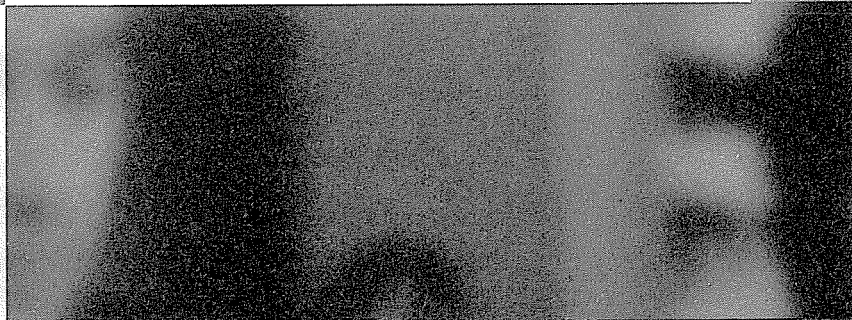
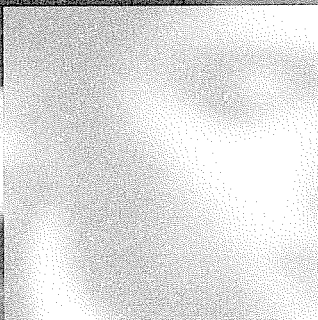




Benchmarking in de AWBZ

**Interdepartementaal
beleidsonderzoek
Benchmarking in de AWBZ**



BENCHMARKING IN DE AWBZ

***INTERDEPARTEMENTAAL BELEIDSONDERZOEK
BENCHMARKING IN DE AWBZ***

INHOUDSOPGAVE

HOOFDSTUK 1 INLEIDING

- 1.1 IBO-onderzoek "Benchmarking in de AWBZ"
- 1.2 Werkwijze van de werkgroep
- 1.3 De opzet van de rapportage

HOOFDSTUK 2 BENCHMARKING IN PERSPECTIEF

- 2.1 Inleiding
- 2.2 Definitie van benchmarking
- 2.3 Doelstellingen en vormen van benchmarking
- 2.4 Succes- en faalfactoren bij benchmarking
- 2.5 Benchmarking op macro- en bedrijfstakniveau

HOOFDSTUK 3 BENCHMARKING IN DE AWBZ

- 3.1 Inleiding
- 3.2 Benchmarking als instrument
- 3.3 Toepassing van benchmarking binnen de AWBZ
- 3.4 Relatie benchmarking en bekostiging
- 3.5 Versterking rol zorgkantoor

HOOFDSTUK 4 WERKWIJZE EN BENCHMARKMODELLEN

- 4.1 Inleiding
- 4.2 Projectstructuur
- 4.3 Onderzoeksmethode en referentiemodel
- 4.4 Modelontwikkeling in de vier sectoren
- 4.5 Analyse van de modellen in de vier sectoren

HOOFDSTUK 5 EEN EERSTE START MET BENCHMARKING

- 5.1 Inleiding
- 5.2 De bestaande infrastructuur
- 5.3 Bedrijfsvergelijkingen aanvullen met achtergrondkenmerken
- 5.4 Bedrijfsvergelijking per sector: een eerste start

HOOFDSTUK 6 CONCLUSIES

- 6.1 Inleiding
- 6.2 Algemene conclusies
- 6.3 Randvoorwaarden
- 6.4 Het invoeringstraject

BIJLAGEN

HOOFDSTUK 1: INLEIDING

1.1 IBO-onderzoek "Benchmarking in de AWBZ"

In september 1997 is in het kader van de Interdepartementale Beleidsonderzoeken (IBO) gestart met het onderzoek "Benchmarking in de AWBZ". Doelstelling van het onderzoek was het ontwikkelen van een methodiek op basis van kengetallen waarmee prestaties van vergelijkbare instellingen in de AWBZ-sectoren op het punt van bedrijfsvoering en zorgverlening gemeten en vergeleken kunnen worden (benchmarking).

Tevens diende de werkgroep te onderzoeken hoe een incentivestructuur c.q. de binnen de AWBZ werkzame instellingen de prikkel zou kunnen geven om het benchmarkinginstrument ook daadwerkelijk in te zetten voor het optimaliseren van hun kosten/prestatie verhouding.¹

Bij opzet en uitvoering van het onderzoek is veel nadruk gelegd op de praktische toepasbaarheid van de onderzoeksresultaten. Om die reden is een nauwe samenwerking tot stand gebracht tussen de verschillende sectoren binnen de AWBZ, onderzoeksbureaus en begeleidende ambtelijke werkgroepen. Daarbij is de bestuurlijke en technische complexiteit van het onderwerp in volle omvang zichtbaar geworden, waardoor het tijdsbeslag groter bleek te zijn dan oorspronkelijk voorzien.

1.2 Werkwijze van de werkgroep

Een eerste vereiste voor een stelsel van benchmarking is het bestaan van geschikte kengetallen. In eerste instantie is door de werkgroep dan ook een inventarisatie gemaakt van alle onderzoeksresultaten en lopend onderzoek dat gericht is op het beschrijven van producten en kengetallen per sector. De stand van zaken op dit terrein bleek onvoldoende aangrijpingspunten te bieden om op korte termijn een systeem van benchmarking te implementeren welke aan de eisen zoals gesteld door de werkgroep zou kunnen voldoen.

Daarop is door de werkgroep een drietal bureaus ingeschakeld om voor de vier onderscheiden AWBZ-sectoren² onderzoek te doen naar geschikte stelsels van kengetallen. Door deze bureaus zijn op basis van een referentiemodel verschillende benchmarkmodellen ontwikkeld, die als ideaaltypisch kunnen worden beschouwd.

Voor de toepassing van deze modellen dient aan een aantal randvoorwaarden te zijn voldaan. Deze hebben onder meer betrekking op: 1) de beschikbaarheid van eenduidige productdefinities; 2) de inrichting van instellingsadministraties op registratie van productie en kengetallen; 3) de mogelijkheden om verschillen in zorgzwaarte tussen (categorieën van) cliënten vast te stellen (indicatiestelling) en 4) een adequaat informatiestelsel.

Al deze randvoorwaarden zijn binnen de AWBZ-sectoren weliswaar in ontwikkeling, maar

¹ Zie bijlage X voor de volledige onderzoeksopdracht

² De werkgroep heeft voor de opzet van het onderzoek in de AWBZ de volgende sectoren onderscheiden: thuiszorg, verpleeg- en verzorgingshuizen, gehandicaptenzorg en geestelijke gezondheidszorg

nog niet vervuld. Als gevolg daarvan kunnen de door de bureaus ontwikkelde modellen niet op korte termijn binnen de sectoren worden geoperationaliseerd. Daarbij komt dat de onderzoeksresultaten voor de sectoren verpleging en verzorging nog niet beschikbaar zijn. Als beschrijving van een ideaaltypische streefsituatie kunnen de modellen wel belangrijk bijdragen aan de verdere ontwikkelingen op het gebied van benchmarking.

Het tweede deel van de opdracht had betrekking op het ontwikkelen van een incentive-structuur die de AWBZ-instellingen de juiste prikkel zou geven tot het optimaliseren van de bedrijfsvoering. De werkgroep heeft bij het uitwerken van deze opdracht vastgesteld dat het besturingsmodel waarbinnen deze incentivestructuur haar plaats dient te krijgen, nog niet is uitgekristalliseerd.

De werkgroep heeft vervolgens onderzocht of en hoe enerzijds deze ontwikkelingen kunnen worden ondersteund (gericht op de langere termijn invoering van benchmarking), en anderzijds met de bestaande gegevens reeds een zinvolle start met benchmarking kan worden gemaakt (op de korte termijn).

De conclusies en aanbevelingen daaromtrent zijn beschreven in de hoofdstukken 5 en 6.

1.3 De opzet van de rapportage

Het rapport is als volgt opgebouwd.

- Hoofdstuk 2 geeft een nadere beschrijving van het instrument benchmarking, de toepassingsmogelijkheden en het gebruik ervan binnen het bedrijfsleven.
- Hoofdstuk 3 gaat in op de mogelijke toepassing van benchmarking in de AWBZ. Transparantie en legitimatie zijn hierbij kernbegrippen, die het belang van benchmarking onderstrepen.
- In hoofdstuk 4 wordt een beschrijving gegeven van de projectstructuur en van de opzet van het onderzoek. Daarin is aangegeven dat ten behoeve van de modelontwikkeling per onderscheiden AWBZ-sector subwerkgroepen zijn ingesteld. Tevens wordt verslag gedaan van de ontwikkeling van de modellen in de vier verschillende sectoren. Naast een beschrijving van de modellen per sector worden - voorlopige - conclusies getrokken over de toepasbaarheid op korte termijn.
- In hoofdstuk 5 wordt de eerste stap in de implementatie van benchmarking in de AWBZ beschreven waarmee op korte termijn kan worden gestart.
- Hoofdstuk 6 geeft aan uit welke stappen in de visie van de werkgroep een vervolgtraject zou dienen te bestaan. Tevens worden in dit hoofdstuk de conclusies en aanbevelingen van de werkgroep verwoord.

HOOFDSTUK 2: BENCHMARKING IN PERSPECTIEF

2.1 Inleiding

De term benchmarking is afkomstig uit de landmeetkunde, waar metingen worden verricht ten opzichte van een bepaald referentiepunt, de zogenaamde benchmark. Als verschijnsel in het bedrijfsleven bestaat het nog niet zo lang. In de jaren dat Rank Xerox zich - als eerste - met de ontwikkeling en implementatie van benchmarking in het bedrijfsleven bezighield, werd ook het boek "In search of excellence" van Peters en Waterman populair. Het in dat boek vervatte "best-in-class" denken, het streven om de beste te zijn, is ook het fundament onder de benchmarking-techniek. Japanners gebruiken de term "dantotsu": streven naar het beste van het beste. Daarbij wordt ervan uitgegaan dat verbeteren uiteindelijk een kwestie van mentaliteit is.

Benchmarking als fenomeen kan zich de laatste tijd verheugen in een toenemende belangstelling. In essentie is benchmarking een methode om een activiteit, functie of proces van een onderneming te vergelijken met de "best practices" van andere bedrijven en/of organisaties, opdat vervolgens op basis hiervan de eigen activiteit in belangrijke mate kan worden verbeterd. Benchmarking wordt in Nederland nog niet op uitgebreide schaal toegepast. Er is dus nog weinig concreet ervaringsmateriaal aanwezig.

2.2 Definitie van benchmarking

De term benchmarking wordt in toenemende mate voor vrijwel elke vorm van bedrijfsvergelijking of prestatiemeting gebruikt. Teneinde begripsverwarring te voorkomen, is binnen het kader van het onderzoek gewerkt met een algemeen geaccepteerde definitie van Waalewijn en Kamp³.

"Benchmarking is de techniek waarbij systematisch en grondig de prestaties en achterliggende operationele en managementvaardigheden van organisaties met een toonaangevende prestatie op een bepaald gebied onderzocht worden. Deze techniek heeft als doel de eigen prestaties en werkmethoden te spiegelen aan de beste en nieuwe ideeën en inzichten te vertalen naar de eigen organisatie om te komen tot een verbetering van de prestatie".

In deze definitie speelt nadrukkelijk een rol dat behalve meten en vergelijken ook de prestatieverbetering onderdeel uitmaakt van de doelstelling van benchmarking.

³ Ph. Waalewijn en B.W.C.M. Kamp, Strategische benchmarking - Wie durft de vergelijking aan?, Erasmus Universiteit Rotterdam, RIBES, rapport 9404/M, januari 1994.

2.3 Doelstellingen en vormen van benchmarking

Voorafgaand aan het starten van een benchmarkingproject dient het doel ervan duidelijk te worden geëxpliciteerd. Het benchmarking-instrument kan in beginsel verschillende mogelijke doelen ondersteunen:

- Verschaffen van een objectief beeld van de concurrentiepositie.
- Vaststellen van interne doelen op basis van klantwensen en best in class prestaties.
- Doorbreken van interne focus en bedrijfsblindheid door confrontatie met reële prestaties van buiten de organisatie.
- Verbeteren van interne processen door invoering van optimale werkmethoden.
- Bijdragen aan strategievorming en -implementatie.

Naast het formuleren van het doel van de benchmarking is een aantal andere aspecten van betekenis. Zo is van belang op welk organisatieniveau (afdeling, divisie, gehele organisatie) de benchmarking aangrijpt, en waar de "best in class" (referentie-organisatie, zie hieronder) wordt gezocht.

In de loop van de tijd heeft zich in de benchmarkingmethodiek een ontwikkeling afgetekend van het analyseren van producten van de concurrenten (concurrentie-analyse), via het zoeken naar de "best in class" van een bepaald proces, naar "strategic benchmarking", waarbij organisaties zich in al hun geledingen vergelijken met een toonaangevend bedrijf teneinde radicale veranderingen in bedrijfsprocessen te realiseren⁴.

Andere in zwang zijnde termen zijn o.a. driehoeksbenchmarking (oordeel van de klant over de concurrentie), operationele benchmarking (gericht op één specifiek proces) en business management benchmarking (ook wel tactische benchmarking, gericht op de secundaire processen).

Deze ontwikkelingen komen overigens in de tijd gezien naast elkaar voor, aangezien zij een verschillende focus en scope hebben.

De in de marktsector met deze technieken behaalde resultaten laten zien dat het spiegelen van de eigen organisatie en haar processen aan een "best practice" organisatie kan leiden tot concrete verbeteringen op het vlak van kwaliteit en doelmatigheid.

2.4 Succes- en faalfactoren bij benchmarking

Om met benchmarking ook daadwerkelijk resultaten te bereiken dient met een aantal factoren rekening te worden gehouden.

algemene factoren

Voor een succesvolle invoering van benchmarking dienen in ieder geval de volgende voorwaarden aanwezig te zijn:

⁴ Zie ook G.H. Watson, Strategic Benchmarking: How to rate your company's performance against the world's best, Wiley, 1993.

- Commitment: betrokkenheid van het topmanagement is essentieel.
- Benchmarking pioniers: het management motiveert en beloont de benchmarking pioniers in de organisatie.
- Aandacht voor opleidings- en trainingssessies: medewerkers worden goed geïnformeerd over doel, resultaat, verwachtingen en tijdsinspanning.
- Communicatieplan: gebruikswaarde van benchmarking en positieve ervaringen bij andere bedrijven worden planmatig gecommuniceerd.

keuze referentie-organisatie

Behalve deze algemene voorwaarden is de keuze van de referentie-organisatie van cruciaal belang. De referentie-organisatie wordt geselecteerd vanwege best-in-class-prestaties, dat wil zeggen een onderneming die uitblinkt in het te vergelijken proces. Er dient bepaald te worden waar de "best in class" (referentie-organisatie) wordt gezocht. Wordt voor het benchmarken van een interne afdeling gekozen, dan kunnen wellicht andere afdelingen binnen dezelfde organisatie model staan. Bij een volledige bedrijfsvergelijking kunnen collega's c.q. concurrenten uit de eigen sector als benchmark worden gekozen. Bij vergelijking van een specifiek onderdeel komen ook bedrijven buiten de sector in aanmerking. De "best in class" verschilt daarbij per onderwerp van benchmarking, want geen enkele organisatie is het beste in alle onderdelen van de bedrijfsvoering. De beschikbaarheid van betrouwbare informatie en (waar van toepassing) de bereidheid om die uit te wisselen spelen uiteraard ook een belangrijke rol.

belemmerende factoren

Een benchmarkingproject kan niet van de ene op de andere dag worden gestart. Veelal zal het een ontwikkelingsproces zijn, waarbij stapsgewijs en langs iteratieve weg de mogelijkheden tot vergelijken en meten worden verbeterd. Meting en vergelijking veronderstellen immers dat er eenduidigheid bestaat over begripsdefinities, dat de organisatie en werkwijze van de onderzoeksobjecten een zinvolle vergelijking mogelijk maken, en dat vergelijkbare grootheden worden geregistreerd.

Als een belangrijke faalfactor bij het invoeren van benchmarking kan dan ook worden genoemd de beperkte beschikbaarheid van zinvolle en betrouwbare informatie en de sterke externe afhankelijkheid daarbij.

Daarnaast kan de noodzakelijke investering in tijd, geld en personeel belemmerend werken op de invoering van benchmarking.

2.5 Benchmarking op macro- en bedrijfstakniveau

Het benchmarkinstrument wordt niet alleen in bedrijven, maar ook op het macro-niveau en het bedrijfstakniveau toegepast. Sinds het begin van de jaren negentig hebben dergelijke toepassingen aan populariteit gewonnen.

Een voorbeeld van toepassing van het benchmarkinstrument op macro-niveau is de Concurrentietoets. Het kabinet heeft in 1995 een "toets op het concurrentievermogen" uitgebracht. Een dergelijke toets was destijds vrijwel nieuw in zijn soort. Deze studie behelsde

een vergelijking tussen Nederland en vijf andere landen op terreinen die van belang zijn voor het concurrentievermogen (zoals fiscaliteit, kennis, innovatie, marktwerking). Doel van het onderzoek was het in kaart brengen van "best practices" in andere landen, en het wegnemen van achterstanden in eigen land. Ook in andere landen (Verenigd Koninkrijk, Denemarken, Ierland, Finland) en door de OESO en EU zijn dergelijke studies gemaakt. In 1997 heeft het kabinet een actualisatie van de concurrentietoets uit 1995 uitgebracht.

Op sectoraal niveau is de bedrijfstaktoets een voorbeeld. Deze vormt een aanvulling, concretisering en verdieping op de concurrentietoets. De concurrentiekracht van een land wordt immers bepaald door de kwaliteit van de macro-economische randvoorwaarden én door de wijze waarop het bedrijfsleven binnen deze randvoorwaarden functioneert. Het kabinet heeft twee toetsen op bedrijfstakniveau uitgebracht. In de meest recente zijn de audiovisuele sector, de papier- en golfkartonindustrie, de oplegger-, aanhanger- en carosseriebouwindustrie en de zoetwarenindustrie onderzocht. Het bedrijfsleven heeft naar aanleiding van deze toetsen concrete acties ondernomen.

3.1 Inleiding

In het vorige hoofdstuk is aangegeven hoe benchmarking in het bedrijfsleven kan functioneren. De tucht van de markt is in het bedrijfsleven een belangrijke drijfveer om tot benchmarking over te gaan. Hoewel deze marktdruk strikt genomen niet geldt voor de met collectieve middelen gefinancierde AWBZ-instellingen, zijn ook daar sterke impulsen aanwezig om de doelmatigheid en prestaties te verbeteren.

Vanuit de samenleving wordt - onder andere door demografische ontwikkelingen (vergrijzing) - in toenemende mate een beroep gedaan op de gezondheidszorg. In combinatie met het blijvende belang van een adequate kostenbeheersing wordt het voor instellingen een steeds grotere opgave om met de ter beschikking staande middelen de gevraagde zorg in volume en kwaliteit te blijven leveren. De instellingen in de gezondheidszorg staan in dat opzicht onder een druk die vergelijkbaar of wellicht zelfs zwaarder is dan de druk van de markt. Om in deze situatie enerzijds de AWBZ-gefinancierde zorg ook in de toekomst betaalbaar te houden en anderzijds de randvoorwaarden te waarborgen voor gezonde instellingen, verdienen bevordering van de doelmatigheid en kwaliteit continue aandacht. Benchmarking kan daarbij een zinvolle aanvulling zijn op het bestaande instrumentarium.

het huidige stelsel van aanbodsturing en inputfinanciering kent beperkingen

De AWBZ kent van oudsher een systeem van aanbodsturing, waarmee wordt beoogd de samenleving te verzekeren van voldoende capaciteit en tegelijkertijd de kosten te beheersen. In de uitvoeringspraktijk van de AWBZ is deze aanbodsturing een krachtig instrument gebleken. De planning van capaciteiten (WZV), de financiering van erkende instellingen (AWBZ) en de bekostiging (WTG) zijn erop gebaseerd.

Het met aanbodsturing samenhangende stelsel van instellingsbudgettering is een systeem van inputfinanciering met als belangrijkste parameters kapitaallasten, capaciteitsgebonden elementen en productiegebonden elementen. Het voor de instellingen beschikbare budget staat op basis van deze parameters vast. De meeste kostenvergoedingen zijn genormeerd. Middelen die door doelmatig werken worden bespaard ten opzichte van het beschikbare budget mogen voor eigen gebruik worden aangewend. Dit biedt een stimulans om met de beschikbare middelen zuinig om te springen.

Het regime van aanbodgestuurde zorg in combinatie met inputfinanciering kent naast voordelen ook beperkingen. Zo is het inzicht in de door instellingen daadwerkelijk geleverde prestaties en bedrijfsprocessen onvoldoende. Met name betreft dit de door instellingen gerealiseerde productie in verhouding tot de daartoe ingezette middelen. Bij de ontwikkeling naar een globaal bepaald instellingsbudget - met bestedingsvrijheid voor het instellingsmanagement - is het zicht op wat er voor het budget wordt "geproduceerd" afgenomen.

Instellingen zullen zich bij de interne registratie van gegevens vooral richten op datgene wat uit een oogpunt van externe bekostiging relevant is. In het algemeen zijn dat verpleegdagen. Deze registratie biedt op zichzelf onvoldoende aanknopingspunten voor het gewenste inzicht in productie en ingezette middelen. In het huidige stelsel is het daardoor niet goed mogelijk om de prestaties van instellingen vast te stellen. Derhalve zijn voor de overheid en het zorgkantoor ook de mogelijkheden om instellingen aan te spreken op het verbeteren van doelmatigheid en kwaliteit beperkt.

Een daarmee verwant aspect is dat er in de meeste sectoren in de bekostiging geen relatie wordt gelegd tussen het instellingsbudget enerzijds en de verschillen in zorgzwaarte tussen verschillende patiënten anderzijds⁶. Voor zover bij intramurale instellingen het uniforme (ongeacht de zorgzwaarte) ligdagtarief een prikkel bevat om "ligdagen te produceren" met een relatief lichte zorgzwaarte, acht de werkgroep dit ongewenst. Zo is er sprake van outputbeperking die de doelmatigheid niet ten goede komt.

benchmarking: transparantie en legitimatie

Een moderne AWBZ veronderstelt een meer vraaggestuurde en op maat gesneden zorg. In een dergelijk systeem werkt de zorgvraag - uitgedrukt in producten - sturend op de middelen. De bekostiging van de instellingen is hierop mede afgestemd. Zorgaanbieders en zorgkantoren maken afspraken over de omvang en de kwaliteit van de te leveren productie, met als uitgangspunt een zo doelmatig mogelijke zorgverlening. Daarnaast dient er voldoende ruimte te zijn voor zorgvernieuwing en andere ontwikkelingen.

Eén en ander laat uiteraard onverlet de blijvende noodzaak tot macro-kostenbeheersing, waartoe in elk denkbaar systeem waarborgen dienen te zijn ingebouwd.

De in dit systeem besloten beslissingsvrijheid van instellingen veronderstelt een toetsbare opstelling (transparantie). Met deze toetsing wordt publiek verantwoording afgelegd over de besteding van collectieve middelen (legitimatie). Het onderling en periodiek vergelijken van prestaties van instellingen kan daarbij een belangrijke rol spelen. Een instrument daarvoor is benchmarking.

3.2 Benchmarking als instrument

Benchmarking is een proces waarbij de prestaties van organisaties systematisch worden vergeleken. Toegepast op de binnen de AWBZ functionerende instellingen kan daarbij een aantal categorieën prestaties worden onderscheiden. De werkgroep heeft daartoe de volgende categorieën benoemd:

- Efficiency van de bedrijfsvoering, dat wil zeggen de verhouding tussen de inzet van middelen en de gerealiseerde productie.

⁶ Uitzondering hierop vormen de psychiatrische ziekenhuizen, waar sinds kort een systematiek van bekostigingscategorieën gebaseerd op zorgzwaarte bestaat.

- Kwaliteit van de zorgverlening, dat wil zeggen het niveau van de geleverde zorg, gemeten in tevredenheid van cliënten en personeel⁶.
- Productievolume, dat wil zeggen de omvang en kwaliteit van de geleverde productie.
- Financiële prestaties, dat wil zeggen de financiële uitkomsten van de door instellingen geleverde prestaties.

Prestaties leggen een verbinding tussen aard en omvang van geleverde zorg enerzijds (output) en de kosten van de daartoe ingezette productiemiddelen anderzijds (input). De verhouding tussen input en output wordt daarbij in kengetallen neergelegd.

techniek van benchmarking

Benchmarking verloopt volgens een model. Dit model is in beginsel voor elke sector in de AWBZ toepasbaar, waarbij sectorspecifieke aanpassingen mogelijk zijn. Het voor de AWBZ binnen het kader van dit onderzoek ontwikkelde benchmarkmodel richt zich op het leggen van relaties tussen producten en personele inzet. In de uitwerking loopt dit als volgt.

Startpunt is de definitie en registratie van producten. De gekozen productindeling dient voldoende onderscheidend te zijn en houdt bijvoorbeeld rekening met verschillen in zorgzwaarte. Het aldus gedefinieerde product wordt vervolgens ontleed in zorgfuncties, zoals bijvoorbeeld intramurale zorg, dagstructurering, behandeling, begeleiding, wonen en extramurale zorg. Deze functies worden gekoppeld aan activiteiten. Activiteiten worden vervolgens gekoppeld aan de inzet van direct personeel (deskundigheid en tijd), en met behulp van verdeelsleutels via het directe personeel aan het indirecte personeel. Tenslotte wordt een verbinding gelegd tussen de totale personeelsomvang en de (beïnvloedbare) niet personeelsgebonden instellingskosten.

Voor een uitwerking van de techniek van de benchmarking wordt verwezen naar hoofdstuk 4 en het in opdracht van de werkgroep opgestelde referentiekader (bijlage X).

3.3 Toepassing van benchmarking binnen de AWBZ

In nagenoeg alle sectoren binnen de AWBZ worden al sinds vele jaren bedrijfsvergelijkingen uitgevoerd. Het NZi speelt hierbij een belangrijke rol. Daarnaast is ook via de databanken van sommige koepelorganisaties (bijvoorbeeld WZF) veel informatie voorhanden die bij het uitvoeren van benchmarks kan worden gebruikt (zie de bijlagen voor een beschrijving). Een organisatorische infrastructuur voor het uitvoeren van bedrijfsvergelijkingen is dan ook in de meeste deelsectoren reeds beschikbaar. In de recente onderzoeken bij de thuiszorg en de Riagg's is praktijkkennis opgedaan over het specifiek gebruik van de benchmarkmethodiek in de AWBZ.

⁶ Overigens valt ook de effectiviteit van de behandeling onder dit kwaliteitsbegrip.

Binnen alle AWBZ-sectoren is er een duidelijke tendens naar meer vraaggestuurde zorg en bekostiging op basis van producten⁷, de indicatiestelling wordt onafhankelijk en meer geobjectiveerd, en tot slot wordt de rol van het zorgkantoor vergroot. Dit samenstel van factoren biedt in beginsel een goede Ausgangssituatie om een verdere ontwikkeling en invoering van benchmarking vorm te geven.

benchmarking primair voor instellingen zelf, maar iedereen profiteert

Benchmarking dient primair de instellingen zelf. Zij zijn immers in de eerste plaats verantwoordelijk voor het eigen functioneren. Benchmarking stelt instellingen in staat hun prestaties te vergelijken met die van andere instellingen. Die vergelijking biedt aanknopingspunten voor verbetering. Benchmarking prikkelt instellingen het eigen handelen kritisch te volgen en op basis daarvan te zoeken naar verbeteringen. Dit zou de primaire drijfveer moeten zijn en blijven van elke invoering van benchmarking in de AWBZ.

De verantwoordingsplicht over de besteding van publieke gelden (legitimatie) veronderstelt daarnaast dat benchmarkresultaten in de een of andere vorm aan andere partijen ter beschikking worden gesteld. Deze partijen (zorgkantoren, consumenten/patiënten, overheid) kunnen op basis van de benchmarkresultaten instellingen aanspreken. Op deze wijze kunnen alle betrokkenen een rol spelen bij een beter functioneren van de zorg:

- Zorgkantoren gebruiken de benchmarkinformatie in de contractonderhandelingen met instellingen. De benchmarkinformatie biedt mogelijk aanknopingspunten voor afspraken over verbetering van prestaties. Mogelijk worden deze afspraken geschraagd met aanpassingen in de toewijzing van middelen, waarbij uitgangspunt zou dienen te zijn dat bij een eventuele herschikking van middelen tussen instellingen de middelen voor de regio beschikbaar blijven.
- Consumenten/patiënten kunnen benchmarkinformatie gebruiken om instellingen kritisch te volgen. Instellingen kunnen op het resultaat worden aangesproken. Op dit punt telt het imago van de instelling. In het verlengde hiervan leidt onvrede van consumenten/patiënten mogelijk tot aanpassingen door zorgkantoren in de toewijzing van middelen (zie hiervoor).
- De overheid tenslotte gebruikt benchmarkinformatie voor beleidsdoeleinden. Deze heeft de mogelijkheid het zorgstelsel met behulp van de benchmarkinformatie qua aansturing zodanig in te richten dat een goede en doelmatige zorg gewaarborgd wordt.

Om alle participanten in de zorg van deze benodigde informatie te voorzien dient een informatiestelsel te worden ingericht. Hiervoor moet de informatieplicht van de instellingen worden aangepast (zie voor een uitwerking hoofdstuk 6).

⁷ Zie het project vraaggestuurde zorg binnen de gehandicaptenzorg, de onlangs ingevoerde producttyperingen in de GGZ, de invoering van outputbekostiging in de thuiszorg in 2001, de ontwikkeling van een zorgwaarde-instrument bij de verpleeg- en de verzorgingshuizen.

openbaarmaking

Bij openbaarmaking van instellingsgegevens moet grote zorgvuldigheid worden betracht. Behalve de aard en inhoud van de gepresenteerde gegevens en de wijze en periodiciteit van beschikbaarstelling is ook de manier van presenteren van groot belang. De wijze van openbaarmaking van de benchmarkresultaten moet dienstbaar zijn aan de doelstelling om binnen de instellingen de verhouding tussen de kosten en prestaties te optimaliseren.

3.4 Relatie benchmarking en bekostiging

Benchmarking levert instellingen en andere partijen informatie over prestaties, waarmee door middel van kengetallen vergelijkingen kunnen worden gemaakt.

De bekostiging dient om instellingen van middelen te voorzien.

Beide doelstellingen verschillen wezenlijk en kennen hun eigen dynamiek⁸. Zo wordt benchmarking niet primair ingevoerd om de bekostiging van instellingen te regelen, en wordt omgekeerd de bekostigingssystematiek niet primair aangewend om de doelstellingen van benchmarking te bereiken.

Dit neemt niet weg dat tussen benchmarking en middelentoewijzing evidente relaties liggen; zij beïnvloeden en versterken elkaar wel degelijk. Voorzover de bekostiging instellingen beloont voor hun prestaties wordt de prikkel voor instellingen om hun prestaties te verbeteren versterkt. Tegelijkertijd levert de informatie waarop benchmarking stoelt mogelijk aanknopingspunten om de beleidsregels betreffende de middelentoewijzing te verbeteren (bijvoorbeeld indien verschillen in zorgzwaarte blijken, waarmee niet of onvoldoende rekening wordt gehouden). Eén en ander dient per sector te worden opgepakt via de daartoe geëigende kanalen (COTG). Daarbij dienen de voor- en nadelen van wijzigingen te worden bezien, waarbij de macro-kostenbeheersing uiteraard een blijvend belangrijke rol speelt.

Een element dat moet worden meegewogen is de voornoemde relatie tussen benchmarking en bekostiging. Naarmate deze relatie nauwer wordt gelegd, wordt het risico groter dat de benchmarkgegevens zo gunstig mogelijk zullen worden ingevuld. De betrouwbaarheid boet daarmee in. Dit risico kan ondervangen worden door de toezichthouders steekproefsgewijs visitaties uit te laten voeren naar de betrouwbaarheid van de gemeten prestaties en kengetallen.

3.5 Versterking rol zorgkantoor

De instelling is zelf primair verantwoordelijk voor zijn doelmatigheid en kwaliteit. Waar de instelling hierin tekortschiet heeft het zorgkantoor, als contractpartner, de eerste verantwoordelijkheid om de instelling hier op aan te spreken. De werkgroep is er voorstander van dat het zorgkantoor de beschikking krijgt over benchmarkgegevens van de instellingen in zijn werkgebied. Tevens zou het zorgkantoor over instrumenten moeten beschikken om op basis van deze gegevens op het regionale niveau te kunnen (bij)sturen. Daarbij zijn ver-

⁸ Zie bijlage X voor een overzicht van de doelen van benchmarking en bekostiging

schillende modaliteiten denkbaar. De werkgroep beveelt aan met enkele ervan te experimenteren. Zo zouden zorgkantoren een beperkt eigen budget kunnen krijgen waarmee ingeval van knelpunten (bijvoorbeeld wachtlijsten) gericht extra zorg kan worden ingekocht bij instellingen in de regio die goed functioneren. Verwacht mag worden dat goed functionerende instellingen knelpunten het meest effectief kunnen aanpakken. Deze experimenten zouden reeds in de tweede helft van 1999 kunnen starten.

HOOFDSTUK 4: WERKWIJZE EN BENCHMARKMODELLEN

4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt allereerst ingegaan op de projectstructuur (4.2). Vervolgens worden de onderzoeksmethode en het referentie-benchmarkmodel toegelicht (4.3). Op basis van het referentiemodel is door verschillende onderzoeksbureaus in nauw overleg met het veld per sector een benchmarkmodel ontwikkeld (4.4). In paragraaf 4.5 worden deze modellen tegen het licht gehouden, met name voor wat betreft de implementeerbaarheid op korte termijn.

4.2 Projectstructuur

In het kader van het onderzoek is in september 1997 de werkgroep "Benchmarking in de AWBZ" ingesteld, met als deelnemende partijen de ministeries van VWS, Financiën, AZ, EZ, SZW, het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg (COTG) en het NZi. De werkgroep werd gesteld onder onafhankelijk voorzitterschap.

Bij het uitvoeren van de hoofdpdracht - het ontwikkelen van een benchmarkmethodiek op basis van kengetallen - heeft de werkgroep gekozen voor een sterke inbreng van en wisselwerking met de praktijk. Een daarmee samenhangende keuze was die voor een diepgaand onderzoek per sector, in plaats van een meer oppervlakkige beschouwing op hoofdlijnen. Deze benadering bracht met zich mee dat de sectorspecifieke operationele benchmarkmodellen binnen het kader van het onderzoek tevens een praktijktoetsing dienden te ondergaan.

In het licht van deze onderzoekskeuzen zijn aansluitend bij de taakopdracht door de werkgroep per onderscheiden AWBZ-sector (thuiszorg, ouderenzorg, geestelijke gezondheidszorg en gehandicaptenzorg) subwerkgroepen ingesteld. Binnen de thuiszorg was reeds eerder een pilotonderzoek verricht naar de mogelijkheden van benchmarking. Het vervolgonderzoek in de thuiszorg is onder de paraplu van dit interdepartementale onderzoek gebracht.

De subwerkgroepen waren verantwoordelijk voor de begeleiding van de onderzoeken naar de mogelijkheden van benchmarking in de onderscheiden AWBZ-sectoren⁹. In de subwerkgroepen waren de betreffende koepelorganisaties, Zorgverzekeraars Nederland (thuiszorg, geestelijke gezondheidszorg en gehandicaptenzorg), het COTG en de ministeries van VWS en Financiën vertegenwoordigd.

Gezien omvang en aard van de werkzaamheden is bij de uitvoering van de onderzoeken externe expertise ingeschakeld. Bij de daartoe uitgevoerde selectie van onderzoeksbureaus speelde zowel de daar reeds opgebouwde kennis van de benchmarking-methodiek als

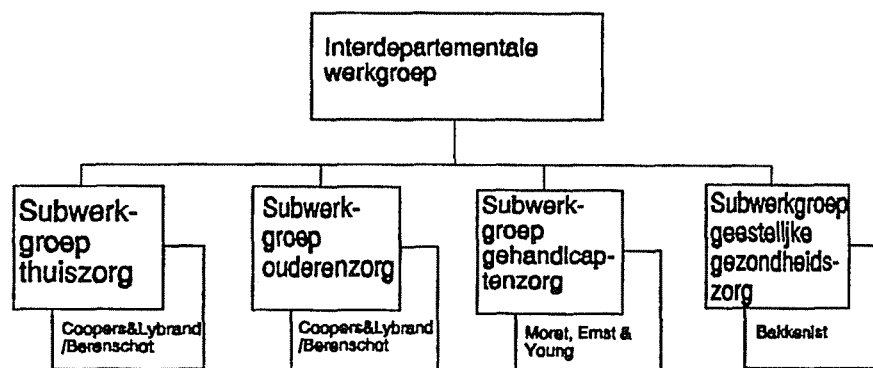
⁹ Overigens is de subwerkgroep geestelijke gezondheidszorg niet actief betrokken geweest bij het tweede deel van het onderzoek in deze sector.

kennis van het veld (en meer in het bijzonder de opzet en werking van de instellingen-administraties) een belangrijke rol.

De externe onderzoeken zijn in de periode februari-juni 1998 onder begeleiding van de subwerkgroepen uitgevoerd door Moret Ernst & Young (gehandicaptenzorg), Price Waterhouse Coopers/Berenschot (ouderenzorg) en Bakkenist (geestelijke gezondheidszorg).

De werkgroep heeft bij het inzetten van externe expertise doelbewust gekozen voor spreiding van de sectorale opdrachten over verschillende bureaus, in de verwachting dat de inzet van expertise vanuit verschillende organisaties een positief effect zou hebben op het leer- en ontwikkelingsproces.

Het vervolgonderzoek naar alle instellingen binnen de thuiszorg wordt uitgevoerd door Price Waterhouse Coopers/Berenschot. Het zal naar verwachting begin 1999 zijn afgerond. Aan de communicatie met het veld is hoge prioriteit gegeven.



Figuur 1: projectstructuur

4.3 Onderzoeksmethode en het referentiemodel

De werkgroep heeft veel aandacht besteed aan de te hanteren benchmarkmethodiek. Daartoe heeft een brede oriëntatie plaatsgevonden met betrekking tot de verschillende beschikbare methodologieën en zijn de binnen de zorgsector reeds beschikbare kwantitatieve gegevens geïnventariseerd. Tevens heeft een scanning plaatsgevonden van ervaringen in andere sectoren en in het buitenland.

Mede op basis van deze oriënterende werkzaamheden is de werkgroep tot het oordeel gekomen dat - om voldoende toegevoegde waarde te hebben - het samenstel van aspecten waarop de benchmark betrekking heeft een adequate afspiegeling dient te zijn van het totale functioneren van een instelling. Behalve doelmatigheidsaspecten dienen derhalve ook zaken als kwaliteit, output-producten en omgevingsfactoren van instellingen in kaart te worden gebracht.

prestatie-categorieën en modelcriteria

De werkgroep heeft ten behoeve van het onderzoek de volgende prestatie-categorieën benoemd (zie ook § 3.2):

- efficiency van de bedrijfsvoering;
- kwaliteit van de zorgverlening;
- geleverde productie (door middel van producttyperingen);
- financiële prestaties.

Om de verschillende aspecten met elkaar in verband te kunnen brengen heeft de werkgroep (met steun van KPMG) een referentie-benchmarkmodel ontwikkeld. Het model stelt basiseisen ten aanzien van de benchmarkmodellen per sector.

Onder meer dient te worden voldaan aan de volgende criteria:

- Het model dient gebaseerd te zijn op de producten en producttyperingen van de instellingen.
- De producttyperingen dienen onder andere te differentiëren naar zorgzwaarte.
- De producten dienen via functies en activiteiten te zijn gekoppeld aan de inzet van personele en materiële middelen.

opbouw referentiemodel

Om een goed beeld te krijgen van de prestaties van een instelling is het nodig de verschillende producten die een instelling voortbrengt te definiëren. Cliënten verschillen onderling in zorgzwaarte. Hierdoor zijn met de behandeling en/of verzorging van de ene cliënt meer kosten gemoeid dan met de behandeling van de andere cliënt. Voor een goede meting van de prestaties van een instelling moet hiermee rekening worden gehouden. Vandaar dat de producten van een instelling moeten onderscheiden naar productiekosten in het algemeen en zorgzwaarte in het bijzonder. Het is dan wel noodzakelijk dat iedere sector eenduidig gedefinieerde producten kent. Dit bleek bij het onderzoek nog een factor van betekenis, waarop in de volgende paragrafen nader zal worden ingegaan.

Onderdelen referentiemodel:

1. Producten: Het referentiemodel moet toepasbaar zijn voor alle AWBZ-sectoren. Het referentiemodel neemt de producten als uitgangspunt bij het benchmarken van instellingen op doelmatigheid.
2. Functies: Omdat het referentiemodel moet kunnen werken met verschillende producten per sector, worden de producten zelf niet vastgelegd in het referentiemodel. In plaats daarvan onderscheidt het referentiemodel verschillende functies die in iedere instelling moeten worden ingevuld om een product voort te brengen. Deze functies zijn: zorg, dagstructurering, behandeling, begeleiding, wonen/verblijf en extramurale zorg. Vanuit deze functies wordt in verschillende opeenvolgende slagen "teruggewerkt" naar de inputs van de instelling.
3. Activiteiten/processen: Om deze functies te vervullen moeten verschillende activiteiten/processen worden verricht.

4. Direct personeel: Het model koppelt aan iedere activiteit een functionaris (direct personeel). Dit personeel betreft het medisch, paramedisch en zorgpersoneel.
5. Facilitair personeel: Personeel niet direct gekoppeld aan het zorgproces (zoals administratie, technische dienst, planning etc).
6. Niet-personele kosten: Aan deze totale personeelskosten kunnen vervolgens de beïnvloedbare niet-personeelskosten worden gekoppeld. Op deze wijze kan een verband worden gelegd tussen de beïnvloedbare inputs van een instelling en de output uitgedrukt in producten.

Uit dit model volgen kengetallen die de prestaties van een instelling meten. De werkgroep heeft de onderzoeksbureaus voor het meten van de doelmatigheid in enge zin verzocht minimaal de volgende acht kengetallen aan te leveren:

1. Verhouding productie/budget aanvaardbare kosten.
2. Per product: product/direct zorgpersoneel.
3. Per product: product/faciliterend personeel.
4. Zorgpersoneel/faciliterend personeel.
5. Per product: product/totaal personeel.
6. Materiële kosten per personeelslid.
7. Verhouding direct productieve/indirect productieve uren direct personeel.
8. Exploitatieresultaat/budget aanvaardbare kosten.

De invulling van het referentiemodel en de modellen van de onderzoeksbureaus vindt beschrijvend, en niet normerend plaats. Het is de bedoeling dat eerst de verschillende relaties in beeld worden gebracht. Pas bij vergelijking van de verschillende scores van verschillende instellingen en een analyse van de oorzaken van de verschillen kunnen conclusies worden getrokken over de mate van doelmatigheid van een bepaalde instelling. Bij de beoordeling van een instelling dient daarnaast natuurlijk de kwaliteit van de geboden zorg te worden betrokken.

4.4 Modelontwikkeling in de vier sectoren

Op basis van het referentiemodel is door de onderzoeksbureaus in nauw overleg met het veld per sector een benchmarkmodel ontwikkeld. Daarbij is zoveel mogelijk rekening gehouden met reeds beschikbare informatie en reeds in gang gezette ontwikkelingen (zoals de doelmatigheidsonderzoeken binnen de thuiszorg en de RIAGG's en het project vraaggestuurde zorg in de gehandicaptensector). De ontwikkelde modellen zijn per sector met een aantal instellingen geëvalueerd en bijgesteld. Binnen de modellen is voldoende ruimte voor een sector-specifieke aanpak. Achtereenvolgens komen de vier sectormodellen, zoals voorgesteld door de onderzoeksbureaus, aan bod.

*** Het model voor de thuiszorg**

Binnen de thuiszorg was reeds eerder een pilotonderzoek verricht. Het vervolgonderzoek, waarbij alle instellingen worden doorgelicht die in 1997 de AWBZ-aanspraak thuiszorg leverden, is onder de paraplu van het interdepartementale onderzoek gebracht. De Deel-

werkgroep Benchmarkonderzoek Thuiszorg bestaat uit vertegenwoordigers van het ministerie van VWS, het ministerie van Financiën, de Ziekenfondsraad, de Branchevereniging Thuiszorg Nederland (BTN), de Landelijke Vereniging voor Thuiszorg (LVT), het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg (COTG) en Zorgverzekeraars Nederland (ZN). Door de onderzoekers wordt gedurende het onderzoek samen gewerkt met een klankbordgroep bestaande uit vertegenwoordigers van acht thuiszorginstellingen.

Achtereenvolgens komen aan de orde de doelstelling en reikwijdte van het onderzoek, de aanpak en het ontwikkelde benchmarkanalysemodel.

doelstelling en reikwijdte van het onderzoek:

- De doelstelling is het uitvoeren van een benchmarkonderzoek naar de doelmatigheid en kwaliteit van de thuiszorginstellingen. Het benchmarkonderzoek dient een analyse te bevatten van de geconstateerde doelmatigheids- en kwaliteitsverschillen tussen de onderzochte instellingen. Er wordt een vergelijking gemaakt met een daadwerkelijk bestaande best practice-instelling. Achterliggend doel is om binnen de thuiszorg te komen tot een systeem van outputfinanciering in 2001.
- Het benchmarkonderzoek wordt uitgevoerd bij alle thuiszorginstellingen in Nederland. De benchmark heeft betrekking op de door de thuiszorginstellingen in 1997 geleverde vijf producten binnen de AWBZ aanspraak algemene thuiszorg 1997, te weten alfa-hulpverlening, HDL (huishoudelijke dagelijkse levensverrichtingen), ADL (algemene dagelijkse levensverrichtingen), verzorging (een combinatie van HDL en ADL) en verpleging.

aanpak van het onderzoek

Het onderzoek bestaat uit vier fasen:

Fase 1: concipiëren en afstemmen van het benchmarkanalysemodel

Fase 2: uitvoeren praktijktest benchmarkanalysemodel

Fase 3: inventariseren en analyseren gegevens

Fase 4: opstellen rapportages (*)

(*) In de generieke rapportage wordt beschreven welke organisaties best practice-instellingen zijn en wat de kenmerken van deze organisaties zijn. Bovendien zal de generieke rapportage aanbevelingen bevatten over de wijze waarop de doelmatigheid en de kwaliteit binnen de sector kunnen worden bevorderd. Naast de generieke rapportage worden rapportages per instelling opgesteld. De voor de individuele instellingen op te stellen rapportages zijn bedoeld om per instelling indicaties te geven van de factoren in de bedrijfsvoering die de gemeten prestaties van de instellingen zouden kunnen verklaren. Tevens worden aanbevelingen gedaan voor de richting waarin verbetering zou kunnen plaatsvinden.

het benchmarkanalysemodel

Om te komen tot een oordeel over het functioneren van een thuiszorginstelling en het opstellen van een analyse van mogelijke verschillen, is een benchmarkanalysemodel ontwikkeld. Het model bevat drie bouwstenen:

1. het beoordelen en analyseren van de doelmatigheid: De doelmatigheid van een instelling wordt gemeten door de productie van een instelling in de vijf producten binnen de AWBZ aanspraak thuiszorg 1997 te relateren aan de daarvoor gemaakte kosten. Daarvoor wordt gebruik gemaakt van de Data Envelopment Analysis (DEA) methodiek. De DEA-analyse clustert instellingen op grond van de aangeboden productenmix en identificeert de meest doelmatige instellingen binnen deze groepen. In het onderzoek worden gegevens verzameld over factoren waarvan verondersteld wordt dat ze van invloed zijn op de doelmatigheid van de instelling. Bij de analyse van de gegevens zal vervolgens worden onderzocht in welke mate deze factoren blijken samen te hangen met de uitkomsten van doelmatigheid. De belangrijkste factoren die in het onderzoek worden gemeten en geanalyseerd, betreffen de bedrijfsvoering van de instelling in algemene zin, het aantal cliënten in zorg ten opzichte van het aantal cliënten met een zorgvraag, het beleid en de uitvoering rondom het rantsoeneren van zorg en het inspelen op fluctuaties in de zorgvraag. Op grond van deze gegevens kan een identificatie plaatsvinden van de meest doelmatige instellingen en groepen van vergelijkbare instellingen.
 2. het beoordelen en analyseren van kwalitatieve dimensies: Om tot uitdrukking te brengen dat naast de doelmatigheid meerdere aspecten van belang zijn voor het genuanceerd meten en vergelijken van de prestaties van instellingen, wordt naast de DEA- methodiek gebruik gemaakt van een prestatie-indicatoremodel waarin, naast doelmatigheid, vier dimensies worden onderscheiden: kwaliteit in enge zin, snelheid, betrouwbaarheid en flexibiliteit. In het benchmarkanalysemodel wordt het oordeel van de cliënten in zorg ('voice of the customer') over het presteren van de instellingen op deze vier dimensies centraal gesteld. Door middel van een representatieve cliëntenraadpleging worden cliënten van de thuiszorginstellingen gevraagd een oordeel te geven over de prestaties van de instellingen en het relatieve belang dat zij hieraan hechten. Bij de analyse van de verschillen tussen de instellingen op deze kwalitatieve dimensies zal worden onderzocht in welke mate de door het management te beïnvloeden factoren betreffende de bedrijfsvoering en gerichte verbeteracties bijdragen aan het presteren op de genoemde dimensies.
 3. aansluiting tussen zorgvraag en zorgaanbod: In de beoordeling van het functioneren van een thuiszorginstelling speelt de mate waarin een thuiszorginstelling de vraag naar thuiszorg in zijn werkgebied vervult eveneens een rol. Immers de doelmatigheid van een instelling kan mede het gevolg zijn van de wijze waarop het management van de instelling beleidsmatig de door de instelling aangeboden zorg afstemt op de zorgvraag. In het benchmarkonderzoek 1998 zal beperkt rekening worden gehouden met de aansluiting tussen zorgvraag en zorgaanbod. Voor een modelmatige analyse van vraag en aanbod zijn op dit moment onvoldoende vergelijkbare gegevens bekend.
- Op basis van de analyse van de doelmatigheid, het presteren op de kwalitatieve dimensies en de aansluiting tussen zorgvraag en zorgaanbod worden in het onderzoek daadwerkelijk bestaande best practice-instellingen benoemd.

* Het model voor de verpleeg- en verzorgingshuizen

Deze paragraaf beschrijft de aanpak en belangrijkste bevindingen van het benchmarkonderzoek verpleeg- en verzorgingshuizen. Het onderzoek gaat uit van de vraagstelling of de ontwikkeling van een integraal benchmarkmodel voor de sector Verpleging en Verzorging haalbaar is.

Bij een beoordeling van het functioneren van een instelling de kwaliteit van de prestaties van een instelling op de terreinen zorg, bedrijfsvoering, infrastructuur en sociaal beleid relevant worden geacht. De kwaliteit van de prestaties dient een belangrijk element te vormen.

Doel is het formuleren van aanknopingspunten voor het management van instellingen voor het doorvoeren van verbeteringen. Het onderzoek is niet bedoeld voor de opzet en inrichting van bekostigingsmodellen.

In het kader van het onderzoek is een benchmarkdenkmodel ontwikkeld, dat de volgende drie bouwstenen kent:

1. Een beoordeling van de doelmatigheid van een instelling door de kosten van een instelling te relateren aan de gerealiseerde productie. De doelmatigheidsanalyse wordt uitgevoerd met behulp van Data Envelopment Analysis (DEA). Aangezien DEA instellingen met een vergelijkbare productenmix clustert, kan een zinvolle vergelijking van instellingen plaatsvinden.
2. Een cliëntenraadpleging waarin het functioneren van een instelling op vier kwalitatieve prestatie-indicatoren (kwaliteit in enge zin, snelheid, flexibiliteit en betrouwbaarheid) wordt gemeten.
3. Een analyse van de mate waarin de prestaties van een instelling aansluiten op de zorgvraag in de regio en de rol van overige specifieke omgevingsfactoren.

Op basis van de drie onderscheiden bouwstenen kunnen de best practice instellingen worden geïdentificeerd. Vervolgens worden de opzet en inrichting van de bedrijfsvoering, zorg, infrastructuur en het sociaal beleid van deze best practice instellingen diepgaand geanalyseerd. Aan de hand van deze analyse kunnen suggesties worden geformuleerd voor potentiële verbetermogelijkheden voor vergelijkbare instellingen. Het conceptuele model is in principe identiek voor verpleeghuizen en verzorgingshuizen.

Een bijzonder aandachtspunt bij de operationalisering van het denkmodel is de definiëring van de productie die instellingen realiseren. De huidige registraties in instellingen, met name in verpleeghuizen, bevatten niet altijd elementen van zorgzwaarte. Bovendien hebben de bestaande zorgzwaarteregistraties vooral betrekking op de benodigde zorg en niet op de daadwerkelijk geleverde zorg. Nader onderzoek is nodig om een voldoende informatieve en in de praktijk toetsbare omschrijving te ontwikkelen. Voor de langere termijn kan mogelijk gebruik gemaakt worden van productdefinities die op dit moment door of in opdracht van de sector worden opgesteld.

Om de doelmatigheid en kwaliteit van instellingen te kunnen meten is een bijpassend instrumentarium ontwikkeld waarbij waar mogelijk gebruikt wordt gemaakt van reeds bestaande instrumenten en registraties. Tot het instrumentarium behoort een vragenlijst voor het management van instellingen. De lijst omvat kwantitatieve vragen, kwalitatieve vragen en vragen over de bedrijfsprocessen in het algemeen. Daarnaast kan een vragenlijst voor medewerkers van instellingen van belang zijn, voor de beoordeling van onder andere het sociaal beleid en de professionele kwaliteit. Voor het meten van de prestaties van een instelling op de dimensies kwaliteit, flexibiliteit, betrouwbaarheid en snelheid is verder het oordeel van de cliënt een belangrijke factor. Momenteel vindt overleg plaats met cliëntenvertegenwoordigers om te bezien of in dezen kan worden aangesloten bij bestaande instrumenten.

* Het model voor de gehandicaptenzorg

Deze paragraaf beschrijft de belangrijkste kenmerken van het voor de sector gehandicaptenzorg ontwikkelde model, en een aantal aandachtspunten bij de verdere ontwikkeling.

structuur van het benchmarkmodel

Het benchmarkmodel is opgebouwd volgens een boomstructuur, waarbij men beginnend bij specifieke, gedetailleerde onderwerpen tot conclusies over de algehele performance komt. Inhoudelijk worden in het model 5 besturingsgebieden onderscheiden: markt & omgeving, input, proces, output en besturing. Elk van deze besturingsgebieden is vervolgens verdeeld in een aantal prestatie-indicatoren. De prestatie-indicatoren zijn opgebouwd uit kengetallen. De invulling van de kengetallen geschiedt doordat per kengetal vragen zijn geformuleerd. Door de boomstructuur kan op elk aggregatieniveau een score worden berekend voor de prestaties en kan deze score worden verklaard uit de bevindingen op het onderliggende aggregatieniveau. Hierdoor krijgt men inzicht in de wijze waarop tot bepaalde prestatiescores wordt gekomen en, heel belangrijk, in de aangrijpingspunten voor verbetering.

In onderstaande figuur zijn de besturingsgebieden met daarin de bijbehorende prestatie-indicatoren weergegeven.

1. Markt/omgeving	2. Input	3. Proces	4. Output
1. Kennis van zorgbehoefte 2. Externe oriëntatie 3. Match zorgvraag en zorgbehoefte 4. Voldoen aan wetten en regels 5. Samenwerking met zorgverzekeraar 6. Samenwerking op stichtingsniveau 7. Samenwerking op lokatieniveau 8. Positie op arbeidsmarkt 9. Relatie met toeleveranciers arbeidskrachten 10. Relatie met financiers	1. Personele formatie 2. Personele kosten 3. Kwaliteit personeelsformatie 4. Materiële kosten 5. Kosten en formatie informatievoorziening 6. Kwaliteit informatievoorziening 7. Automatiseringsgraad 8. Benutting capaciteit 9. budget 10. Kosten 11. infrastructuur 12. Kwaliteit 13. infrastructuur	Kostprijs en kwaliteit van: 1. Huisvesting 2. Begeleiding en verzorging 3. Service pakket 4. Dagdeelactiviteiten 5. Arbeidsbegeleiding en bemiddeling 6. Ontspanning en vrijetijdsbesteding 7. Training en vorming 8. Therapeutische en uuractiviteiten 9. Medische zorg 10. Pedagogische zorg 11. Vervoer 12. Hulpmiddelen 13. Aanpassingen	1. Efficiency zorg 2. Cliënttevredenheid 3. Financieel resultaat 4. Imago 5. Medewerkertevredenheid
5. Besturing 1. Zorgbeleid 2. Effectieve communicatie 3. Besturingsfilosofie 4. Sociaal beleid			

De besturingsgebieden zijn gebaseerd op de recente ontwikkelingen in het denken over (zorg-)organisaties. Zo is het model procesgeoriënteerd, met als kern de zorgproducten ("zorgmodules"). Het zorgverleningsproces wordt in het model opgevat als een opeenvolging van processtappen, die kunnen worden onderverdeeld in samenhangende activiteiten en zorgproducten. Om de resultaten te realiseren zijn productiefactoren noodzakelijk. Aldus wordt het totale functioneren van de stichting/instelling gemodelleerd naar de al genoemde vijf besturingsgebieden.

aandachtspunten bij de verdere ontwikkeling

Inmiddels is bij één instelling een eerste proefmeting van het meetinstrumentarium (de invulschema's) en het ontwikkelde benchmarkmodel gedaan. Het betreft geen representatieve steekproef. Mede op basis van deze proefmeting, gesprekken met diverse respondenten en eerdere analyses wordt ten aanzien van de haalbaarheid van de invulschema's geconcludeerd dat:

- deze afhangt van de mate waarin het VGN-rekeningschema in de sector wordt ingevoerd en toegepast;
- de toerekening van kosten naar modules haalbaar maar tijdrovend is. Bij een representatieve steekproef zou aan de volgende randvoorwaarden moeten worden voldaan: de

modules zouden in een systeem van herkenbare productomschrijvingen bekend moeten zijn en er zouden globale richtlijnen beschikbaar moeten komen voor de toerekening van kosten aan zorgmodules.

Tenslotte is voor een zinvolle benchmarking een correctie voor verschillen in cliëntenmix (ic. zorgzwaarte) noodzakelijk.

* Het model voor de geestelijke gezondheidszorg

Deze paragraaf beschrijft de aanpak en belangrijkste bevindingen van het benchmarkonderzoek in de sector geestelijke gezondheidszorg. Ten behoeve van onderzoek voor de geestelijke gezondheidszorg is de toepasbaarheid van een drietal benchmarkmodellen onderzocht, te weten:

1. het functionele model;
2. het patiëntengroepenmodel;
3. het voortbrengingsmodel.

In eerste instantie is uitgegaan van het functionele model waarin de subprocessen klinische zorg, deeltijdzorg en ambulante zorg werden onderscheiden. In de praktijk is gebleken dat de toedeling van capaciteiten naar deze processen problemen oplevert. De voortbrengingsstructuur is moeilijk transparant te maken en niet eenduidig. Dit is mede het gevolg van de MFE-vorming, circuitvorming en casemanagement. Personeelsleden zijn niet meer gekoppeld aan een van de subprocessen en situaties doen zich voor waarin een hulpverlener op hetzelfde moment cliënten onder zijn hoede heeft met verschillende bekostigingscategorieën. Het enten en invoeren van een tijdsregistratiesysteem op de indeling klinisch, deeltijd en ambulant lijkt niet de aangewezen weg om deze problematiek op te lossen gezien de verwachte ontwikkeling naar een structuur die meer is gericht op zorgprogramma's. Daarnaast heeft het onderzoeksbureau signalen ontvangen dat de registratie nog niet altijd is ingericht op de nieuwe bekostigingscategorieën. Hierdoor wordt de toepassing van dit functionele model bemoeilijkt.

Op basis van deze bevindingen is middels een tweetal workshops een verkenning uitgevoerd naar de voor de GGZ relevante ontwikkelingen en de consequenties daarvan voor de inrichting en besturing van (geïntegreerde) GGZ-instellingen. Naar verwachting zal de zorg veelal geleverd worden uit geïntegreerde instellingen. Als organisatiestructuur komt een netwerkorganisatie naar voren, waarbij tamelijk autonome subregionale cellen een doelgroep binnen een subregio bedienen. Zorgprogramma's, behandelprotocollen en besturingssystemen zorgen voor samenhang en integratie tussen deze autonome cellen. De integratie van de verschillende functies maakt zoals gezegd dat de scheiding in klinisch, ambulant en deeltijdbehandeling steeds meer verdwijnt. De geschetste ontwikkelingen bieden openingen voor twee andere modellen: het patiëntengroepmodel en het voortbrengingsmodel.

Het patiëntengroepmodel heeft als invalshoek dat voor een bepaalde patiëntengroep gelijktijdig een beoordeling van kosten en effectiviteit plaatsvindt van de geleverde zorg.

Vertaald naar de benchmarkmethodiek wordt formatie van de organisatie toegewezen aan de behandelprogramma's. Naast de meting van de ingezette formatie en de meting van de output in termen van aantal behandelde klanten dient bij het patiëntengroepmodel de effectiviteit gemeten te worden. Wil het patiëntengroepmodel effectief kunnen worden ingezet dan dienen de volgende aspecten nader invulling te krijgen:

- eenduidige definitie van zorgprogramma's en implementatie in de GGZ-instellingen;
- introductie van meetinstrumentarium voor het registreren van de personeelsinzet voor de diverse zorgprogramma's (tijdschrijven);
- vastlegging binnen de instellingen van het aantal patiënten dat aan een bepaald programma in een bepaald jaar deelneemt;
- opzet van een dekkend instrumentarium voor effectiviteitsmeting.

Het voortbrengingsmodel neemt niet de verhouding tussen input en de output, maar het voortbrengingsproces zelf als uitgangspunt voor vergelijking van de efficiëntie. Centraal daarin voor wat betreft de doelmatigheid staat de produktiviteit van de zorgverleners. Aanvullend hierop kan een inschatting worden gemaakt van de kwaliteit van de dienstverlening door te beoordelen of kwaliteitsprocedures worden doorlopen en of de klanttevredenheid goed is. Uitgangspunt is dat een zorgverlener die meer van zijn/haar tijd aan primaire taken besteed doelmatiger is dan een zorgverlener die meer tijd kwijt is aan indirecte taken. Wil het voortbrengingsmodel effectief kunnen worden ingezet dan dienen de volgende aspecten nader invulling te krijgen:

- uitwerking van de indeling naar deskundigheden en eventueel naar setting;
- introductie van eenduidige tijdregistratie in de instellingen;
- opzetten van een meetinstrument voor het in kaart brengen van de mate waarin de kwaliteitsprocedures worden doorlopen;
- selecteren cq. ontwikkelen van een klanttevredenheidsinstrument.

Ten behoeve van de doelmatigheidsbeoordeling in enge zin kan volgens het bureau worden volstaan met de uitwerking van de eerste twee aspecten.

Aangezien voor het voortbrengingsmodel beduidend minder voorwaarden ingevuld behoeven te worden dan voor het patiëntengroepmodel is op de korte termijn de introductie van het voortbrengingsmodel het meest aangewezen. Dit model kan als springplank dienen voor benchmarking van het patiëntengroepmodel en is concreter, praktischer en eenvoudiger. Kanttekening is dat de optionele aspecten klanttevredenheid en kwaliteit in eerste instantie niet worden meegenomen, waardoor het effectiviteitsaspect buiten beschouwing blijft. Het patiëntengroepmodel is volgens het onderzoeksbureau voor de lange termijn het meest geschikt omdat dit expliciet de "medische doelmatigheid" mee beoordeelt en goed aansluit bij de ontwikkelingen binnen de GGZ. Voor de uitwerking en implementatie van benchmarking conform het voortbrengingsmodel dienen sluitende indelingen naar deskundigheden en tijdregistraties te worden ontwikkeld. Voor de betrouwbaarheid van de registraties moet er ook voor gezorgd worden dat deze controleerbaar zijn en ook andere doelen dienen dan benchmarking.

4.5. Analyse van de modellen in de vier sectoren

Onderstaand wordt kort ingegaan op de gekozen methodieken en de stand van zaken in de verschillende onderzoeksstrajecten.

In de sector van de thuiszorg en de verpleeg- en verzorgingshuizen wordt de best-practice qua doelmatigheid in eerste instantie achterhaald door middel van statistische technieken op sectorniveau (Data Envelopment Analysis (DEA)). Vervolgens moet een nader onderzoek van de best-practice instelling de oorzaken van een goede prestatie in beeld brengen ten behoeve van de andere instellingen. De DEA-methode wordt aangevuld met een onderzoek naar kwalitatieve dimensies om de prestaties van instellingen meer genuanceerd te kunnen vergelijken. In de thuiszorg zijn inmiddels de eerste twee fasen van het onderzoek afgerond en worden de activiteiten uit de derde fase (inventariseren en analyseren van gegevens) uitgevoerd. Volgens de huidige planning zal het eindrapport van het benchmarkonderzoek in januari 1999 verschijnen. In de sector verpleging en verzorging is het onderzoeksbureau op dit moment bezig met de praktijktoets bij 20 instellingen. De resultaten van de vragenlijsten en cliëntraadpleging zullen samen met de opmerkingen en suggesties van de instellingen moeten aantonen in hoeverre benchmarking in de sector verpleging en verzorging haalbaar is. Overigens is deze praktijktoets niet groot genoeg om de DEA-analyse toe te passen. De eindrapportage over de haalbaarheid wordt eind december 1998 verwacht.

In de sector van de verstandelijk gehandicaptenzorg is gekozen voor een methode die de benodigde informatie achterhaalt door middel van uitgebreide vragenlijsten. De score van een individuele instelling is alleen te beoordelen tegen de scores van andere instellingen. Een definitief oordeel over de toepasbaarheid van de methode is alleen op basis van verder onderzoek mogelijk (voor de interpretatie van de scores is een wegingmethode nodig (ic. welke bijdrage levert een variabele aan de doelmatigheid van de instelling)). Bij één instelling is een eerste proefmeting van het meetinstrumentarium (de invulschema's) en het ontwikkelde benchmarkmodel gedaan. Het betreft geen representatieve steekproef.

In het onderzoek naar benchmarking in de geestelijke gezondheidszorg kiest het bureau voor het voortbrengingsmodel. Centraal daarin staat de productiviteit van de zorgverleners (met de invalshoek: meer tijd aan primaire taken besteden is doelmatiger). Kanttekening is dat de optionele aspecten klanttevredenheid en kwaliteit in eerste instantie niet worden meegenomen, waardoor het effectiviteitsaspect buiten beschouwing blijft. Een definitief oordeel over de toepasbaarheid van de methode is alleen op basis van verder onderzoek mogelijk.

gemeenschappelijke praktijkbevindingen onderzoeksbureaus
 Uit de rapportages van de bureaus komt duidelijk naar voren dat een "idealtypische" benchmarking, waarbij het uitgangspunt de geleverde output conform gestandaardiseerde productdefinities is, een forse aanpassing van de informatievoorziening bij de instellingen

vergt. In § 2.4 zijn factoren genoemd die in zijn algemeenheid een succesvolle invoering van benchmarking kunnen beïnvloeden. Naast aspecten die betrekking hebben op het managen van het invoeringstraject, is hier ook al gewezen op de wijze van registreren en beschikbaarheid van informatie. Dit blijkt een bottle-neck voor het op korte termijn kunnen implementeren van de benchmarkmodellen, zoals voorgesteld door de bureaus. Aan de volgende eisen ten aanzien van de beschikbaarheid en betrouwbaarheid van de benodigde informatie zal op termijn moeten worden voldaan:

- de beschikbaarheid van productdefinities;
- inrichting instellingsadministraties op de gevraagde kengetallen (toerekening van kosten aan producten/zorgmodules);
- een instrumentarium voor en overeenstemming over een correctie voor verschillen in cliëntenmix (ic. zorgzwaarte);
- de voor de benchmark benodigde gegevens dienen door de instellingen controleerbaar te worden geadministreerd.

Het volledig invoeren van benchmarkingmodellen die voldoen aan de eisen van het door de werkgroep voorgestane referentiemodel zal in verschillende sectoren geruime tijd (enige jaren) vergen, aangezien aan de bovenstaande condities nog niet kan worden voldaan. Aan het vervullen van deze randvoorwaarden moet worden gewerkt. In hoeverre bij de sector van de verpleeg- en verzorgingshuizen hetzelfde probleem speelt, dient in januari te worden gezien. Aangezien de werkgroep het van belang acht ook op de korte termijn te gaan benchmarken, is een tweede mogelijkheid verkend, die uitgaat van de nu reeds aanwezige informatie.

HOOFDSTUK 5: EEN EERSTE START MET BENCHMARKING

5.1 Inleiding

De werkgroep heeft zich bij de vaststelling van het referentiemodel gerealiseerd dat de invoering ervan, via sectorale benchmarkmodellen, een zaak van de lange adem zou zijn. De werkgroep acht het referentiemodel een belangrijke richtsnoer voor de modelontwikkeling in de toekomst. Voor de sectoren geestelijke gezondheidszorg en gehandicaptenzorg is uit het onderzoek gebleken dat benchmarking in de vorm die de werkgroep voorstaat op korte termijn niet is te realiseren. Voor de sector verpleeg- en verzorgingshuizen dient het resultaat van het onderzoek te worden afgewacht.

Echter, ook op basis van wat nu reeds is bereikt en met gebruikmaking van thans bij instellingen beschikbare gegevens is het mogelijk een vorm van benchmarking te implementeren. Deze vergelijkt dan de inzet van middelen met de thans wél beschikbare outputgegevens. Deze zijn minder vergaand dan voor de langere termijn gewenst, maar binnen een beperktere doelstelling wel voor gebruik geschikt. De werkgroep heeft het NZi gevraagd om dit uit te werken (zie de rapportage "Benchmarking in de praktijk").

In dit hoofdstuk wordt de bovenstaande weg verkend. In paragraaf 5.2 komen de bestaande Management Informatie Pakketten aan bod. Vervolgens wordt in paragraaf 5.3 bekeken op welke manier deze bestaande informatiestructuur kan worden aangevuld met achtergrondkenmerken om zo tot beter bruikbare en meer genuanceerde kengetallen te komen. In paragraaf 5.4 worden tenslotte mogelijke vervolgtrajecten per sector geschetst aangevuld met enkele relevante afwegingen.

5.2 De bestaande infrastructuur

In opdracht van de werkgroep is door het NZi onderzoek gedaan naar de mogelijkheden van benchmarking in de vier AWBZ-sectoren op basis van de nu reeds aanwezige informatie. Centraal in dit onderzoek staan de instellingen zelf en de informatie om de eigen prestaties te beoordelen en zo mogelijk te verbeteren.

Het NZi heeft binnen de gezondheidszorg een jarenlange traditie van managementrapportages en stelt jaarlijks voor vele instellingen binnen de intramurale gezondheidszorg een Management Informatie Pakket (MIP) op. Deze MIP-pen bieden het management van een instelling informatie over hoe het reilen en zeilen van de eigen instelling zich verhoudt tot vergelijkbare instellingen (spiegelinformatie).

In een MIP worden voor een specifieke instelling kengetallen op het gebied van productie, cliëntkarakteristieken, personeel en kosten en opbrengsten gepresenteerd. Deze kengetallen worden vergeleken met enerzijds het gemiddelde van alle instellingen in de sector, en anderzijds het gemiddelde in de referentiegroep. Deze referentiegroep bestaat uit ongeveer 10 andere instellingen die volgens bepaalde criteria (bijvoorbeeld het aantal erkende bedden, de bewonerszwaarte) het best vergelijkbaar zijn met de beschouwde instelling.

Een MIP bestaat uit kengetallen in de vorm van tabellen en grafieken. Vergelijking van de eigen karakteristieken met die van andere instellingen geeft signalen over de positie van de eigen instelling. Er worden dus afwijkingen gesignaleerd die door het management nader onderzocht dienen te worden.

De bestaande MIP-systematiek kent enkele knelpunten die deze voor de benchmarking minder geschikt maakt:

1. De gehanteerde begrippen en definities zijn onvoldoende eenduidig of worden door de instellingen niet uniform gehanteerd.
2. De MIP-pen zelf differentiëren tot op heden niet naar de verschillende producten van de instelling. Omdat ook een weging van de verschillende producten ontbreekt is het niet mogelijk aan een instelling een totaalscore toe te kennen.
3. De huidige MIP geeft niet automatisch inzicht in de oorzaken van de gesignaleerde afwijking. Daarbij kan door de grote hoeveelheid gegevens de boodschap snel verloren gaan.
4. De instellingen (uitgezonderd de instellingen in de thuiszorg) zijn weliswaar verplicht op basis van artikel 22 van de WZV veel informatie aan te leveren, maar zij zijn niet verplicht aan de MIP deel te nemen. Daarnaast zijn ze niet gehouden aan de uitkomsten van het onderzoek consequenties te verbinden.

5.3 Bedrijfsvergelijkingen aanvullen met achtergrondkenmerken

Het NZi heeft zo praktisch mogelijk uitgewerkt hoe op basis van de bestaande (MIP-)infrastructuur tot een vorm van benchmarking zou kunnen worden overgegaan. Het aangrijpingspunt hierbij is één van de belangrijkste ontbrekende zaken in de huidige bedrijfsvergelijkingen geweest, nl.: het ontbreken van een relatie tussen de prestaties van een instelling (hoe goed scoort een instelling op doelmatigheid) en de omgeving waarin de instelling functioneert (de achtergrondkenmerken). Als relevante achtergrondkenmerken om de bedrijfsvergelijkingen mee aan te vullen worden genoemd:

- verschillen in de bedrijfsvoering en productiekenmerken die binnen het bereik van het management liggen;
- verschillen in kwaliteit van geleverde zorg;
- verschillen in cliëntenkenmerken;
- verschillen in kenmerken samenhangend met de markt en de institutionele omgeving die buiten het bereik van het management liggen;
- meetfouten en verschillen in meetwijzen van productie-omvang en kosten.

Het is van belang om na te gaan welk effect deze kenmerken hebben op de prestaties van de instelling. Dit kan middels een econometrische analyse. Op voorhand is niet aan te geven in hoeverre de diverse factoren een significante invloed zullen hebben op de scores van instellingen. Een deel, bijvoorbeeld kwaliteitsaspecten zal nog nader geoperationaliseerd moeten worden. In de NZi-rapportage is aangegeven welke gegevens nu reeds beschikbaar zijn en welke eventueel eenvoudig beschikbaar kunnen komen. Ook de onderlinge relaties zullen hierbij in beeld gebracht dienen te worden. Daarvoor is het noodzakelijk dat er empirische studies plaatsvinden die de effecten in beeld brengen. Het

voordeel van toevoeging van het effect van de kenmerken op de performance van de instellingen is dat de uitkomsten hiermee worden gerelativeerd en gecorrigeerd. Daarnaast geeft het toegeschreven effect van de kenmerken inzicht hoe de performance van een instelling kan worden verbeterd, door na te gaan op welke wijze deze kenmerken beïnvloedbaar zijn.

Op dit moment is er nog geen verregaande empirische analyse uitgevoerd naar de samenhang tussen verschillende achtergrondkenmerken en de ratio van kosten per product, en de onderlinge samenhang tussen achtergrondkenmerken. Op basis van de praktijkervaring met het opstellen van de MIP-pen is door het NZi wel per AWBZ-sector wel al een overzicht opgesteld van potentieel belangrijke factoren (determinanten) voor doelmatigheid, te weten:

- kosten en opbrengsten (oa. budget of kosten onderverdeeld naar verschillende producten, exploitatieresultaat als percentage van het WTG-budget, etc.);
- beïnvloedbare factoren: personeelssamenstelling (oa. personeel per 100 bezette bedden, ziekteverzuim, inschaling personeel, etc.) en overige verschillen in bedrijfsvoering en productiekenmerken (bezettingsgraad, doorstromingscoëfficiënt, verblijfsduur, gemiddelde wachttijd, etc.);
- onbeïnvloedbare factoren: verschillen in cliëntenkenmerken (zorgzwaarte-index) en verschillen in markt en institutionele omgeving (sociaal leefklimaat, regionale verschillen in beloningsverhoudingen, etc.).

5.4 Bedrijfsvergelijkingen per sector: een eerste start

Ondanks het gegeven dat voor een goede bedrijfsvergelijking veel meer rekening gehouden moet worden met de invloed van de verschillende achtergrondkenmerken, is het verstandig een nieuwe start te maken op het terrein van de bedrijfsvergelijkingen die beter aansluit bij de wensen van het instellingsmanagement. Daarbij is een groot voordeel van een routinematige aanpak boven een eenmalig groot en diepgravend onderzoek dat het mogelijk is om jaarlijks verbeteringen aan te brengen in de methode van bedrijfsvergelijkingen. Uit de rapportage van het NZi blijkt dat het mogelijk is om op basis van standaard verzamelde informatie te komen tot nieuwe vormgeving van de MIP-pen. Niet mogelijk is het om voor iedere sector op het gewenste deelniveau voor de diverse deelproducten uitputtend goede spiegelinformatie te construeren.

Voor de uitvoering van de econometrische analyse om de relevante achtergrondkenmerken te achterhalen zal allereerst duidelijk moeten zijn welke factoren in de analyse meegenomen dienen te worden. Gestart kan worden met een groslijst van kenmerken die routinematig in de diverse gegevensbestanden beschikbaar zijn. Tegelijkertijd zal consensus moeten bestaan over de wijze waarop de performance van een instelling gemeten kan worden. Dat betekent allereerst dat de verschillende producten die door de instellingen binnen een bepaalde sector worden voortgebracht op een eenduidige wijze onder één noemer gebracht moeten worden.

De thuiszorg en de ouderenzorg bieden volgens het NZi op korte termijn de grootste kans om succesvol zo'n econometrische analyse uit te voeren. Binnen de thuiszorg wordt momenteel een benchmarktraject uitgevoerd (zie hoofdstuk 4.4) dat vergelijkbaar is met de in dit hoofdstuk geschetste aanpak. De uitkomsten van dit onderzoek kunnen gebruikt worden om in de toekomst op routinematige wijze periodiek een benchmark uit te voeren. Nagegaan zal moeten worden welke gegevens niet routinematig jaarlijks worden verzameld en die volgens het onderzoeksbureau een belangrijke bijdrage aan de performance van de instelling leveren. De instellingen in de geestelijke gezondheidszorg zijn sinds korte tijd op een andere wijze van bekostigen overgegaan. De productdefinities zijn gebaseerd op behandelmodules. Het ligt voor de hand dat de econometrische analyses op basis van de nieuwe productdefinities plaatsvinden. De gehandicaptenzorg werkt momenteel aan een nieuw stelsel van productdefinities, waarmee naar verwachting volgend jaar geëxperimenteerd gaat worden. Het verdient aanbeveling om gelijktijdig de registratie van de nieuwe producten over de gehele sector te laten plaatsvinden.

De rapportage van het NZi is vooral gefocust op doelmatigheid in enge zin: kosten per eenheid product. Kwaliteit is echter naast doelmatigheid van vergelijkbaar belang. Voorkomen moet worden dat de "doelmatigheid" van een kwalitatief slechte instelling als maat genomen wordt. Kwaliteit is in de praktijk zeer moeilijk te meten. In de achtergrondkenmerken zijn elementen van kwaliteit meegenomen. Door meer met deze determinanten rekening te houden is het mogelijk in grote lijn hiervoor te corrigeren. Voorts dient er een goede balans gevonden te worden tussen enerzijds het niveau van de informatie die op periodieke wijze wordt verzameld en bewerkt en kan worden teruggekoppeld, en anderzijds de inspanning die het verstrekken van deze informatie voor de instelling met zich mee brengt en de consequenties voor de kwaliteit van de informatie.

In de ogen van de werkgroep ligt het op de weg van het zorgkantoor om een instelling aan te spreken op de resultaten van de benchmark. Het NZi heeft voorstellen ontwikkeld om de MIP-pen zodanig aan te passen dat zij bruikbaar worden voor benchmarking. Zo kan een brug worden geslagen tussen wat mogelijk is met de bestaande gegevens en de toekomstige situatie. Niet alle aanpassingen die het NZi voorstelt zullen van vandaag op morgen zijn gerealiseerd, maar de MIP-methode biedt een aanzet om op korte termijn met een globale vorm van benchmarking aan de slag te gaan.

Deze benadering geeft per sector het volgende beeld:

thuiszorg

De thuiszorg is volgens het NZi een van de sectoren die de grootste kans biedt om op korte termijn een econometrische analyse uit te voeren. Ook het onderzoek dat momenteel in deze sector plaatsvindt door PWC/Berenschot heeft een econometrische component (de DEA-methode). Wanneer de uitkomsten van dit onderzoek in januari 1999 beschikbaar zijn dient de overheid een keuze te maken tussen de modellen of combinaties van modellen voor de toekomstige uitvoeringswijze van de benchmark.

verpleeg- en verzorgingshuizen

De ouderenzorg biedt volgens het NZi eveneens een goede kans om op korte termijn een econometrische analyse mee uit te voeren. De bestaande NZi enquête bestrijkt overigens alleen de verpleeghuizen, de verzorgingshuizen kennen een eigen instrument.

Het model van PWC/Berenschot voor deze sector kent ook een econometrische component (analoog aan het onderzoek in de thuiszorg). