

Benchmarkrapport:

Stichting Enzo

Kengegevens	
Naam	Stichting Enzo
Plaats	Zaandam
Aantal locaties	0
Aantal organisatorische eenheden	1
Aantal bestuurders	3
Aantal toezichhouders	0

Algemene informatie over het concern

Informatie GGZ	2011	2012	2013
Aantal patiënten/cliënten in zorg/behandeling op 1 januari van verslagjaar (a)			
Aantal nieuw ingeschreven patiënten/cliënten in zorg/behandeling in verslagjaar (b)			
Totaal aantal patiënten/cliënten in zorg/behandeling in verslagjaar (c=a+b)			
Aantal uitgeschreven patiënten/cliënten in verslagjaar (d)			
Aantal patiënten/cliënten in zorg/behandeling op 31 december van verslagjaar			
Waarvan Zorg Zwaarte Pakket (ZZP)-patiënten/cliënten in zorg/behandeling			
Het aantal bedden/plaatsen dat beschikbaar is voor dagelijkse planning van opnames, verblijf of voor dagbehandeling			
Waarvan kleinschalig wonen			
Aantal in verslagjaar geopende DBC's			
Aantal in verslagjaar gesloten DBC's			
Aantal ambulante contacten in verslagjaar			
Aantal dagen met verblijfszorg inclusief kleinschalig wonen en BOPZ			
Aantal ZZP-dagen met verblijfszorg inclusief kleinschalig wonen			
Waarvan kleinschalig wonen			
Aantal geleverde dagdelen dagactiviteiten in verslagjaar	2,113		
Aantal patiëntgebonden, ggz-geöriënteerde personeelsleden in loondienst op 31 december van verslagjaar			
Aantal fte patiëntgebonden, ggz-geöriënteerd personeel in loondienst op 31 december van verslagjaar			
Aantal overig, ggz-geöriënteerde personeelsleden in loondienst op 31 december			
Aantal fte overig, ggz-geöriënteerd personeel in loondienst op 31 december			
Aantal ggz-geöriënteerde personeelsleden in loondienst op 31 december			
Aantal fte ggz-geöriënteerd personeel in loondienst op 31 december			

Bedrijfsopbrengsten

Informatie GGZ	2011	2012	2013
Totaal bedrijfsopbrengsten			
Bedrijfsopbrengsten GGZ			
ZVW-budget GGZ			
AWBZ-budget GGZ			
ZVW/AWBZ-budget GGZ			
PGB-budget GGZ			
Gemeenten-budget GGZ			
Overige inkomsten GGZ			
Overige inkomsten niet-GGZ			

Benchmark financiële kengetallen

Onderstaande tabel geeft de waarden weer voor enkele veelgebruikte financiële kengetallen. Een overzicht van de achtergrond en berekening van de kengetallen is gegeven in bijlage 1. De tabel geeft tevens de relatieve scores weer ten opzichte van alle instellingen die aangeven GGZ-zorg te verlenen (z-scores). De relevante benchmarkgroep is bepaald op basis van grootte. Een positieve z-score wil zeggen dat de instelling op het bijbehorende kengetal hoger scoort dan het gemiddelde, een negatieve score geeft een score onder het gemiddelde weer. De scores geven niet weer hoe goed er gepresteerd wordt, alleen in hoeverre de instelling boven of onder het gemiddelde scoort. De kleurenschaal gaat van donkerroze (<-3) naar donkergeel (>3). Een hogere score is niet per definitie beter, zoals toegelicht in bijlage 1.



Financiële kengetallen	2011		2012		2013	
	waarde	z-score	waarde	z score	waarde	z score
Omzetstijging						
Nettoresultaat						
Solvabiliteit						
Weerstandvermogen						
Kapitaalintensiteit						
Liquiditeit						
Rendement op activa						
Rendement op eigen vermogen						
Ebitda						
DSCR1						
DSCR2						
Gemiddeld budget per cliënt						
Gemiddeld aantal fte per cliënt						
Verzuim	1.0%	-0.6				
Gecorrigeerd gemiddeld loon						
Deel inhuur van personeelskosten						
Deeltijdratio						

Verdeling uitgaven

Onderstaande tabel en grafiek geven weer hoe de instelling de uitgaven verdeelt. Instellingen hebben de mogelijkheid om zelf een optimaal uitgavenpatroon te bepalen. Dit hangt ook deels af van de doelgroep. De z-scores geven weer in hoeverre de uitgaven afwijken van het gemiddelde. De kleurenschaal gaat van donkerroze (<-3) naar donkergeel (>3). Een hogere score is niet per definitie beter, zoals toegelicht in bijlage 1.



