toegankelijkheid.

3.1. Commercie in het stelsel: parallel, substituu of complementair

In nagenoeg alle gevallen is winst een centrale doelstelling voor ‘commerciële’ zorgaanbieders. Een hogere winstmarge kan *ceteris paribus* worden gefinancierd uit: 1) een lagere kostenstructuur of 2) een hogere prijsstelling. De mate waarin men dit kan realiseren hangt, naast operationele excellentie, in de praktijk ook samen met de wet- en regelgeving en het zorgstelsel. Zo zijn in veel landen de prijzen en vergoedingen voor zorg gereguleerd en moeten aanbieders aan allerlei voorwaarden voldoen. Bovendien is ‘commerciële’ uitvoering van zorg veelal ook een politiek gevoelig onderwerp, zeker in ons land.

De positie van ‘commerciële’ aanbieders verschilt veelal naar gelang het zorgstelsel waarin zij opereren. Tabel 3.1 bevat daarvoor een typologie in vijf verschillende soorten zorgstelsels. ‘Commerciële’ zorgaanbieders vervullen ruwweg drie verschillende rollen. Op de eerste plaats vormen ze een alternatief voor publiek gefinancierde zorg als deze ‘commerciële’ zorg grotendeels uitsluit. Het bekendste voorbeeld daarvoor is het Verenigd Koninkrijk waar de medische zorg hoofzakelijk publiek gefinancierd is met een groot aantal eigen aanbieders. Als burgers de kwaliteit daarvan onvoldoende vinden kunnen zij zich privaat verzekeren, maar dan betalen zij wel dubbel. Er is kortom sprake van een parallel systeem van private en publieke zorg. In landen waar het zwaartepunt van het publieke zorgstelsel op het regionale niveau ligt, zoals in de Scandinavische landen en Zuid-Europa, bestaat er veelal iets meer ruimte voor ‘commerciële’ aanbieders omdat sommige regio’s hier enige ruimte voor bieden. In het algemeen geldt echter ook hier dat de ‘commerciële’ sector vooral functioneert als een privaat parallel systeem. Wel zijn deze partijen in de afgelopen decennia in meer of mindere mate ook zorg voor het publieke systeem gaan leveren, bijvoorbeeld om wachtlijsten te reduceren of extra keuzes aan patiënten te bieden. Hierdoor is de complementariteit tussen het private en het publieke systeem toegenomen. Dit geldt zeer zeker in de langdurige en sociale zorg die vaak in handen is van lagere overheden en waar in de afgelopen decennia grote delen zijn geprivatiseerd naar de ‘commerciële’ sector.

Stelsels op een verzekeringsgrondslag beschikken in de regel niet of beperkt over eigen aanbieders. ‘Commerciële’ aanbieders hebben om die reden vaak wat meer ruimte en kunnen soms het hele

basispakket aanbieden en zo een volledig substituut zijn voor andere leveringsvormen. Duitsland is daarvan een sprekend voorbeeld. Hier wordt meer dan dertig procent van de ziekenhuiszorg geleverd door ‘commerciële’ partijen. Door wettelijke regels (voorwaarden) en door eigen keuzes (meer focus op winstgevende zorg) zijn er in de praktijk overigens wel de nodige verschillen. Commerciële aanbieders zijn tot slot bijna altijd een belangrijke partij in het leveren van complementaire zorg die niet in een publiek pakket zit, zoals bijvoorbeeld cosmetische chirurgie. Deze studie gaat daar verder niet op in.

Tabel 3.1. Institutionele plaatsbepaling ‘commerciële’ zorgaanbieders

Centrale NHS (curatieve zorg)	‘Commerciële’ sector werkt parallel aan publieke zorg. Wordt hierdoor soms gecontracteerd; burgers kunnen soms kiezen voor private uitvoering. Voorbeelden: Verenigd Koninkrijk, Canada, <i>Veterans administration</i> in VS.
Decentrale NHS (curatieve zorg)	‘Commerciële’ sector werkt grotendeels parallel aan de decentrale publieke zorg, maar er zijn regionale verschillen. Voorbeelden: Zweden, Spanje, Italië.
Publieke aanbesteding (maatschappelijke en langdurige zorg)	Vormgegeven op gemeentelijk niveau. ‘Commerciële’ sector kan onder voorwaarden participeren. Aanbesteding. Voorbeelden: Verenigd Koninkrijk, Zweden, Nederland.
Sociale verzekering	‘Commerciële’ aanbieders kunnen vaak, maar niet altijd (Nederland), het volledige spectrum van zorg leveren. Substituut voor publieke of ‘niet-commerciële’ zorg. Voorbeelden: Duitsland, Oostenrijk, Frankrijk.
Private verzekering	Aanbieders kunnen ‘commercieel’ motief hebben. Men kan het hele spectrum van zorg leveren. Voorbeelden: Verenigde Staten, Zwitserland.

3.2. Kwaliteit van zorg

Prestaties van ‘commerciële’ aanbieders variëren - tussen zorgvormen, tussen stelsels, tussen tijdstip en methode van onderzoek - en lijken afhankelijk van specifieke situaties. Veel studies duiden er desalniettemin op dat de kwaliteit van zorg van ‘commerciële’ zorgaanbieders achterblijft bij private ‘niet-commerciële’ aanbieders (en soms ook bij publieke aanbieders). Het duidelijkst lijkt dit het geval te zijn in de verpleeghuissector. In deze sector bestaat er een sterke relatie tussen handen-aan-het-bed en de kwaliteit van zorg, terwijl de vergoedingen en daarmee de jaarlijkse omzet van het verpleeghuis meestal vast staan. Het maken van winst impliceert dan bijna altijd dat men of minder personeel inzet of dat deze minder worden betaald en dit zet druk op de kwaliteit van zorg. Aanbesteding zet vaak verdere druk op de beschikbare budgetten, mede omdat kwaliteit daarbij in de praktijk een meer beperkte rol speelt. Zo stellen sleutelactoren in een review van maar liefst 26 kwalitatieve studies dat publieke aanbesteding, onafhankelijk van de wijze van uitvoering, tot druk op de kwaliteit van de sociale en langdurige zorg leidt als gewerkt wordt binnen (steeds) stringenter budgetten (Bach-Mortensen and Barlow 2021).

Veel landen hebben een snelle groei gezien van het aandeel ‘commerciële’ verpleeghuiszorg. In verschillende landen zijn deze markten inmiddels grotendeels in handen van enkele grote ‘commerciële’ spelers. In algemene zin bestaat er in de wetenschappelijke literatuur het nodige bewijs dat de kwaliteit van ‘commerciële’ langdurige en maatschappelijke zorg kwetsbaar is (tabel 3.2). Dit komt omdat deze zorg veelal strikt wordt gebudgetteerd; en omdat deze zorg arbeidsintensief is met weinig mogelijkheden voor autonome productiviteitsgroei impliceren de hoge(re) winstmarges van ‘commerciële’ aanbieders dat er in de praktijk minder personeel wordt ingezet per cliënt (Bos, Boselie et al. 2017). Dit heeft een drukkend effect op kwaliteit van zorg omdat binnen de verpleeghuiszorg kwaliteit sterk correleert met de duur en intensiteit van het zorgverlener-cliantcontact.

Tabel 3.2. Systematic reviews verpleeghuiszorg: for-profit (FP) versus non-profit (NFP)

	Geïnccludeerde studies	Uitkomsten	Resultaten (deels gecorrigeerd voor selectie-effecten)
(Comondore, Devereaux et al. 2009)	82 (1965-2003). VS (74), Canada (5), Australië (1), Taiwan (1)	FP vs NFP. Kwaliteit van zorg	NFP's hebben meer personeel per cliënt, minder doorligwonden, minder isolerende maatregelen en minder aanwijzingen
(Bos, Boselie et al. 2017)	50 (VS, 2004-2014)	FP vs. NFP. Financiële ratio's, welzijn van medewerkers en van cliënten.	FP hebben hogere marges; minder personeel per cliënt, hoger verloop personeel; scores vergelijkbaar of slechter op kwaliteitsindicatoren, meer ziekenhuisopnames.

Positieve effecten op kwaliteit van zorg door 'commerciële' verpleeghuisaanbieders zijn ook denkbaar. 'Commerciële' aanbieders willen ook een koopkrachtige vraag bedienen. Cliënten betalen dan extra voor bepaalde services. Dit geldt misschien voor ons land, waar rijkere cliënten bovenop publieke zorgvergoedingen zelf extra kunnen betalen voor huisvesting en services (zie hoofdstuk 4). De meeste andere landen accepteren dit; het is immers ook een gevolg van het feit dat de eigen bijdragen voor publieke verpleeghuiszorg eigenlijk altijd zeer hoog zijn, met uitzondering voor de allerarmsten. In de VS concentreren 'commerciële' verpleeghuizen zich juist op de zorg voor mensen met lage inkomens (*Medicaid*) en maken mensen met hogere inkomens vaker gebruik van non-profit huizen die minder aan budgettaire limieten zijn gebonden (Bos, Boselie et al. 2017). Met andere woorden: de financiering van verpleeghuiszorg heeft ook een grote invloed op de kwaliteit van zorg.

Binnen de medisch-specialistische zorg is het beeld meer wisselend en dat hangt samen met het feit dat er moeilijk te meten verschillen in zorgzwaarte zijn (Schlesinger and Gray 2006, Kruse, Stadhouders et al. 2018). 'Commerciële' aanbieders concentreren zich vaker op electieve chirurgie en zorg die geprotocolleerd is, maar zijn juist minder vertegenwoordigd op de segmenten van de complexe en top-specialistische zorg (Jeurissen 2010). Ook in de medisch-specialistische zorg bestaat enig bewijs dat de kwaliteit bij 'commerciële' aanbieders achterblijft ten opzichte van non-profit aanbieders (tabel 3.3) (Herrera, Rada et al. 2014). Dit komt vooral doordat men in deze sector sneller lijkt te behandelen, ook als een conservatieve behandeling meer aangewezen lijkt. Dit is een aantrekkelijke economische strategie: extra behandeling kent lage marginale kosten doordat de grootste investeringen in het gebouw en de apparatuur reeds gedaan zijn. Hierdoor kunnen er hogere winstmarges worden behaald. Zo is er bijvoorbeeld overtuigend bewijs dat het aantal keizersneden bij commerciële aanbieders veel hoger is dan bij publieke en non-profit aanbieders (Hoxha, Syrogiannouli et al. 2017). Een ander aspect dat van invloed is op de kwaliteit van zorg, is dat de relatief beperkte schaal waarop veel 'commerciële' aanbieders opereren, kan betekenen dat er veiligheidsrisico's bestaan, bijvoorbeeld doordat men geen beschikking heeft over eigen IC-bedden. Een recente observationele studie naar de kwaliteit van zorg in de (private) zelfstandige behandelcentra sector in Engeland kwam tot de slotsom dat de kans om te overlijden bij privatisering van behandelbare interventies het jaar daarop met 0.38% toenam oftewel 557 extra sterfgevallen sinds 2014 (Goodair and Reeves 2022). Tot slot is er enig bewijs dat de arbeidsvoorwaarden voor verplegend en ondersteunend personeel in de commerciële sector lager zijn en het personeelsverloop hoger. Er zijn echter ook enkele belangrijke baten. Zo kan deze sector in tijden van lange wachttijden extra capaciteit bieden en een korte wachttijd is in de regel positief voor de kwaliteit van zorg. Daarnaast heeft men veelal meer aandacht voor de niet-klinische aspecten van kwaliteit zoals een aantrekkelijke fysieke omgeving en klantgerichtheid (Tynkkynen and Vrangbæk 2018).

Tabel 3.3. Systematic reviews medisch specialistische zorg: For-profit versus non-profit

	Geïnccludeerde studies	Uitkomsten	Resultaten (deels gecorrigeerd voor selectie-effecten)
(Hoxha, Syrogiannouli et al. 2017)	17 (1995-2016). VS (4), Frankrijk (4), Brazilië (4), Australië (1), Taiwan (1), Mexico (1), Griekenland (1)	FP vs NFP/publiek. OR Keizersneden	Meta-analyse (p<0.05): FPs doen meer keizersneden (OR: 1.41), Meta-analyse (p<0.05): OR: 1.84. Geen relevante heterogeniteit
(Herrera, Rada et al. 2014)	6 SRs met 110 studies (2002-2012). Rijke landen, vooral de VS	FP vs. NFP. Sterfte, Claims	Meta-analyse FP (3x) hogere sterfte (1.02; 1.095; 1.09). (2x) geen verschil. FP hebben hogere claims (1.19; 1.48 (FP specialty); 1.11)
(Tynkkynen and Vrangbæk 2018)	9 studies (2006-2016) Italië (2), Denemarken (3), Engeland (2), Spanje (1), Noorwegen (1)	Beperkt. Cataract, hernia, anesthesie (vaker), profylactische antibiotica (vaker), gebruik stents (vaker)	FP meer aandacht voor niet klinische aspecten kwaliteit (wachlijsten); klinische kwaliteit vergelijkbaar; FP lichtere patiënten

3.3. Doelmatigheid: prijzen versus kosten

Het beantwoorden van de vraag of ‘commerciële’ aanbieders doelmatiger zijn, hangt samen met de kwaliteit van de betreffende studie. In de medische-specialistische zorg laten veel studies met een lagere kwaliteit zien dat de kosten van ‘commerciële’ zorg lager zijn. Studies die corrigeren voor selectie-effecten komen in de regel tot kleinere verschillen of soms zelfs kostennadelen voor ‘commerciële’ aanbieders (Hollingsworth 2003, Schlesinger and Gray 2006, Tiemann, Schreyögg et al. 2012). In de verpleeghuiszorg zien we juist dat ‘commerciële’ aanbieders vaak goedkoper werken, met name omdat ze minder personeel inzetten (Comondore, Devereaux et al. 2009, Bos, Boselie et al. 2017). Indien we ook naar de berekende prijs kijken dan zien we dat ‘commerciële’ aanbieders in de regel met hogere marges werken. Bij (gedeeltelijk) vrije prijzen werken ‘commerciële’ instellingen vaker met hogere prijzen (Herrera, Rada et al. 2014). Uit een recent Amerikaans onderzoek naar de effecten van 40 ziekenhuisovernames (2005-2014) door private equity partijen komt naar voren dat deze gemiddeld 3,3% hogere prijzen berekenen (Cerullo, Lin et al. 2022). In deze studie was de buy-out in 2005 van 129 ziekenhuizen van Hospital Corporation of America, de grootste ‘commerciële’ ziekenhuisketen ter wereld, door een consortium onder leiding van familie van de oprichters, de grote uitzondering. Hier daalden de kosten per opname met \$559 per patiënt nadat de keten van de beurs werd gehaald: er werd gewerkt met minder personeel, terwijl patiënten juist vaker werden opgenomen (Cerullo, Lin et al. 2022).

3.4. Toegankelijkheid

Voor in landen met een (sociale) verzekering kunnen burgers naar keuze gebruik maken van ‘commerciële’ of ‘niet-commerciële’ zorg (Duitsland, Frankrijk, Oostenrijk). Paradoxaal genoeg is dit in de praktijk vaak niet het geval in landen met een zogenaamde *national health service* of met een lokale overheid met sobere verpleeghuizen. In die gevallen richt de ‘commerciële’ sector zich ook op extra faciliteiten, zoals een snellere behandeling of een comfortabelere omgeving, voor zij die dit kunnen betalen. Naast financiële toegankelijkheid is ook geografische toegankelijkheid van belang. ‘Commerciële’ zorgaanbieders zijn relatief vaak aanwezig in grootstedelijke agglomeraties en in rijkere voorsteden. Met name in de grootstedelijke agglomeraties bevinden zich veel mensen met lagere inkomens, maar deze hebben daarmee niet vanzelfsprekend ook toegang tot deze zorg (Jeurissen 2010). Dit komt bijvoorbeeld omdat ‘commerciële’ ziekenhuizen niet altijd laagdrempelige verlieslatende zorg, zoals een spoedeisende hulp, aanbieden. Daarnaast beëindigen ‘commerciële’ aanbieders vaker operationele activiteiten indien deze niet winstgevend te maken zijn.

4. Nederlandse literatuur ‘commerciële’ aanbieders

Kernbevindingen

Particuliere verpleeghuizen

- Het aantal particuliere verpleeghuizen is sterk gegroeid.
- Veel particuliere verpleeghuizen hebben een ‘commercieel’ doel. Door wonen en zorg te scheiden kan het winstverbod omzeild worden.
- De sector kent een aantal grote ketens met marktmacht.
- Internationale investeerders en private equity partijen zijn actief.
- Men bedient hoofdzakelijk een cliëntèle met hogere sociaaleconomische status.

Zelfstandige behandelcentra

- Aantal zelfstandige behandelcentra (ZBC’s) sterk gestegen.
- Beperkt aantal ketens heeft groot deel markt in handen.
- ZBC’s met laag volume leveren gemiddeld (iets) minder goede kwaliteit van zorg dan ZBC’s met een hoog volume.
- ZBC’s kunnen electieve zorg goedkoper aanbieden. De kwaliteit van zorg is niet significant beter. De resultaten wijzen er verder op dat ZBC’s een hogere patiënttevredenheid hebben.

Dit hoofdstuk geeft een overzicht van het empirisch onderzoek dat is uitgevoerd naar ‘commerciële’ zorgaanbieders in Nederland. De insteek is om een overzicht te geven van alle beschikbare kennis omtrent ‘commerciële’ zorgaanbieders in Nederland. Dit hoofdstuk focust zich op particuliere verpleeghuissector (paragraaf 4.1) en de ZBC’s (paragraaf 4.2)². Het aantal empirische studies dat is gedaan over de ‘commerciële’ sector in Nederland is beperkt.

4.1. Particuliere verpleeghuissector

In de verpleeghuissector geldt een verbod op winstuitkering. In formele zin is daarvan echter veelal geen sprake omdat wonen en zorg van elkaar worden gescheiden. De zorg wordt via publieke middelen betaald en de cliënt rekt de huur dan privaat af zonder tussenkomst van een zorgkantoor. Omdat voor thuiszorg geen verbod op winst geldt, is er dan juridisch geen belemmering om private ouderenzorg te leveren. De zorgcomponent wordt dan door extramurale zorgpakketten (met name Volledig Pakket Thuis (VPT) of een Persoonsgebonden Budget (PGB)) gefinancierd. Voor de cliënt liggen de extra huur- en servicekosten doorgaans tussen de € 2.000 en € 3.000 per maand (Plaisier and den Draak 2019). Aangezien de zorg via extramurale pakketten wordt geleverd mag de zorginstelling winst uitkeren naar derden (dit wordt gezien als thuiszorg). In de praktijk zit de winst desalniettemin voornamelijk in het vastgoed en in de verhuur van appartementen (Plaisier and den Draak 2019, Bos, Kruse et al. 2020). De particuliere verpleeghuissector levert een divers zorgaanbod (Plaisier and den Draak 2019, Bos, Kruse et al. 2020). Het traditionele stereotype van luxe villa’s op de Veluwe gaat niet langer meer op. Er is nu meer variatie: van nieuwbouwpanden tot gerenoveerde kerken. Bovendien is ook het beeld dat vooral ouderen met een lichte zorgvraag gebruik maken van een particulier verpleeghuis inmiddels ook achterhaald. De sector levert ook zwaardere zorg, zoals dementie. Wel betreft het hoofdzakelijk kleinschalige woonzorgvormen en men richt zich nog steeds voornamelijk op welgestelde ouderen en in een aantal gevallen nu ook op middeninkomens.

² Dit rapport laten de rapporten van IGJ ‘Het Resultaat Telt: Particuliere Klinieken’ buiten beschouwing.

Het is onduidelijk hoeveel particuliere verpleeghuizen er precies zijn in Nederland. De data van de locaties zijn lastig te achterhalen via declaratie- en registratiedata. De financiering is namelijk gebonden aan de organisatie (hoofdkantoor) en niet aan individuele locaties. In 2017 verbleef naar schatting 50% van de VPT-houders in een private instelling, net als 20% van de PGB-houders; in totaal waren dit circa 5.000 ouderen (Hussem, Tenand et al. 2020). Een studie uit 2020 komt tot op basis van meerdere publieke databronnen (2018) tot een schatting dat ongeveer 12% van de verpleeghuislocaties een ‘commercieel’ oogmerk heeft (Bos, Kruse et al. 2020). Daarvan is ongeveer de helft van de zorg via een VPT of een Modulair Pakket Thuis (MPT) gefinancierd en de andere helft via een PGB (tabel 4.1). De meeste particuliere verpleeghuizen zijn bovendien onderdeel van een grotere keten. In 2018 waren ongeveer 25% van de particuliere locaties in handen van een (internationale) verpleeghuisketen. De particuliere verpleeghuissector heeft sinds 2015 een sterke groei doorgemaakt (Bos, Kruse et al. 2020).

Tabel 4.1. Samenstelling particuliere verpleeghuissector

	Particulier – gefinancierd middels VPT/MPT	Particulier – gefinancierd middels PGB
% verpleeghuis-locaties van totaal	5.9%	6.3%
% eigendom private equity	20.5%	3.5%
% onderdeel van een verpleeghuisketen	81.8%	69.0%
% onderdeel internationale verpleeghuisketen	26.5%	0.7%

Bron: (Bos, Kruse et al. 2020).

Particuliere verpleeghuisondernemers zeggen meer nadruk te leggen op wonen en welzijn (Plaisier and den Draak 2019). Middels de extramurale zorgpakketten is er in de praktijk ook meer vrijheid om de zorg flexibeler in te richten. Bovendien kunnen particuliere verpleeghuizen ook makkelijker cliënten weigeren als een client niet in de kleinschalige woonzorgvorm past (Bos, Kruse et al. 2020). De studies stippen ook een aantal risico’s aan. Ten eerste zijn er aanwijzingen dat de particuliere verpleeghuissector minder complexe cliënten aanneemt (Bos, Kruse et al. 2020, Hussem, Tenand et al. 2020). Ten tweede zijn er signalen dat er te weinig transparantie is hoe de extra woon- en servicekosten zijn opgebouwd en waar de cliënt nu precies voor betaalt. Hierdoor is het ook vaak niet transparant wat de precieze winstmarges zijn op de woon- en de servicecomponent (van Ark 2020). Ten derde is er een risico dat particuliere verpleeghuizen bezuinigen op kwaliteit van zorg om zo de winst te maximaliseren. Echter dit risico lijkt in Nederland kleiner dan in andere landen omdat: 1) er extra kan worden betaald door welgestelde ouderen; en 2) omdat het zorgmodel zich ook vooral richt op de vraag van deze groep: meer handen aan het bed en aandacht voor welzijn (Kruse, Ligtenberg et al. 2020). Wel is er soms minder focus op medische kwaliteit en veiligheid, omdat ‘zo normaal mogelijk leven’ voorop wordt gesteld (Bos, Kruse et al. 2020). Een vierde risico is dat een deel van de particuliere verpleeghuissector in handen is van private equity partijen en die zijn meer dan andere eigenaren gericht op zo veel mogelijk winst.

4.2. Zelfstandig behandelcentra

ZBC’s krijgen een steeds prominentere positie in het Nederlandse zorgsysteem (Kruse 2018). De meeste ZBC’s zijn zogenaamde focusklinieken. Focusklinieken kunnen – in theorie – middels specialisatie, zorg met een hogere kwaliteit tegen een lagere prijs aanbieden in vergelijking met ziekenhuizen die een breed aanbod van behandelingen in huis hebben en uiteenlopende patiëntengroepen behandelen (Skinner 1974). Veel ZBC’s hebben een ‘commercieel’ oogmerk en er zijn signalen dat de sector middels juridische structuren het verbod op winstuitkering ontwijkt, een kwart van de uitgaven aan ZBC’s wordt door hen weer uitbesteed aan dochterbedrijven welke niet

onderhevig zijn aan het verbod op winstuitkering (Baeten, Diepstraten et al. 2019). Hierover bestaat ongenoegen (vooral vanuit de ziekenhuissector) en dit heeft dan ook meerdere malen het nieuws gehaald (van Twillert 2016, van Houdenhoven 2021). Sinds 2007 is het aantal ZBC's sterk gegroeid; deze markt is sterk geconcentreerd, meer dan de ziekenhuismarkt. De ZBC-markt is qua omzet wel veel kleiner dan de ziekenhuizenmarkt (Kruse, Spierings et al. 2018).

Er is bewijs dat meer volume leidt tot betere kwaliteit van medische behandelingen in het ziekenhuis (Halm, Lee et al. 2002). Of dit ook geldt voor ZBC's is veel onduidelijker. Op basis van data van de IGJ en de Patiëntenfederatie concludeert één onderzoek dat de kwaliteit van de zorg in ZBC's met een laag aantal operatieve behandelingen minder is, dan bij ZBC's met een hoog volume (Kruse, van Nieuw Amerongen et al. 2019). Kwaliteit van zorg is daarbij gemeten over verschillende dimensies (bijvoorbeeld de postoperatieve infecties en de patiënttevredenheid). Het effect van extra volume op kwaliteit bestaat ook hier, maar blijkt beperkt van omvang en neemt af naarmate ZBC's meer behandelingen uitvoeren (afnemende meeropbrengsten). Tenslotte blijkt het zorgvolume niet gerelateerd te zijn aan patiënttevredenheid.

We weten weinig over hoe ZBC's presteren ten opzichte van ziekenhuizen. Twee studies hebben dit onderzocht op basis van: 1) openbare kwaliteitsuitkomsten; en 2) declaratiedata (Kruse, Groenewoud et al. 2019, Tulp, Kruse et al. 2020). De studie die openbare kwaliteitsuitkomsten van ZBC's met die van ziekenhuizen vergeleek, analyseerde dit voor vijf electieve ingrepen (Tulp, Kruse et al. 2020). De resultaten leveren geen eenduidig bewijs op dat ZBC's een betere kwaliteit van zorg tegen een lagere prijs leveren. De kwaliteit van zorg is bij ZBC's niet beter maar ook niet aannemelijk slechter dan in de ziekenhuizen (Tulp, Kruse et al. 2020). Er bestaat wel een substantiële variatie in de kwaliteit van de electieve zorg; dit geldt zowel voor de ziekenhuissector als voor de ZBC-sector. Tenslotte liet deze studie zien dat er geen relatie bestaat tussen de kwaliteit van zorg en contractering: ZBC's met betere kwaliteitsuitkomsten worden niet vaker gecontracteerd door zorgverzekeraars.

De tweede studie heeft specifiek naar cataractzorg gekeken, een behandeling die door een groot aantal ZBC's wordt aangeboden en waar deze over een relatief groot marktaandeel beschikken (Kruse, Groenewoud et al. 2019). De studie analyseerde vijf factoren: 1) de zorgzwaarte van patiënten, 2) het volume (aantal diagnose-behandelcombinaties geopend per patiënt), 3) de gemiddelde kosten per cataractpatiënt (prijs x volume), 4) het aantal zorgactiviteiten per chirurgische diagnose-behandelcombinatie; en 5) de kwaliteit van zorg. Deze studie laat de volgende resultaten zien: 1) er zijn kleine verschillen in zorgzwaarte (de theorie voorspelt grotere verschillen); 2) het aantal diagnose-behandelcombinaties dat is geopend per cataractpatiënt is hoger in ZBC's dan in ziekenhuizen; 3) de totale gemiddelde kosten voor cataractpatiënten zijn juist lager in ZBC's in vergelijking met ziekenhuizen, dit komt voornamelijk omdat de prijs van de gecontracteerde zorg lager ligt; 4) het aantal zorgactiviteiten per diagnose-behandelcombinatie is lager bij ZBC's en dit kan een indicatie zijn dat ZBC's in staat zijn om de zorg efficiënter te organiseren; 5) ZBC's scoren beter op patiënttevredenheid (de Net Promoter Score) dan algemene ziekenhuizen, maar de patiënt-gerapporteerde uitkomsten (PROMs) zijn gelijk (Kruse, Groenewoud et al. 2019).

5. Relaties organisatiekarakteristieken en kwaliteit van zorg ‘commerciële’ sector

Kernbevindingen

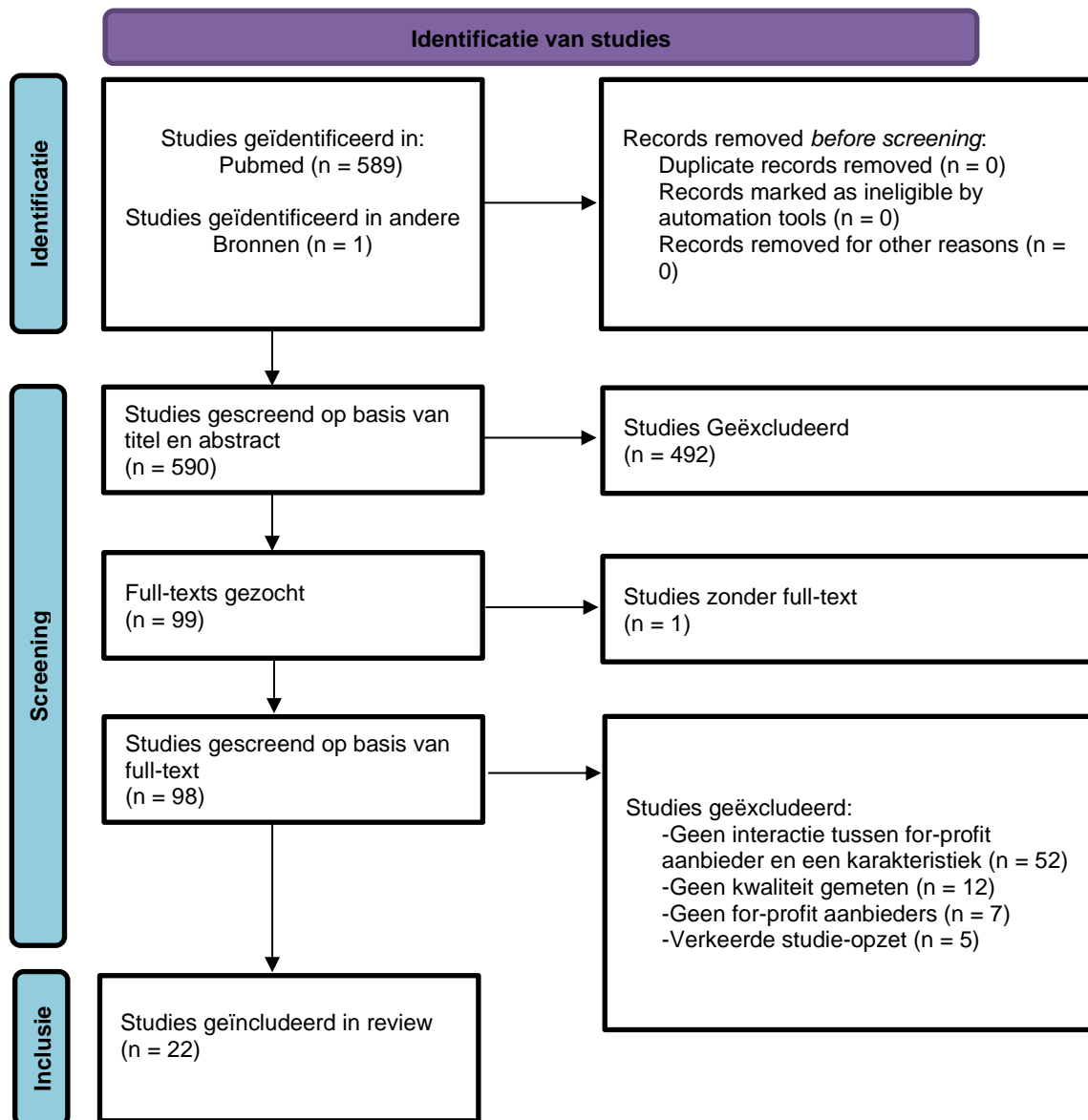
- In de internationale literatuur is weinig onderzoek beschikbaar over de effecten van organisatiekarakteristieken op kwaliteit van zorg binnen de ‘commerciële’ sector (met uitzondering van de ziekenhuizen).
- Het meeste onderzoek is gedaan binnen de verpleeghuissector. Deze onderzoeken hebben vooral gekeken naar het al dan niet lid zijn van een keten (n=6), en het effect van verschillende soorten eigenaren (n=10).
- Kwaliteitsindicatoren bestonden voornamelijk uit opleidingskwalificatie en bezetting van het personeel en het aantal (ernstige) meldingen.
- Ketenslidmaatschap lijkt effect te hebben op (de kwalificering van) het personeel.
- Private equity als eigenaar liet in de meeste studies geen of een negatief effect zien op de kwaliteit van zorg.

In dit hoofdstuk beschrijven we de wetenschappelijke literatuur die de relaties tussen organisatiekarakteristieken en kwaliteit van zorg in de ‘commerciële’ sector hebben onderzocht. Deze type karakteristieken kunnen invloed uitoefenen op de mate van ‘commercialiteit’ en daarmee wellicht ook op de kwaliteit van de geleverde zorg. Er is weinig bekend over welke karakteristieken binnen de ‘commerciële’ sector gerelateerd zijn aan kwaliteit van zorg.

5.1. Methode

De onderzoeksvraag voor deze literatuurstudie: Wat is het effect van verschillende karakteristieken van ‘commerciële’ zorgorganisaties op de kwaliteit van zorg? De volledige zoekopdracht staat in Appendix A. De screening is uitgevoerd door twee onderzoekers. Omdat kwaliteit van zorg uit veel verschillende facetten bestaat hebben we de zoekopdracht beperkt tot die artikelen die aangeven dat ze de kwaliteit van zorg hebben onderzocht van ‘commerciële’ aanbieders. Hierdoor vinden we naast directe klinische, dus ook indirecte kwaliteitsindicatoren, zoals FTE’s per patiënt, het opvolgen van richtlijnen, maar ook praktijkvariatie. Deze indirecte indicatoren beschrijven we in deze rapportage, maar hier is niet specifiek op gezocht. Deze studie includeert zowel de curatieve als de langdurige zorg, maar tijdens de selectie hebben we artikelen over de ziekenhuissector buiten beschouwing gelaten; deze zijn beperkt relevant voor de Nederlandse situatie. ZBC’s zijn beschouwd als inherent ‘commercieel’ tenzij anders aangegeven. Voor deze literatuurstudie zijn alleen artikelen vanaf 2010 geïnccludeerd.

Figuur 5.1. Prisma flowchart van inclusieproces.



5.2. Resultaten

De initiële zoekopdracht leidde tot 589 artikelen (zie overzichtstabel in Appendix B). De belangrijkste reden voor exclusie bij de full-tekst screening was dat er niet specifiek naar een karakteristiek binnen de ‘commerciële’ sector is gekeken. Zo zijn de studies die keken naar de relatie tussen organisatiekarakteristiek en de kwaliteit van de geleverde zorg, maar hierbij geen onderscheid maakten tussen ‘commerciële’ en ‘niet-commerciële’ aanbieders buiten beschouwing gelaten. Uiteindelijk bleven 22 studies over voor inclusie (figuur 5.1).

We hebben de invloed van de volgende karakteristieken van ‘commerciële’ zorgaanbieders in kaart gebracht: 1) type eigenaar (n=10), 2) juridische structuur (n=1), 3) ketenlidmaatschap (n=10), 4) ketens (n=10), 5) omvang (n=2), en 6) prijsstelling en marktsegment (n=1). Er is sprake van veel heterogeniteit bij het meten van de kwaliteit van zorg, onder andere ziekte specifieke vragenlijsten, het aantal

(ernstige) meldingen³, de mortaliteit, en het aantal gegronde klachten en gevoerde rechtszaken. Sommige studies hebben ook gekeken naar verschillende organisatiekarakteristieken, bijvoorbeeld zowel naar grootte als ketenlidmaatschap. Deze studies worden dan bij de verschillende onderdelen apart besproken.

Type eigenaar

In deze review hebben we 10 studies gevonden die naar de relatie tussen kwaliteit van zorg en het type eigenaar keken. Deze studies analyseerden drie verschillende typen eigenaren: private equity (n=7), management (n=2) en artsen (n=1).

Private equity

In totaal waren er zeven studies naar het effect van een private equity partij op de kwaliteit van zorg: vijf uit de VS, één uit Zweden en één uit Nederland. De bestudeerde uitkomstmaten zijn zeer divers: aantal (ernstige) meldingen (Harrington, Olney et al. 2012, Bos and Harrington 2017), patiënttevredenheid (Bos, Kruse et al. 2020), mortaliteit (Gupta, Howell et al. 2021), COVID-19 gerelateerde uitkomsten (Braun, Yun et al. 2020), personeelsbezetting (Harrington, Olney et al. 2012, Winblad, Blomqvist et al. 2017), medische indicatoren, en proces- en structuurmaten (Huang and Bowblis 2019).

Er komt een wisselend beeld naar voren. De twee studies die naar het aantal (ernstige) meldingen hebben gekeken, suggereren dat het aantal (ernstige) meldingen significant hoger ligt in verpleeghuizen die eigendom zijn van private equity partijen (Harrington, Olney et al. 2012, Bos and Harrington 2017). Wat betreft personeelsbezetting en andere procesmaten van kwaliteit lijkt weinig verschil te bestaan tussen private equity en andere ‘commerciële’ verpleeghuizen (Harrington, Olney et al. 2012, Winblad, Blomqvist et al. 2017). Braun et al. hebben tijdens de coronapandemie gekeken naar verpleeghuizen in eigendom van private equity partijen en zagen een vergelijkbaar aantal besmettingen en overledenen dan in andere huizen. Wel kwam naar voren dat de voorraad persoonlijke beschermingsmiddelen significant lager was in verpleeghuizen in eigendom van private equity partijen (Braun, Yun et al. 2020). Twee meer geavanceerde analyses keken naar de relatie tussen private equity en kwaliteit van de zorg met controles voor mogelijke selectie-effecten. Uit de eerste studie blijkt dan dat de sterfte in private equity verpleeghuizen maar liefst 10% hoger ligt (Gupta, Howell et al. 2021). De andere geavanceerde studie concludeerde dat private equity huizen bij veel medische kwaliteitsindicatoren (doorligwonden, gebruik van antidepressiva) niet significant verschilden van andere ‘commerciële’ verpleeghuizen en op enkele indicatoren zelfs beter scoorden (Huang and Bowblis 2019). Tot slot was er een studie uit Nederland die liet zien dat de cliënttevredenheid in private equity verpleeghuizen significant lager was dan in andere particuliere verpleeghuizen (Bos, Kruse et al. 2020).

Tabel 5.1 Overzicht literatuur effect private equity als eigenaar

Auteur	‘Commerciële’ zorgaanbieder	Land	Resultaat
(Bos and Harrington 2017)	Verpleeghuizen	VS	Voor overname door private equity partij minder (ernstige) meldingen dan na overname.
(Bos, Kruse et al. 2020)	Verpleeghuizen	Nederland	Cliënten in private equity verpleeghuizen minder tevreden over medewerkers, luistervaardigheden personeel,

³Engels: “Deficiency”. Dit betekent dat een verpleeghuis niet voldoet aan nationale eisen en wordt gedefinieerd als een tekortkoming. Voorbeelden van tekortkomingen zijn onder meer dat een verpleeghuis zich niet houdt aan de juiste maatregelen voor infectiebeheersing en om de noodzakelijke zorg en diensten te verlenen. Bij een ernstige tekortkoming (level G of hoger) is er sprake van een reëel gevaar voor de patiënt.

Auteur	'Commerciële' zorgaanbieder	Land	Resultaat
			informatievoorziening en raden hun verpleeghuis minder snel aan
(Braun, Yun et al. 2020)	Verpleeghuizen	VS	Geen verschillen in aantal coronabesmettingen en doden in private-equity verpleeghuizen en andere 'commerciële' partijen. Wel beperktere voorraad persoonlijke beschermingsmiddelen.
(Gupta, Howell et al. 2021)	Verpleeghuizen	VS	Private equity partijen als eigenaar correleert met hogere mortaliteit.
(Harrington, Olney et al. 2012)	Verpleeghuizen	VS	Overname door private equity partij correleert met klein/wisselend effect personeelsbezetting. Aantal meldingen nam toe na overname door private equity in 2006, 2007 en 2008. Aantal ernstige meldingen nam toe in 2006 en 2007, niet in 2008.
(Huang and Bowblis 2019)	Verpleeghuizen	VS	Bij 17 med. kwaliteitsindicatoren (bijvoorbeeld doorligwonden, antidepressiva) scoorden private equity verpleeghuizen significant beter op vijf indicatoren.
(Winblad, Blomqvist et al. 2017)	Verpleeghuizen	Zweden	Zowel op structuurindicatoren (inclusief personeelsbezetting) als procesindicatoren (zoals medicatiebeoordeling en de screening voor doorligwonden en ondervoeding) geen significant verschil tussen private equity en andere 'commerciële' huizen.

Management als eigenaar

In twee studies is naar het effect van eigenaar-managers in verpleeghuizen in de VS gekeken. Deze studies zijn door dezelfde auteurs uitgevoerd en met dezelfde data. Onder een manager als eigenaar wordt verstaan dat de manager/bestuurder (of familie) van een zorginstelling voor minstens 5% eigenaar is van dezelfde instelling. De studie van Huang en collega's uit 2017 (Huang et al. 2017) concludeerde dat verpleeghuizen waarbij de manager ook aandelen heeft een hogere fte/client ratio heeft, dan verpleeghuizen waarbij deze geen eigenaar is. Deze studie laat geen andere effecten zien op kwaliteit van zorg. In hun vervolgstudie controleren de auteurs met behulp van een meer geavanceerd economisch model⁴ voor selectie-effecten. Ze concluderen dan dat verpleeghuizen waarbij de manager ook aandelen heeft in het bedrijf een betere kwaliteit van zorg levert (Huang et al. 2018).

⁴ Instrumentele Variabele Analyse

Tabel 5.2. Literatuur die kijkt naar het effect van management als eigenaar

Auteur	'Commerciële' zorgaanbieder	Land	Resultaat
(Huang and Bowblis 2018)	Verpleeghuizen	VS	Meer fte per patiënt en geen effect op kwaliteit van zorg als bestuurders eigenaar zijn.
(Huang and Bowblis 2018)	Verpleeghuizen	VS	Indien bestuurder ook eigenaar is wordt er betere kwaliteit geleverd.

Artsen als eigenaar⁵

Er is één studie die heeft gekeken naar het effect van artsen die ook (deel)eigenaar zijn van een ZBC⁶. In deze studie is gekeken naar de frequentie van het aantal operaties bij vijf aandoeningen die veelal ambulante behandeld kunnen worden⁷ (Hollingsworth, Ye et al. 2010). Hieruit komt naar voren dat artsen die (deel)eigenaar zijn van een ZBC, meer operaties uitvoeren voor vier van deze vijf aandoeningen dan artsen die geen (deel)eigenaar zijn. Een soortgelijk resultaat werd gevonden wanneer men de periode voordat een arts eigenaar is vergelijkt met de periode nadat een arts eigenaar is geworden.

Tabel 5.3. Literatuur die kijkt naar effect van artsen als eigenaar

Auteur	Commerciële zorgaanbieder	Land	Gevonden resultaat
(Hollingsworth, Ye et al. 2010)	ZBC	VS	Artsen die eigenaar zijn van ZBC opereren vaker dan zij die geen eigenaar zijn van een ZBC

Juridische structuur

Een Amerikaanse studie analyseerde het effect van het gebruik van juridische structuren met beperkte aansprakelijkheid op de personeelsbezetting en het aantal (ernstige) meldingen in verpleeghuizen (Stevenson, Bramson et al. 2013). Hieruit komt geen verschil in personeelsbezetting naar voren wat betreft de hooggekwalificeerde verpleegkundigen, maar wel een hogere personeelsbezetting wat betreft het aantal verzorgenden per bewoner. Er werd geen verschil gevonden in het aantal (ernstige) meldingen. Uitgebreidere gegevens zijn gepubliceerd in een rapportage voor de Amerikaanse overheid (Stevenson, Grabowski et al. 2009).

Tabel 5.4. Literatuur die kijkt naar gebruik van juridische structuren

Auteur	'Commerciële' zorgaanbieder	Land	Resultaat
(Stevenson, Bramson et al. 2013)	Verpleeghuizen	VS	Bepaalde aansprakelijkheid correleert met meer fte verzorgenden/bewoner. Geen significant verschil bij (ernstige) meldingen of bij de bezetting van hooggekwalificeerde verpleegkundigen

Keten van zorgaanbieders

Verscheidende studies maken onderscheid of aanbieders deel vormen van een grotere keten, voornamelijk bij verpleeghuizen, maar ook zijn er enkele studies binnen de hospice sector en de hemodialyse centra. Zes studies hebben gekeken naar het effect van ketenlidmaatschap binnen de

⁵ Physician owned

⁶ In de VS worden ze 'ambulatory surgical centers' genoemd en in de VK 'independent treatment centres'

⁷ Surgicenters

verpleeghuissector. Hiervan waren er drie afkomstig uit de VS en drie uit Canada. Er is gekeken naar de relatie tussen ketenlidmaatschap en 1) het aantal (geverifieerde) klachten (McGregor, Cohen et al. 2011, Harrington, Ross et al. 2015), 2) (ernstige) meldingen (Harrington, Olney et al. 2012, Harrington, Ross et al. 2015), 3) rechtszaken (Harrington, Ross et al. 2015), 4) ziekenhuisopnames (Poss, McGrail et al. 2020), en 5) de personeelsbezetting (Harrington, Olney et al. 2012, Harrington, Ross et al. 2015, Hsu, Berta et al. 2016, Banaszak-Holl, Intrator et al. 2018). De meeste studies rapporteren geen relatie tussen wel of niet onderdeel zijn van een keten en het aantal klachten, meldingen en rechtszaken. Een studie analyseert het aantal (gegronde) klachten (bijvoorbeeld met betrekking tot slechte zorg, onvoldoende personeel en verwaarlozing) en laat geen significant effect zien (McGregor, Cohen et al. 2011). Een andere studie laat ook geen significant verschil zien, maar neigt wel naar een tegenovergesteld effect (Harrington, Ross et al. 2015). Van de twee studies die kijken naar het aantal (ernstige) meldingen, liet één studie zien dat dit significant hoger was bij zorgaanbieders die onderdeel vormden van de tien grootste ketens (Harrington, Olney et al. 2012); de andere studie liet geen significant verschil zien in het aantal (ernstige) meldingen tussen zorgaanbieders met en zonder ketenlidmaatschap (Harrington, Ross et al. 2015). Beide studies betreffen beschrijvende statistiek waarbij er verder niet is gecorrigeerd voor factoren als personeelsbezetting en grootte. Bij personeelsbezetting en ketenlidmaatschap is er sprake van een gemengd effect waarbij één studie meer inzet van hooggekwalificeerd personeel⁸ bij ketens laat zien (Harrington, Olney et al. 2012) en de andere studie juist minder (Hsu, Berta et al. 2016). Kanttekening is wederom dat ook deze studies bestaan uit ongecorrigeerde beschrijvende statistiek waarbij bijvoorbeeld geen rekening is gehouden met zorgzwaarte. Eén studie laat zien dat kleinere ketens (na correctie voor zorgzwaarte) minder en lager gekwalificeerd personeel inzetten dan grotere ketens (Banaszak-Holl, Intrator et al. 2018). Tot slot laat een andere studie zien dat zorgaanbieders die onderdeel zijn van kleine zorgketens significant vaker ziekenhuisopnames hadden dan zelfstandige aanbieders of grotere ketens (Poss, McGrail et al. 2020).

Twee studies hebben gekeken naar hemodialysecentra (Zhang, Cotter et al. 2011, Erickson, Winkelmayer et al. 2019). Zhang et al. laten zien dat er geen significant verschil in mortaliteit bestaat tussen de hemodialyse aanbieders in ketens en individuele aanbieders (Zhang, Cotter et al. 2011). In de studie van Erickson et al. is onderzocht wat het effect is van consolidatie binnen de hemodialysesector. Hieruit kwam naar voren dat bij een hoge mate van regionale consolidatie, de mortaliteit in deze regio stijgt (Erickson, Winkelmayer et al. 2019).

Voor zorg in de palliatieve fase waren er ook twee studies die hebben bestudeerd of ketenlidmaatschap invloed heeft op de kwaliteit van zorg (Frey, Balmer et al. 2019, Anhang Price, Tolpadi et al. 2020). Hiervan laat één studie uit de VS een wisselend effect zien; de andere studie uit Nieuw Zeeland laat geen effect zien. In de studie van Anhang et al. is gekeken naar het effect van ketenlidmaatschap op twee hospice-specifieke kwaliteitsmaten (Anhang Price, Tolpadi et al. 2020). Hieruit kwam naar voren dat zorgaanbieders die onderdeel zijn van een keten significant vaker voorkwamen in de top 25% wat betreft de ene uitkomstmaat (een vragenlijst onder naasten van de patiënt), maar dat ze juist significant minder vaak voorkomen in de top 25% in een nationaal kwaliteitsregister. De andere studie heeft gekeken naar de kwaliteit van palliatieve zorg voor mensen met dementie in verpleeghuizen met veel voorzieningen⁹ (Frey, Balmer et al. 2019). Hieruit kwam wederom geen significant verschil in kwaliteit naar voren tussen instellingen die onderdeel uitmaken van een keten en zorgaanbieders met slechts een locatie. Ook deze analyse bestond uit ongecorrigeerde beschrijvende statistiek.

⁸ Registered nurse

⁹ Hospital-level residential aged care facility

Tabel 5.5 Overzicht literatuur effect van ketenlidmaatschap

Auteur	'Commerciële' zorgaanbieder	Land	Resultaat
(Anhang Price, Tolpadi et al. 2020)	Hospices	VS	Hospices die deel uitmaken van een keten hebben meer kans om goed te scoren op een vragenlijst onder naasten. Tegelijkertijd werd juist lager gescoord op uitkomsten in een nationaal kwaliteitsregister.
(Frey, Balmer et al. 2019)	Verpleeghuizen met voorzieningen intensieve zorg	Nieuw Zeeland	Binnen 'commerciële' sector geen significant verschil tussen instellingen in keten en met één locatie bij twee vragenlijsten onder verpleegkundigen over het sterfteproces dementerenden.
(Harrington, Olney et al. 2012)	Verpleeghuizen	VS	Tien grootste 'commerciële' ketens leveren significant meer uren per cliënt door hooggekwalificeerde verpleegkundigen dan andere 'commerciële' aanbieders. Totaal aantal uren van zorgverleners per dag was wel significant lager. Het aantal (ernstige) meldingen was significant hoger in de 10 grootste 'commerciële' ketens.
(Harrington, Ross et al. 2015)	Verpleeghuizen	VS	Grootste regionale keten significant minder uren per cliënt per dag door verzorgende dan instellingen met één locatie. Geen significant verschil in overige uren per dag; geen significante verschillen wat betreft aantal (gegronde) klachten, (ernstige) meldingen/rechtszaken.
(McGregor, Cohen et al. 2011)	Verpleeghuizen	Canada	Geen significant verschil in gegrond verklaarde klachten tussen ketens en individuele instellingen. Er is een groot betrouwbaarheidsinterval (0.27–1.16); richting effect lijkt te wijzen op minder gegronde klachten in instellingen met één locatie.
(Poss, McGrail et al. 2020)	Verpleeghuizen	Canada	Instellingen verbonden aan kleine ketens hadden significant vaker ziekenhuisopnames dan instellingen met één locatie of grotere ketens.
(Zhang, Cotter et al. 2011)	Hemodialyseketens	VS	Ketens hebben een overlappend betrouwbaarheidsinterval met aanbieders die geen onderdeel zijn van een keten. Er was geen significant verschil in mortaliteit.
(Banaszak-Holl, Intrator et al. 2018)	Verpleeghuizen	VS	Kleinere 'commerciële' ketens zetten minder personeel per cliënt in dan grotere ketens. Grotere ketens hebben groter aandeel verpleegkundigen dan kleinere ketens.
(Hsu, Berta et al. 2016)	Verpleeghuizen	Canada	'Commerciële' huizen binnen een keten zetten minder hoog gekwalificeerde verpleegkundigen ¹⁰ in dan zij die geen onderdeel zijn van een keten. Geen significant verschil uren inzet verzorgenden/ praktijkverpleegkundigen.

¹⁰ Registered nurses

Auteur	'Commerciële' zorgaanbieder	Land	Resultaat
(Erickson, Winkelmayr et al. 2019)	Hemodialyse centra	VS	In regio's waar er een hoge mate van consolidatie was, was er een toename van de sterfte.

Omvang

In twee studies is gekeken of de grootte van de locaties effect kan hebben op de kwaliteit van zorg (Horn, Sharkey et al. 2010, Frey, Balmer et al. 2019). Beide studies laten geen effect zien op de bestudeerde indicatoren van kwaliteit. Door Frey et al. wordt zowel voor non-profit aanbieders als 'commerciële' aanbieders gekeken naar het effect van grootte van locatie op de kwaliteit van zorg tijdens het sterfproces door dementie, door middel van twee vragenlijsten onder verpleegkundigen (Frey, Balmer et al. 2019). Hieruit komt een effect naar voren binnen de non-profit sector; grotere locaties scoren significant beter op een van de twee vragenlijsten. Dit verschil komt echter niet terug binnen de 'commerciële' sector. In een andere studie is naar het effect van omvang gekeken binnen een grote 'commerciële' verpleeghuisketen in de VS. Hierbij werd geen effect gevonden van locatiegrootte op de prevalentie van doorligwonden, incontinentie en afname dagelijks activiteiten (Horn, Sharkey et al. 2010).

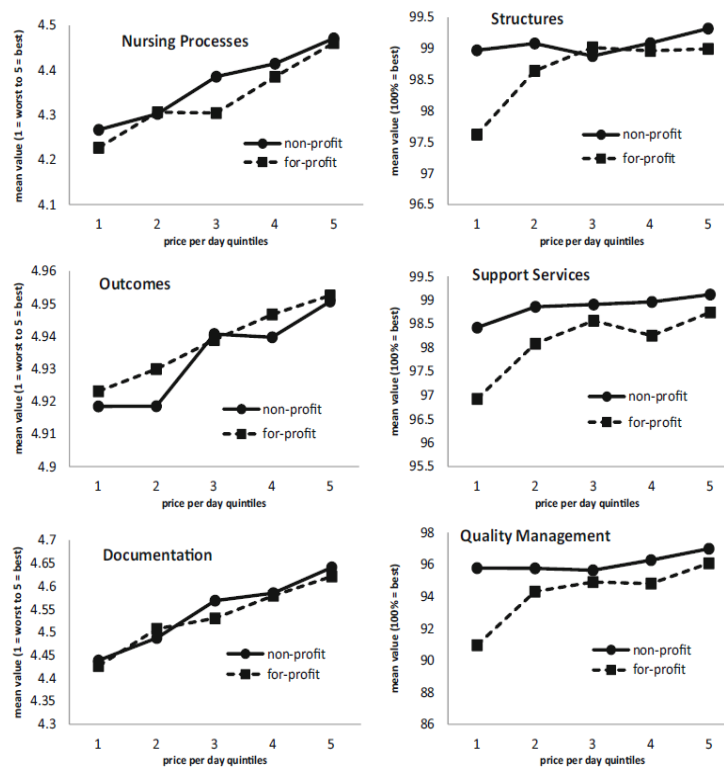
Tabel 5.6. Overzicht literatuur die kijkt naar effect omvang locaties zorginstellingen

Auteur	Commerciële zorgaanbieder	Land	Gevonden resultaat
(Frey, Balmer et al. 2019)	Verpleeghuizen met voorzieningen intensieve zorg	Nieuw Zeeland	Binnen 'commerciële' sector geen significant verschil tussen grote (>70 bedden) en kleine locaties (<70 bedden): scores vragenlijsten over het sterfproces dementerenden onder verpleegkundigen.
(Horn, Sharkey et al. 2010)	Verpleeghuizen	VS	Geen significante relatie tussen bedden per locatie en prevalentie doorligwonden, incontinentie en afname dagelijks activiteiten

Prijsstelling en marktsegment

We hebben één studie gevonden die kijkt of er een associatie is tussen prijsstelling en kwaliteit van zorg (Geraedts, Harrington et al. 2016). Deze studie is uitgevoerd in Duitsland. In deze studie wordt gekeken of 'commerciële' zorgaanbieders met een hogere vraagprijs voor specifieke behandelingen een betere kwaliteit zorg leveren aan de hand van zes indicatoren: verpleegkundige processen (bijvoorbeeld screening op pijn), faciliteiten (bijvoorbeeld de aanwezigheid van een gezellige ruimte om te eten), patiëntenuitkomsten (bijvoorbeeld de vochtbalans en de voeding), ondersteunende services (introductieprogramma en bezoekenmogelijkheden voor naasten), kwaliteitsmanagement (geschreven plannen voor noodgevallen) en documentatie (vastleggen valrisico's). Voor drie kwaliteitsindicatoren (faciliteiten, ondersteunende services, en kwaliteitsmanagement) bleek dat in de commerciële verpleeghuizen significant lager werd gescoord indien dit verpleeghuis óók in het goedkoopste segment van alle zorgaanbieders zit (figuur 5.2). Daarnaast bleek dat verpleeghuizen die een hogere prijs per dag rekenden, hoger scoorden op alle zes categorieën van kwaliteit.

Figuur 5.2. Prijs-kwaliteit verhouding ‘commerciële’ verpleeghuizen
Bron: (Geraedts, Harrington et al. 2016)



Tabel 5.7. Overzicht literatuur die kijkt naar het effect van prijsstelling

Auteur	Commerciële zorgaanbieder	Land	Gevonden resultaat
(Geraedts, Harrington et al. 2016)	Verpleeghuizen	Duitsland	‘Commerciële’ huizen met laagste (20%) prijs per dag scoren significant lager op procesindicatoren kwaliteit.

5.3. Conclusie

Deze review geeft een overzicht wat er in wetenschappelijke literatuur bekend is met betrekking tot het effect van karakteristieken van organisaties binnen de ‘commerciële’ sector op de kwaliteit van zorg. Het gaat daarbij vooral over de verpleeghuizen. Ketenlidmaatschap is het vaakst bestudeerd gevolgd door eigendom door private equity. Beide karakteristieken lijken er toe te doen.

Ketenlidmaatschap leek in de meeste studies geen effect te hebben op het aantal meldingen en klachten in verpleeghuizen. De personeelsbezetting was wel vaker significant anders. Deze effecten waren echter veelal tegenovergesteld waardoor geen eenduidige conclusie valt te trekken of de personeelsbezetting in ketens slechter is of juist beter. Opvallend is verder dat er ook tussen ketens verschillen bestonden: twee studies duiden erop dat kleine ketens meer ziekenhuisopnames (Poss, McGrail et al. 2020) en minder zorgpersoneel hebben dan grotere ketens (Banaszak-Holl, Intrator et al. 2018). Door het lage aantal studies en de afwezigheid van (eenduidige) effecten kunnen voor hospices en hemodialysecentra geen conclusies worden getrokken. Wel laat een studie zien dat zeer hoge consolidatie van de hemodialysesector gepaard ging met een regionaal verhoogde mortaliteit (Erickson, Winkelmayr et al. 2019). Hoewel we meerdere studies hebben gevonden die kijken naar het effect van private equity op de kwaliteit van zorg in ‘commerciële’ verpleeghuizen, zijn de uitkomstmaten divers waardoor de bewijslast laag is. De twee best uitgevoerde studies laten enerzijds een verontrustend beeld zien, met significant hogere sterfte in private equity verpleeghuizen (Gupta,

Howell et al. 2021); maar anderzijds weinig verschillen op medische indicatoren van kwaliteit waarbij private equity verpleeghuizen soms zelfs beter scoren dan andere 'commerciële' huizen (Winblad, Blomqvist et al. 2017). Het enige Nederlandse onderzoek laat zien dat cliënten in private equity huizen significant minder tevreden zijn over de ontvangen zorg (Bos, Kruse et al. 2020).

De andere gevonden organisatiekenmerken zijn bestudeerd in een dusdanig laag aantal studies dat het speculatief is hierover te generaliseren. Deze studies geven wel een eerste indicatie dat verschillen in kwaliteit van zorg kunnen samenhangen met sommige karakteristieken. Dit geldt met name voor de prijsstelling in verpleeghuizen en het hebben van artsen als (deel)eigenaren van ZBC's. De resultaten suggereren dat de indicatoren van kwaliteit negatief beïnvloed kunnen worden door lage prijzen bij 'commerciële' verpleeghuizen en door de combinatie arts/behandelaar en eigenaar (Hollingsworth, Ye et al. 2010, Geraedts, Harrington et al. 2016).

6. Conclusie

In dit rapport hebben we een drietal literatuurstudies verricht naar de invloed van 'commercie' op de kwaliteit van zorg. We hebben gekeken naar: 1) de wetenschappelijke internationale literatuur, 2) de wetenschappelijke literatuur uit Nederland, en 3) organisatiekarakteristieken binnen de 'commerciële' sector zelf. De focus lag op de verpleeghuizen en op de zelfstandige behandelcentra; in het internationaal vergelijkende hoofdstuk hebben we ook naar de ziekenhuizen gekeken. De algemene les van dit onderzoek is dat er veelal geen eenduidige conclusies kunnen worden getrokken voor de relatie tussen 'commerciële' zorg en de kwaliteit van zorg. Daarvoor bestaat er te veel variatie bij veel van de indicatoren, is het bewijs te beperkt om iets over het hele spectrum van kwaliteit te kunnen zeggen en bovendien is de context waarin 'commerciële' aanbieders opereren (stelsel, bekostiging etc.) eveneens van grote betekenis. Tegelijkertijd is ook duidelijk dat 'commercie' in de zorg risico's voor de kwaliteit van zorg met zich meebrengt.

Bij de verpleeghuiszorg vormt de aanwezigheid van voldoende goed opgeleid zorgpersoneel een belangrijke determinant voor de kwaliteit van zorg. Dit wordt in belangrijke mate bepaald door de beschikbare middelen en deze zijn in veel landen beperkt. Bovendien staan de tarieven in de regel vast. Als van een beperkt bedrag per cliënt per jaar vervolgens nog een substantiële winstmarge af moet, dan is het gevolg dat 'commerciële' verpleeghuizen worden verleid om met relatief minder personeel te werken; dit kan negatieve gevolgen hebben voor de kwaliteit van zorg. Op dit moment is Nederland in zoverre een uitzondering dat door de scheiding tussen wonen en zorg, private verpleeghuizen vaak extra diensten kunnen doorberekenen aan cliënten en daardoor in de praktijk minder budgettaire belemmeringen hebben. Daardoor zijn de hoge inkomens oververtegenwoordigd in deze huizen. Op de meeste andere indicatoren (verpleegkundige handelingen) is het beeld wisselend.

In de medisch specialistische 'commerciële' zorg bestaat voor ziekenhuizen ook het nodige bewijs dat duidt op enige risico's voor de kwaliteit van zorg. Het gaat dan in de praktijk vooral over het risico op overbehandeling. In deze sector geldt dat meer behandelingen, in de regel ook tot bovengemiddeld hogere winsten leiden. Er zijn maar heel weinig studies die dit bestuderen voor de zelfstandige behandelcentra, maar de paar studies die we konden includeren duiden in enige mate in dezelfde richting. Daar staat dan vaak wel een hogere patiënttevredenheid tegenover en ook de kosten zijn lager, hoewel onduidelijk is in hoeverre dit wordt veroorzaakt door selectie-effecten (het wegtrekken van de betere risico's uit de ziekenhuizen).

Deze inventariserende studie maakt duidelijk dat toezicht op de kwaliteit van zorg in de 'commerciële' sector van de verpleeghuizen en zelfstandige behandelcentra zeker is aangewezen. Het lijkt ook verstandig om bij dit toezicht de specifieke vorm van de 'commercie' te betrekken. Concreet betekent dit dat toezichthouders vooral alert moeten zijn wanneer 'commerciële' entiteiten bewust onder de radar opereren en voor investeerders met een sterke 'commerciële' doelstelling. Daarbij denken we bijvoorbeeld aan private equity partijen en aan kleinere 'commerciële' ketens.

Vervolgonderzoek kan zich richten op een aantal onderwerpen. Ten eerste is er meer onderzoek nodig naar de kwaliteit van zorg van commerciële zorgaanbieders in Nederland. Ten tweede bestaat er geen goed overzicht van de verschillende toezichtkaders die landen met een grote 'commerciële' zorgsector toepassen. Tot slot, nader onderzoek is gewenst naar de invloed van specifieke karakteristieken van commerciële zorgaanbieders op de kwaliteit van zorg, en in het bijzonder hoe dit zich binnen Nederland verhoudt.

Literatuur

- Anhang Price, R., A. Tolpadi, D. Schlang, M. A. Bradley, L. Parast, J. M. Teno and M. N. Elliott (2020). "Characteristics of Hospices Providing High-Quality Care." Journal of palliative medicine **23**(12): 1639-1643.
- Arrow, K. J. (1963). "Uncertainty and the welfare economics of medical care." The American Economic Review **53**(5): 941-973.
- Bach-Mortensen, A. M. and J. Barlow (2021). "Outsourced austerity or improved services? A systematic review and thematic synthesis of the experiences of social care providers and commissioners in quasi-markets." Social Science & Medicine **276**: 113844.
- Baeten, S., P. Diepstraten, J. Heida, J. Hoendervanger, L. Willems and L. Zanen (2019). Uitkering van dividend door zorgaanbieders. Praktijkanalyse en effectanalyse. Utrecht, Finance ideas & SiRM.
- Banaszak-Holl, J., O. Intrator, J. Li, Q. Zheng, D. G. Stevenson, D. C. Grabowski and R. A. Hirth (2018). "The impact of chain standardization on nursing home staffing." Medical care **56**(12): 994.
- Bos, A. (2020). Corporate kangaroos in care. Strategy and performance of for-profit and private equity-owned care organizations. Utrecht, Utrecht University.
- Bos, A., P. Boselie and M. Trappenburg (2017). "Financial performance, employee well-being, and client well-being in for-profit and not-for-profit nursing homes: A systematic review." Health Care Management Review **42**(4): 352-368.
- Bos, A. and C. Harrington (2017). "What happens to a nursing home chain when private equity takes over? a longitudinal case study." INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing **54**: 0046958017742761.
- Bos, A., F. M. Kruse and P. P. T. Jeurissen (2020). "For-profit nursing homes in the Netherlands: what factors explain their rise?" International Journal of Health Services **50**(4): 431-443.
- Braun, R. T., H. Yun, L. P. Casalino, Z. Myslinski, F. M. Kuwonga, H.-Y. Jung and M. A. Unruh (2020). "Comparative performance of private equity-owned US nursing homes during the COVID-19 pandemic." JAMA network open **3**(10): e2026702-e2026702.
- Cerullo, M., Y.-L. Lin, J. A. Rauh-Hain, V. Ho and A. C. Offodile II (2022). "Financial Impacts And Operational Implications Of Private Equity Acquisition Of US Hospitals: Study examines the impacts and operational implications of private equity acquisitions of US hospitals." Health Affairs **41**(4): 523-530.
- Comondore, V. R., P. Devereaux, Q. Zhou, S. B. Stone, J. W. Busse, N. C. Ravindran, K. E. Burns, T. Haines, B. Stringer and D. J. Cook (2009). "Quality of care in for-profit and not-for-profit nursing homes: systematic review and meta-analysis." BMJ-British Medical Journal **339**: b2732.
- Cuellar, A. E. and P. J. Gertler (2005). "How the expansion of hospital systems has affected consumers." Health Affairs **24**(1): 213-219.
- Eggleston, K., Y. C. Shen, J. Lau, C. H. Schmid and J. Chan (2008). "Hospital ownership and quality of care: what explains the different results in the literature?" Health Econ **17**(12): 1345-1362.
- Erickson, K. F., W. C. Winkelmayr, V. Ho, J. Bhattacharya and G. M. Chertow (2019). "Market consolidation and mortality in patients initiating hemodialysis." Value in Health **22**(1): 69-76.
- Frey, R., D. Balmer, J. Robinson, M. Gott and M. Boyd (2019). "The effect of residential aged care size, ownership model, and multichain affiliation on resident comfort and symptom management at the end of life." Journal of pain and symptom management **57**(3): 545-555. e541.
- Gandjour, A. and K. W. Lauterbach (2003). "The practice-makes-perfect hypothesis in the context of other production concepts in health care." American Journal of Medical Quality **18**(4): 171-175.
- Geraedts, M., C. Harrington, D. Schumacher and R. Kraska (2016). "Trade-off between quality, price, and profit orientation in Germany's nursing homes." Ageing International **41**(1): 89-98.
- Goodair, B. and A. Reeves (2022). "Outsourcing health-care services to the private sector and treatable mortality rates in England, 2013-20: an observational study of NHS privatisation." Lancet Public Health **7**(7): e638-e646.

- Gupta, A., S. T. Howell, C. Yannelis and A. Gupta (2021). Does private equity investment in healthcare benefit patients? Evidence from nursing homes, National Bureau of Economic Research.
- Halm, E. A., C. Lee and M. R. Chassin (2002). "Is volume related to outcome in health care? A systematic review and methodologic critique of the literature." Annals of Internal Medicine **137**(6): 511-520.
- Hansmann, H., D. Kessler and M. McClellan (2003). Ownership form and trapped capital in the hospital industry. The governance of not-for-profit organizations. E. Glaeser. Chicago, University of Chicago Press.
- Hansmann, H. B. (1980). "The role of nonprofit enterprise." The Yale Law Journal **89**(5): 835-901.
- Harrington, C., B. Olney, H. Carrillo and T. Kang (2012). "Nurse staffing and deficiencies in the largest for-profit nursing home chains and chains owned by private equity companies." Health Services Research **47**(1pt1): 106-128.
- Harrington, C., L. Ross and T. Kang (2015). "Hidden owners, hidden profits, and poor nursing home care: a case study." International Journal of Health Services **45**(4): 779-800.
- Herrera, C. A., G. Rada, L. Kuhn-Barrientos and X. Barrios (2014). "Does ownership matter? An overview of systematic reviews of the performance of private for-profit, private not-for-profit and public healthcare providers." Plos One **9**(12).
- Hollingsworth, B. (2003). "Non-parametric and parametric applications measuring efficiency in health care." Health Care Management Science **6**(4): 203-218.
- Hollingsworth, J. M., Z. Ye, S. A. Strobe, S. L. Krein, A. T. Hollenbeck and B. K. Hollenbeck (2010). "Physician-ownership of ambulatory surgery centers linked to higher volume of surgeries." Health Affairs **29**(4): 683-689.
- Holmström, B. (1979). "Moral hazard and observability." The Bell journal of economics: 74-91.
- Horn, S. D., S. S. Sharkey, S. Hudak, R. J. Smout, C. C. Quinn, B. Yody and I. Fleshner (2010). "Beyond CMS quality measure adjustments: Identifying key resident and nursing home facility factors associated with quality measures." Journal of the American Medical Directors Association **11**(7): 500-505.
- Horwitz, J. R. and A. Nichols (2007). "What do nonprofits maximize? Hospital service provision and market ownership mix." NBER Working Paper **13246**.
- Horwitz, J. R. and A. Nichols (2022). "Hospital Service Offerings Still Differ Substantially By Ownership Type." Health Aff (Millwood) **41**(3): 331-340.
- Hoxha, I., L. Syrogiannouli, X. Luta, K. Tal, D. C. Goodman, B. R. da Costa and P. Jüni (2017). "Caesarean sections and for-profit status of hospitals: systematic review and meta-analysis." BMJ open **7**(2): e013670.
- Hsu, A. T., W. Berta, P. C. Coyte and A. Laporte (2016). "Staffing in Ontario's long-term care homes: differences by profit status and chain ownership." Canadian Journal on Aging/La Revue canadienne du vieillissement **35**(2): 175-189.
- Huang, S. S. and J. R. Bowblis (2018). "Managerial ownership in nursing homes: Staffing, quality, and financial performance." The Gerontologist **58**(6): 1136-1146.
- Huang, S. S. and J. R. Bowblis (2018). "The principal-agent problem and owner-managers: A n instrumental variables application to nursing home quality." Health Econ **27**(11): 1653-1669.
- Huang, S. S. and J. R. Bowblis (2019). "Private equity ownership and nursing home quality: an instrumental variables approach." International Journal of Health Economics and Management **19**(3): 273-299.
- Hussem, A., M. Tenand and P. Bakx (2020). Publieke middelen voor particuliere ouderenzorg. Design Paper **143**. Tilburg, Netspar.
- Jeurissen, P., F. Kruse, R. Busse, D. Himmelstein, E. Mossialos and S. Woolhandler (2021). "For-Profit Hospitals Have Thrived Because of Generous Public Reimbursement Schemes, Not Greater Efficiency: A Multi-Country Case Study." International Journal of Health Services **51**(1): 67-89.
- Jeurissen, P. and H. Maarse (2021). The market reform in Dutch health care: Results, lessons and prospects. Brussel, European Observatory on Health Systems and Policies.

- Jeurissen, P. P. T. (2010). For-profit-hospitals. A comparative and longitudinal study of the for-profit hospital sector in four Western Countries. Rotterdam, Erasmus University Rotterdam.
- Kruse, F. M. (2018). Focusklinieken en betaalbaarheid. Betaalbare zorg. P. P. T. Jeurissen, M. Tanke and H. Maarse. Den Haag, Sdu.
- Kruse, F. M., S. Groenewoud, F. Atsma, O. P. van der Galiën, E. M. Adang and P. P. Jeurissen (2019). "Do independent treatment centers offer more value than general hospitals? The case of cataract care." Health Services Research **54**(6).
- Kruse, F. M. and P. P. T. Jeurissen (2020). "For-profit hospitals out of business? Financial sustainability during the COVID-19 epidemic emergency response." International Journal of Health Policy and Management **9**(10): 423-428.
- Kruse, F. M., W. M. R. Ligtenberg, A. J. M. Oerlemans, S. Groenewoud and P. P. T. Jeurissen (2020). "How the logics of the market, bureaucracy, professionalism and care are reconciled in practice: an empirical ethics approach." BMC Health Services Research **20**(1): 1024.
- Kruse, F. M., E. Spierings, E. Adang and P. Jeurissen (2018). "Marktconcentratie is ook een punt van zorg bij zelfstandige behandelcentra " Economisch Statistische Berichten (ESB) **103**(4766): 453-455.
- Kruse, F. M., N. W. Stadhouders, E. M. Adang, S. Groenewoud and P. P. Jeurissen (2018). "Do private hospitals outperform public hospitals regarding efficiency, accessibility, and quality of care in the European Union? A literature review." International Journal of Health Planning and Management **33**(2).
- Kruse, F. M., M. van Nieuw Amerongen, I. Borghans, A. Groenewoud, E. Adang and P. Jeurissen (2019). "Is there a volume-quality relationship within the independent treatment centre sector? A longitudinal analysis." BMC Health Services Research **19**(1): 853.
- Luft, H. S., S. S. Hunt and S. C. Maerki (1987). "The volume-outcome relationship: practice-makes-perfect or selective-referral patterns?" Health Services Research **22**(2): 157-182.
- Marsteller, J. A., R. R. Bovbjerg and L. M. Nichols (1998). "Nonprofit conversion: theory, evidence, and state policy options." Health Services Research **33**(5 Pt 2): 1495-1535.
- McGregor, M. J., M. Cohen, C.-R. Stocks-Rankin, M. B. Cox, K. Salomons, K. M. McGrail, C. Spencer, L. A. Ronald and M. Schulzer (2011). "Complaints in for-profit, non-profit and public nursing homes in two Canadian provinces." Open Medicine **5**(4): e183.
- Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) (2021). Fenomeenonderzoek complexe juridische structuren van zorgaanbieders. Utrecht, NZa.
- Pauly, M. and M. Redisch (1973). "The not-for-profit hospital as a physicians' cooperative." The American Economic Review **63**(1): 87-99.
- Plaisier, I. and M. den Draak (2019). Wonen met Zorg. Verkenning van particuliere woonzorg voor ouderen. Den Haag, Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP)
- Poss, J., K. McGrail, M. J. McGregor and L. A. Ronald (2020). "Long-term care facility ownership and acute hospital service use in British Columbia, Canada: A retrospective cohort study." Journal of the American Medical Directors Association **21**(10): 1490-1496.
- Reinhardt, U. E. (2000). "The economics of for-profit and not-for-profit hospitals." Health Affairs **19**(6): 178-186.
- Robinson, J. C. (2000). "Capital finance and ownership conversions in health care." Health Affairs **19**(1): 56-71.
- Schlesinger, M. and B. H. Gray (2006). "How nonprofits matter in American medicine, and what to do about it." Health Affairs **25**(4): W287-W303.
- Skinner, W. (1974). The focused factory, Harvard Business Review Brighton, MA.
- Sloan, F. A., G. A. Picone, D. H. Taylor Jr and S.-Y. Chou (2001). "Hospital ownership and cost and quality of care: is there a dime's worth of difference?" Journal of Health Economics **20**(1): 1-21.
- Stevenson, D., D. Grabowski and J. Bramson (2009). Nursing Home Ownership Trends and Their Impact on Quality of Care, U.S. Department of Health and Human Services.

- Stevenson, D. G., J. S. Bramson and D. C. Grabowski (2013). "Nursing home ownership trends and their impacts on quality of care: a study using detailed ownership data from Texas." Journal of aging & social policy **25**(1): 30-47.
- Tiemann, O., J. Schreyögg and R. Busse (2012). "Hospital ownership and efficiency: a review of studies with particular focus on Germany." Health Policy **104**(2): 163-171.
- Tulp, A. D. M., F. M. Kruse, N. W. Stadhouders and P. P. T. Jeurissen (2020). "Independent Treatment Centres Are Not a Guarantee for High Quality and Low Healthcare Prices in The Netherlands - A Study of 5 Elective Surgeries." International Journal of Health Policy and Management **9**(9): 380-389.
- Tynkkynen, L.-K. and K. Vrangbæk (2018). "Comparing public and private providers: a scoping review of hospital services in Europe." BMC Health Services Research **18**(1): 1-14.
- van Ark, E. (2020). Gebrekkige transparantie bij luxe zorgvilla's voor dementerenden. Follow the Money.
- van Ark, E. (2020). Lucratief beleggen in ouderen met dementie. Follow the Money.
- van Houdenhoven, M. (2021). Stop het gedogen van winstuikering in de zorg. NRC Handelsblad.
- van Twillert, M. (2016). "'Zbc's ontduiken verbod winstuikering'." Medisch Contact.
- Winblad, U., P. Blomqvist and A. Karlsson (2017). "Do public nursing home care providers deliver higher quality than private providers? Evidence from Sweden." BMC Health Services Research **17**(1): 1-12.
- Zhang, Y., D. J. Cotter and M. Thamer (2011). "The effect of dialysis chains on mortality among patients receiving hemodialysis." Health Services Research **46**(3): 747-767.

Appendix A

Search string Pubmed

(((Quality of health care [MeSH] OR Quality Indicators, Health Care[mesh] OR Health Care Quality, Access, and Evaluation[MeSH] OR quality[tiab]) AND (investor*[tiab] OR "private equity"[tiab] or "for profit"[tiab] or "for-profit"[tiab] or Ownership[mesh] OR "health facilities, proprietary"[MeSH Terms] OR "Private Sector"[MeSH Terms])) AND (Nursing homes[tiab] OR nursing homes[mesh]) AND (2010:2022[pdat])) OR (("Independent treatment cent*" [tiab] OR "focus clinic"[tiab] OR "ambulatory surgical cent*" [tiab]) AND (Quality of health care [MeSH] OR Quality Indicators, Health Care[mesh] OR Health Care Quality, Access, and Evaluation[MeSH] OR quality[tiab]) AND (2010:2022[pdat])) OR (("Ambulatory Care Facilities"[Mesh]) AND (investor*[tiab] OR "private equity"[tiab] or "for profit"[tiab] or "for-profit"[tiab] or Ownership[mesh] OR "health facilities, proprietary"[MeSH Terms] OR "Private Sector"[MeSH Terms])) AND (Quality of health care [MeSH] OR Quality Indicators, Health Care[mesh] OR Health Care Quality, Access, and Evaluation[MeSH] OR quality[tiab]) AND (2010:2022[pdat]))

Inclusiecriteria	Exclusiecriteria
Er wordt een interactie-effect bestudeerd tussen de for-profit status en een organisatorische karakteristiek of er wordt gekeken naar een organisatiekarakteristiek binnen de for-profit sector	Buiten OECD
Indicatoren van kwaliteit worden gemeten	Indicatoren die te indirect in relatie staan met kwaliteit werden uitgesloten (bv. financiële status)
Er wordt <u>ten minste</u> een statistische test uitgevoerd op de beschrijvende statistiek.	Er wordt geen statistische test uitgevoerd

Appendix B

Auteur	Sector	Karakteristiek	Land	Effect
Anhang et al. 2020 (Anhang Price, Tolpadi et al. 2020)	Hospices	Ketenlidmaatschap	VS	<u>Positief</u> op vragenlijst onder naasten, <u>negatief</u> op score in kwaliteitsregister
Frey 2019 (Frey, Balmer et al. 2019)	Verpleeghuizen met hooggekwalificeerd personeel	Ketenlidmaatschap	Nieuw Zeeland	<u>Geen effect</u> op vragenlijst onder verpleegkundigen
	Verpleeghuizen met hooggekwalificeerd personeel	Grootte	Nieuw Zeeland	Binnen de for-profit aanbieders was er <u>geen significant verschil</u> tussen grote (>70 bedden) en kleinere locaties (<70 bedden) wat betreft scores op vragenlijsten over het sterfproces van mensen met dementie onder verpleegkundigen.
Harrington 2012 (Harrington, Olney et al. 2012)	Verpleeghuizen	Ketenlidmaatschap	VS	<u>Hogere bezetting</u> hooggekwalificeerd personeel in ketens, zelfde hoeveelheid zorgpersoneel. Meer (ernstige) meldingen bij grootste ketens
	Verpleeghuizen	Eigenaar (PE)	VS	Een overname door een PE partij ging samen met een <u>klein en wisselend</u> op de personeelsbezetting. Het aantal meldingen(deficiënties) <u>nam toe</u> na een overname door een PE partij. Het aantal ernstige meldingen nam toe in 2006 en 2007 maar niet in 2008
Harrington 2015 (Harrington, Ross et al. 2015)	Verpleeghuizen	Ketenlidmaatschap	VS	De grootste regionale keten had <u>significant minder</u> uren per patiënt per dag door de hooggekwalificeerd verzorgende dan instellingen met 1 locatie. Er was <u>geen significant</u> verschil in overige personeelsuren per patiënt per dag tussen de grootste regionale keten en andere chains en instellingen met 1 locatie. Er was <u>geen significant verschil</u> tussen de ketens en instellingen met 1 locatie wat betreft het aantal (gegronde) klachten (ernstige) meldingen en rechtszaken.
Mcgregor 2011	Verpleeghuizen	Ketenlidmaatschap	Canada	<u>Geen verschil</u> in aantal klachten, trend is wel dat er minder klachten zijn bij zelfstandige zorgaanbieders

(McGregor, Cohen et al. 2011)				
Poss 2020 (Poss, McGrail et al. 2020)	Verpleeghuizen	Ketenlidmaatschap	Canada	Kleine ketens hebben <u>vaker ziekenhuisopnames</u>
Zhang 2010 (Zhang, Cotter et al. 2011)	Hemodialyseketens	Ketenlidmaatschap	VS	<u>Geen significant verschil</u> in mortaliteit
Banaszak-Holl 2018 (Banaszak-Holl, Intrator et al. 2018)	Verpleeghuizen	Ketenlidmaatschap	VS	Kleinere ketens zetten <u>minder personeel</u> per patiënt in dan medium en grotere ketens. Grotere ketens hadden <u>een groter aandeel</u> hooggekwalificeerde verpleegkundigen onder het totaal zorgpersoneel dan kleinere en medium ketens.
Hsu 2016 (Hsu, Berta et al. 2016)	Verpleeghuizen	Ketenlidmaatschap	Canada	Binnen de for-profit verpleeghuizen zetten ketenverpleeghuizen <u>minder hooggekwalificeerde verpleegkundigen</u> in dan zelfstandige verpleeghuizen. Er was <u>geen significant verschil</u> in uren van verzorgenden en hooggekwalificeerde praktijkverpleegkundigen.
Erickson 2018 (Erickson, Winkelmayer et al. 2019)	Hemodialyse centra	Ketenlidmaatschap	VS	In regio's waar er een hoge mate van consolidatie was, was er een <u>toename van de sterfte</u> .
Frey, 2019 (Frey, Balmer et al. 2019)	hospital-level RAC (Residential aged care) facilities	Grootte	Nieuw Zeeland	Binnen de for-profit aanbieders was er <u>geen significant verschil</u> tussen grote (>70 bedden) en kleinere locaties (<70 bedden) wat betreft scores op vragenlijsten over het sterfproces van mensen met dementie onder verpleegkundigen.
Horn, 2010 (Horn, Sharkey et al. 2010)	Verpleeghuizen	Grootte	VS	Er is <u>geen significante relatie</u> tussen het aantal bedden per locatie en de prevalentie van doorligwonden, incontinentie en afname van dagelijks activiteiten
Stevenson, 2013 (Stevenson, Bramson et al. 2013)	Verpleeghuizen	Juridische structuur	VS	Het gebruik van een juridische structuur met een beperkte aansprakelijkheid hing samen met <u>meer verzorgenden</u> per bewoner. Er was <u>geen significant verschil</u> wat betreft aantal (ernstige) meldingen of personeelsbezetting van hooggekwalificeerde verpleegkundigen

Bos, 2017 (Bos and Harrington 2017)	Verpleeghuizen	Eigenaar (PE)	VS	Voor de overname door een private equity partij waren er <u>minder meldingen</u> en ernstige meldingen dan de jaren na de overname.
Bos, 2020 (Bos, Kruse et al. 2020)	Verpleeghuizen	Eigenaar (PE)	Nederland	In verpleeghuizen die eigendom zijn van een PE partij zijn cliënten <u>significant minder tevreden</u> over: medewerkers, luistervaardigheden van het personeel ,de informatievoorziening en raden deze minder hun verpleeghuis minder snel aan
Braun, 2020 (Braun, Yun et al. 2020)	Verpleeghuizen	Eigenaar (PE)	VS	Er waren <u>geen verschillen</u> in het aantal coronabesmettingen en -doden in verpleeghuizen die gerund werden door private equity en andere for-profit partijen. Er was wel sprake van een <u>beperkte voorraad</u> van persoonlijke beschermingsmiddelen.
Gupta, 2021(Gupta, Howell et al. 2021)	Verpleeghuizen	Eigenaar (PE)	VS	Private equity partijen als eigenaar zorgen voor een <u>hogere mortaliteit</u> .
Huang, 2019(Huang and Bowblis 2019)	Verpleeghuizen	Eigenaar (PE)	VS	Van de totaal 17 medische indicatoren van kwaliteit (zoals bijvoorbeeld aantal mensen met doorligwonden en het aan antidepressiva recepten) scoorden verpleeghuizen in handen van PE partijen <u>significant beter</u> op vijf hiervan.
Winblad 2017 (Winblad, Blomqvist et al. 2017)	Verpleeghuizen	Eigenaar (PE)	Zweden	Zowel op structuurindicatoren (inclusief personeelsbezetting) en procesindicatoren (zoals medicatiebeoordeling en de screening voor doorligwonden en ondervoeding) was er <u>geen significant verschil</u> tussen verpleeghuizen in handen van PE partijen en andere for-profit verpleeghuizen.
Huang 2018 (Huang and Bowblis 2018)	Verpleeghuizen	Eigenaar (manager)	VS	Er is <u>meer personeel</u> per patiënt en er is <u>geen effect</u> op kwaliteit van zorg indien bestuurders tevens eigenaar zijn.
Huang 2018 (Huang and Bowblis 2018)	Verpleeghuizen	Eigenaar (manager)	VS	Indien de bestuurder ook eigenaar is wordt er een <u>hogere kwaliteit</u> zorg geleverd.
Hollingsworth et al. 2010 (Hollingsworth, Ye et al. 2010)	'Surgicenters'	Eigenaar (artsen)	VS	Artsen die eigenaar zijn van een 'surgicenter' <u>opereren vaker</u> dan artsen die geen eigenaar zijn van een 'surgicenter'
Geraedts et al. 2015 (Geraedts, Harrington et al. 2016)	Verpleeghuizen	Prijstelling	Duitsland	Commerciële verpleeghuizen met de laagste (20%) prijs per dag per patiënt scoren <u>significant lager</u> op verschillende procesindicatoren.

Missie	<p><i>Waardevolle zorg voor iedereen.</i></p> <p>Onze missie is het met kennis en kunde ondersteunen van beleid en praktijk bij het streven naar goede, veilige en verantwoorde gezondheid(zorg).</p>
Organisatie	<p>IQ healthcare is één van de 50 afdelingen binnen het Radboudumc en onderdeel van het Radboud Institute for Health Sciences. De leiding van IQ healthcare is in handen van Prof. dr. Gert P. Westert (directeur) en drs. Anne van der Hidde (bedrijfsvoerder).</p> <p>IQ healthcare is een projectenorganisatie waarbinnen de projecten leidend zijn. Deze projecten hebben betrekking op onze drie kerntaken Onderzoek, Onderwijs en Dienstverlening. Alle projecten staan in onderlinge verbinding binnen de kennisgebieden van de thema's en de leerstoelen.</p>
Thema's	<p>Professionele ontwikkeling en samenwerking Duurzame organisatie van zorgsystemen Ethiek van gezondheid en zorg Implementeren & evalueren van verbeteringen en innovaties</p>
Leerstoelen	<p>Gezondheidszorgonderzoek Betaalbaarheid en doelmatigheid Ergotherapie Kwaliteit van zorg voor infectieziekten Organisatie ziekenhuiszorg Patiëntgerichte innovatie Paramedische wetenschappen Verplegingswetenschap Ethiek van de gezondheidszorg Behavioural Medicine & Health Psychology</p>
Contact	<p>IQ healthcare Postbus 9101, huispost 160 6500 HB Nijmegen Telefoon: +31 (0)24 3615305 ighealthcare@radboudumc.nl</p> <p>Kapittelweg 54, looproute 160 6525 EP Nijmegen www.ighealthcare.nl</p>