Uitgavenverdeling	2011		2012		2013	
	waarde	z-score	waarde	z score	waarde	z score
Loonkosten						
Premies						
Inhuur externen						
Voedingskosten						
Algemene kosten						
Cliëntgebonden kosten						
Onderhoud						
Afschrijvingen						
Dotaties						
Brutoresultaat						

Verdeling budget 2011

0% 0% 0%

- Loonkosten
- Premies
- Inhuur externen
- Voedingskosten
- Algemene kosten
- Cliëntgebonden kosten
- Onderhoud
- Afschrijvingen
- Dotaties
- Brutoresultaat

Kwaliteit

Als maatstaf voor kwaliteit wordt genomen hoe goed er wordt gescoord op de kwaliteitsindicatoren op concernniveau. Dit is niet hetzelfde als kwaliteit van zorg; deze is moeilijker te meten. Voor onderbouwing van de methode, zie bijlage 2. Ook hierbij geldt dat de gemiddelde kwaliteit op nul is gezet, dus bij een positieve score scoort de instelling bovengemiddeld op de kwaliteitsindicatoren. Naast de samenvattende kwaliteitsindicator wordt onderscheid gemaakt tussen de zorginhoudelijke uitkomstindicatoren (ZI-metingen), de metingen voor de forensische psychologie (FP-metingen) en de ervaren kwaliteitsindicatoren (CQ-metingen). Het is goed mogelijk dat het concern geen score heeft voor kwaliteit in een bepaald jaar (zie bijlage 2). De samenvattende kwaliteitsvariabele moet worden gezien als een ruwe maatstaf voor de kwaliteit. De 'daadwerkelijke' kwaliteit kan afwijken van de getoonde scores.



Kwaliteit samenvattende indicator	2011	2012	2013
	z-score	z-score	z-score
Samenvattende kwaliteitsindicator op basis van aantal indicatoren			
Samenvattende indicator CQ-meting op basis van aantal indicatoren			
Samenvattende indicator kernset-meting op basis van aantal indicatoren			
Samenvattende indicator FP-meting op basis van aantal indicatoren			

Kwaliteitsindicatoren

Onderstaande tabellen geven een uitsplitsing per indicator voor het meest recente jaar. In de tabellen worden ook de z-scores aangegeven. Lage indicatorscores hoeven ook bij de afzonderlijke indicatoren niet te betekenen dat de kwaliteit slecht is. De scores zijn bedoeld om meer inzicht te verschaffen, en dienen als basis voor een inhoudelijke discussie over de daadwerkelijk geleverde kwaliteit. Er kunnen geen conclusies worden getrokken enkel op basis van de indicatorscores.

Kwaliteit 2013, concern			
	waarde	gemiddelde	z-score
Adequate bejegening door de hulpverleners		93.53	
Adequate informatieverstrekking door de hulpverlener		78.46	
Bejegening		3.59	
Cliëntoordeel over de woon- en leefomstandigheden in een klinische setting of RIBW-instelling		79.73	
Cliëntperspectief/oordeel van de cliënt over verandering van ernst van de problematiek		74.29	
Continuïteit van zorg		3.10	
Drop-out - Aan een middel gebonden stoornissen		12.59	
Drop-out - Angststoornissen		10.44	
Drop-out - Delirium, dementie, amnestische en andere cognitieve stoornissen		6.59	
Drop-out - Overige, te specificeren		7.26	
Drop-out - Persoonlijkheidsstoornissen		9.99	
Drop-out - Schizofrenie en andere psychotische stoornissen		5.76	
Drop-out - Stemmingsstoornissen		8.86	
Drop-out - Stoornissen in de kindertijd		5.62	
Evaluatie behandelplan		1.68	
Gevoel van veiligheid tijdens behandeling of verblijf		3.23	
Informatie over bijwerkingen		1.61	
Informatieverstrekking		2.51	
Informed consent 1		1.95	
Informed consent 2		89.91	
Keuzevrijheid 1		2.27	
Keuzevrijheid 2		86.59	
Verandering in klachten en functioneren		3.82	
Vervulling zorgwensen		2.01	
Vervulling zorgwensen: het ervaren verloop van het behandel-/begeleidingsproces		84.64	
Woon- en leefomstandigheden		2.57	

Kwaliteit 2013, concern			
	waarde	gemiddelde	z-score
Systematische meting dagelijks functioneren van cliënten - Kinderen en jeugd		26.78	
Systematische meting dagelijks functioneren van cliënten - Ouderen Gerontopsychiatrie		38.34	
Systematische meting dagelijks functioneren van cliënten - Verslaving care		26.03	
Systematische meting dagelijks functioneren van cliënten - Verslaving cure		25.69	
Systematische meting dagelijks functioneren van cliënten - Volwassenen kort		25.04	
Systematische meting dagelijks functioneren van cliënten - Volwassenen lang		32.15	
Systematische meting ervaren kwaliteit van leven - Kinderen en jeugd		28.38	
Systematische meting ervaren kwaliteit van leven - Verslaving care		6.45	
Systematische meting ervaren kwaliteit van leven - Verslaving cure		18.03	
Systematische meting ervaren kwaliteit van leven - Volwassenen kort		24.03	
Systematische meting ervaren kwaliteit van leven - Volwassenen lang		29.02	
Systematische meting verandering ernst problematiek - Ouderen Gerontopsychiatrie		29.42	
Systematische meting verandering ernst problematiek - Verslaving care		37.75	
Systematische meting verandering ernst problematiek - Verslaving cure		36.74	
Systematische meting verandering ernst problematiek - Volwassenen kort		37.57	
Systematische meting verandering ernst problematiek - Volwassenen lang		38.94	
Verandering ernst problematiek (gemiddelde delta-t score) - Kinderen en jeugd		5.35	
Verandering ernst problematiek (gemiddelde delta-t score) - Kinderen en jeugd		3.06	
Verandering ernst problematiek (gemiddelde delta-t score) - Ouderen Gerontopsychiatrie		3.25	
Verandering ernst problematiek (gemiddelde delta-t score) - Verslaving care		4.20	
Verandering ernst problematiek (gemiddelde delta-t score) - Verslaving care		3.71	
Verandering ernst problematiek (gemiddelde delta-t score) - Verslaving cure		2.64	
Verandering ernst problematiek (gemiddelde delta-t score) - Verslaving cure		9.41	
Verandering ernst problematiek (gemiddelde delta-t score) - Volwassenen kort		3.83	
Verandering ernst problematiek (gemiddelde delta-t score) - Volwassenen kort		8.13	
Verandering ernst problematiek (gemiddelde delta-t score) - Volwassenen lang		1.00	

Kwaliteit 2013, concern			
	waarde	gemiddelde	z-score
Verandering ervaren kwaliteit van leven (delta-t score) - Kinderen en jeugd		4.23	
Verandering ervaren kwaliteit van leven (delta-t score) - Kinderen en jeugd		5.07	
Verandering ervaren kwaliteit van leven (delta-t score) - Verslaving care		5.11	
Verandering ervaren kwaliteit van leven (delta-t score) - Verslaving cure		2.03	
Verandering ervaren kwaliteit van leven (delta-t score) - Volwassenen kort		7.52	
Verandering ervaren kwaliteit van leven (delta-t score) - Volwassenen kort		2.50	
Verandering ervaren kwaliteit van leven (delta-t score) - Volwassenen lang		0.79	
Verandering ervaren kwaliteit van leven (delta-t score) - Volwassenen lang		1.22	
Verandering in het dagelijks functioneren van cliënten - Kinderen en jeugd		3.61	
Verandering in het dagelijks functioneren van cliënten - Kinderen en jeugd		5.74	
Verandering in het dagelijks functioneren van cliënten - Ouderen Gerontopsychiatrie		3.62	
Verandering in het dagelijks functioneren van cliënten - Ouderen Gerontopsychiatrie		3.70	
Verandering in het dagelijks functioneren van cliënten - Verslaving care		-1.36	
Verandering in het dagelijks functioneren van cliënten - Verslaving care		3.46	
Verandering in het dagelijks functioneren van cliënten - Verslaving cure		3.80	
Verandering in het dagelijks functioneren van cliënten - Volwassenen kort		7.52	
Verandering in het dagelijks functioneren van cliënten - Volwassenen kort		2.62	
Verandering in het dagelijks functioneren van cliënten - Volwassenen lang		-0.27	
Verandering in het dagelijks functioneren van cliënten - Volwassenen lang		1.35	

Kwaliteit 2013, concern			
	waarde	gemiddelde	z-score
Afname delict risico		33.69	
Drop-out		14.31	
Het op systematische wijze meten van de verandering van de ernst van de problematiek bij cliënten		70.43	
Het op systematische wijze meten van de verandering van het delict risico bij cliënten		47.92	

Bijlage 1 Beschrijving financiële kengetallen

- Omzetstijging geeft weer hoezeer de omzet is gegroeid ten opzichte van het voorgaande jaar. De omzetstijging wordt gemeten door het totale budget van jaar t min het totale budget in jaar t-1 te delen door het totale budget in jaar t. Dit percentage geldt voor alle activiteiten van het concern.
- Het netto bedrijfsresultaat geeft weer welk percentage van de inkomsten niet wordt besteed aan uitgaven. Het is een soort 'winst' voor de instelling, wat in een later jaar uitgegeven kan worden. Het bedrijfsresultaat versterkt het eigen vermogen van de instelling. Het nettoresultaat is het resultaat na dotaties, afschrijvingen, financieel saldo en belastingen.
- De solvabiliteit is het aandeel eigen vermogen in het totale vermogen van de instelling. Een gezonde instelling houdt een solvabiliteit van minstens 10-20% aan om eventuele negatieve schokken te kunnen opvangen.
- Het weerstandvermogen geeft aan hoeveel verlies een instelling kan opvangen met het eigen vermogen. Ook hierbij wordt meestal uitgegaan van een weerstandvermogen van ongeveer 15%.
- De kapitaalintensiteit geeft weer hoeveel vermogen er nodig is om een euro omzet te genereren. Gemiddeld heeft de sector een ratio van ongeveer 0,8 tot 0,9. Dit betekent dat voor elke euro omzet ongeveer 80 cent aan kapitaalgoederen nodig is.
- De liquiditeit meet of de instelling genoeg vrij besteedbaar vermogen heeft om aan de kortetermijnverplichtingen te kunnen voldoen. Een te hoge liquiditeit kan betekenen dat 'geld onbenut op een bankrekening' staat. Er wordt geadviseerd om een liquiditeit van ongeveer 100% tot 200% aan te houden.
- Het rendement op activa wordt berekend door de brutomarge te delen door de totale activa. Het is een maatstaf voor de efficiëntie van de instelling.
- Het rendement op eigen vermogen wordt berekend door het nettoresultaat te delen door het eigen vermogen. Dit is een ruwe indicatie in hoeverre het eigen vermogen rendabel is geïnvesteerd.
- De EBITDA geeft weer wat de inkomsten zijn voordat wordt afgeschreven op materiële en immateriële activa, rente en belastingen. De EBITDA is sterk afhankelijk van de beslissing of een instelling de gebouwen huurt of in eigen bezit neemt. Omdat huurkosten onder reguliere uitgaven vallen, en afschrijvingen op vastgoed in eigen bezit niet, heeft een instelling die de gebouwen huurt een lagere EBITDA. Verder zijn de afschrijvingen op activa buiten het vastgoed zeer klein en dragen zorginstellingen normaliter geen belastingen af.
- De Debt Service Coverage Ratio (DSCR) kan op twee manieren gemeten worden: in de enge zin (DSCR1) en in de ruime zin (DSCR2). De DSCR1 wordt als volgt berekend: (bedrijfsinkomsten + rente-inkomsten)/rente-uitgaven. De DSCR2 wordt als volgt berekend: EBITDA/rente-uitgaven. De DSCR meet in hoeverre de inkomsten voldoende zijn om aan de financiële verplichtingen te voldoen. Bij een DSCR kleiner dan 1 kan de instelling niet aan de financiële verplichtingen voldoen, en bij een DSCR groter dan 1 heeft de instelling nog mogelijkheden om nieuwe leningen aan te gaan (in theorie). De DSCR kent een grote spreiding en kan van jaar tot jaar sterk verschillen.
- Het budget per cliënt geeft weer hoeveel inkomsten per cliënt beschikbaar zijn. Dit geeft de mogelijkheden weer om zorg te verlenen, en hangt sterk samen met de cliëntsamenstelling en de gemiddelde zorgzwaarte in de instelling.
- Het gemiddeld aantal fte per cliënt is afhankelijk van de mix tussen intramurale en extramurale cliënten. Aangezien extramurale cliënten vaak minder contacturen hebben, is het aantal fte per cliënt bij extramurale instellingen meestal lager dan bij intramurale instellingen.

- Een hoog verzuim gaat mogelijk gepaard met een lagere kwaliteit. Het gemiddelde verzuim ligt rond de 5% in deze sector.
- Het gemiddeld loon wordt berekend door het aantal fte te delen door de loonsom. Het gemiddeld loon wordt gecorrigeerd voor eventuele andere activiteiten van het concern, zodat het gecorrigeerde gemiddeld loon beter overeenkomt met de GGZ-werkzaamheden.
- Het deel inhuur van personeelskosten geeft aan welk percentage van de loonkosten wordt besteed aan personeel niet in loondienst (PNIL). Ingehuurd personeel is over het algemeen duurder dan personeel in loondienst omdat vaak BTW moet worden afgedragen.
- De deeltijdratio is het aantal fte gedeeld door het aantal werknemers. De deeltijdratio is de fractie van een voltijd baan die gemiddeld wordt gewerkt. Bij een deeltijdratio van 0,6 werkt de gemiddelde medewerker in loondienst drie dagen.
- De uitgaven worden verdeeld over een aantal uitgavencategorieën op basis van het jaarverslag. Gemiddeld geeft een instelling ongeveer 50% uit aan loonkosten, 15% aan premies en overige kosten, 15% aan hotelmatige kosten (cliëntgebonden kosten, voedingskosten, algemene kosten), 15% aan huisvestingskosten (afschrijvingen, huur, energiekosten en onderhoud) en 5% aan brutoresultaat en overig.
- Uit het brutoresultaat moeten nog de rente op de leningen worden betaald. Ontvangen rente of bijzondere inkomsten zijn geen deel van de gewone bedrijfsvoering. Hierdoor kan het brutoresultaat van het netto bedrijfsresultaat afwijken.

Bijlage 2: Beschrijving en onderbouwing aggregatiemethode kwaliteit

De kwaliteit wordt gemeten door middel van een aantal indicatoren, welke per jaar wisselen. In 2011 werden 93 indicatoren gemeten, in 2012 waren dat er 68, en in 2013 waren dit er 74. De indicatoren zijn te verdelen in drie groepen: kernindicatoren, CQ-metingen en FP-metingen. Doordat de gemeten indicatorensets verschillen per jaar, kunnen de afzonderlijke indicatoren niet direct met elkaar worden vergeleken. De betrouwbaarheid van de variabele hangt af van het aantal respondenten. Voor de benchmarkscore wordt gebruik gemaakt van een gemiddelde per concern. Er kan ook binnen een concern veel verschil zitten in de waarde van de kwaliteitsindicatoren. Dit wordt voor de benchmark niet meegenomen¹. Er zit tussen instellingen variatie in de waarde van de indicatoren: sommige instellingen scoren hoger dan andere instellingen. De vraag welke waarde 'goede' kwaliteit is, en welke waarde 'slechte' kwaliteit, is een normatieve vraag. Het is lastig om de grenzen te bepalen waartussen instellingen moeten scoren op de indicatoren. De methode die hier is toegepast, meet de mate waarin instellingen beter scoren of slechter scoren dan het gemiddelde. Een instelling die gemiddeld scoort heeft een waarde van 0. Een instelling die bovengemiddeld scoort heeft een positieve waarde, en een instelling die benedengemiddeld scoort een negatieve. De hoogte van de score hangt af van hoeveel beter de instelling scoort ten opzichte van de populatie GGZ-instellingen. De waarden worden getransformeerd van een kwaliteitsscore naar een benchmarkscore. De benchmarkscore zegt dus niets over de hoogte van de kwaliteit van de instelling, maar over de positie van het concern ten opzichte van de andere concerns. Een concern met een lage benchmarkscore levert dus niet noodzakelijk slechte kwaliteit, maar scoort ten opzichte van de andere concerns minder goed. Misschien is de kwaliteit prima, maar leveren de andere concerns allemaal uitstekende kwaliteit. Hierbij moet tevens rekening gehouden worden met de beperkte capaciteit van de indicatoren om de kwaliteit goed te meten. Er zit veel ruis in de indicatoren, waardoor puur op basis van kans een slechte of goede score mogelijk is. De benchmarkscores moeten dus worden gezien als indicatie, en kunnen niet gebruikt worden om concerns te rangschikken op basis van kwaliteit.

De benchmarkscore is de z-score (standaardnormale score) en wordt als volgt berekend:

$$Z - waarde_i = \frac{x_i - \bar{x}_i}{\sigma_i}$$

Waarbij subscript i staat voor de kwaliteitsvariabele per concern, x_i is de waarde van de indicator i, \bar{x}_i is de gemiddelde waarde van de indicator i en σ is de standaardafwijking. Deze formule geeft voor elke variabele een waarde met gemiddelde 0 en een standaardafwijking van 1 (z-waarde). De resulterende benchmarkscores hebben dezelfde schaal, en hiervan kan een gemiddelde worden genomen. De gemiddelde benchmarkscore geeft dus de gemiddelde kwaliteitsscore ten opzichte van de andere concerns.

De methode heeft als voordeel dat vergelijkbare getallen worden opgeteld. De kwaliteitsindicatoren meten vaak verschillende dingen, die moeilijk op te tellen zijn. De z-scores geven alleen de relatieve afwijking ten opzichte van de andere scores, en meten dus niet hoe goed een instelling scoort op een punt, maar hoe zeer de instelling afwijkt van de gemiddelde score. Wel moet benadrukt worden dat een waardeoordeel over het relatieve belang van de

¹ Een concern met 2 instellingen die beide gemiddeld scoren wordt hetzelfde behandeld als een concern met 2 instellingen waarvan één zeer goed en één zeer slecht scoort. Voor de benchmark worden beide instellingen gezien als gemiddeld. Binnen een concern valt een goede score van een organisatorische eenheid op een indicator dus weg tegen een slechte score van een andere organisatorische eenheid op dezelfde indicator.

variabelen onvermijdelijk blijft. Deze benchmarkmethode kiest er expliciet voor elke kwaliteitsvariabele even zwaar te waarderen. Het kan voorkomen dat een instelling goed scoort op een kwaliteitspunt, en slecht op een ander. Bij het optellen van de z-scores vallen deze punten voor deze instelling tegen elkaar weg. Op zich is dit geen probleem, omdat beredeneerd kan worden dat een goede score en een slechte score een gemiddelde kwaliteit opleveren voor de cliënt. Naast één totale kwaliteitsvariabele worden drie variabelen berekend uit een subset van de indicatoren. De ervaren uitkomstindicatoren kunnen worden geclusterd. Dit resulteert in een waarde voor de CQ-meting. De kwaliteitsvariabelen voor forensische psychologie (FP) worden geclusterd tot een waarde voor FP-meting. De kernset-indicatoren worden geclusterd tot een waarde voor de kernset-meting. Voor vragen over methodiek is het volgende e-mailadres beschikbaar: niek.stadhouders@radboudumc.nl. Het benchmarkrapport is met alle zorgvuldigheid gemaakt. Toch kan het gebeuren dat ergens een foutief getal of percentage wordt vernoemd. Wij verzoeken u contact op te nemen indien u een foutief getal tegenkomt.

Disclaimer

Dit rapport is samengesteld door Celsus, academie voor betaalbare zorg, onderdeel van het Radboudumc, in opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en is bedoeld voor publicatie op de website www.zorgopdekaart.nl. Het rapport is automatisch gegenereerd geheel op basis van openbare gegevens. Er kunnen geen rechten aan het rapport worden verleend. Celsus is niet verantwoordelijk voor de interpretatie van het rapport, of voor enige gevolgen voor betrokken partijen. Het rapport is samengesteld met data uit 2011 tot 2013 en kan verouderde informatie bevatten. Kengetallen laten maar een deel van het verhaal zien, en dienen gecombineerd en geïnterpreteerd te worden met aanvullende informatie van de instelling. Het is niet mogelijk om alleen op basis van getallen conclusies te trekken. De getallen kunnen wel als basis dienen om het gesprek met de instelling aan te gaan. Voor meer informatie: zie website www.zorgopdekaart.nl.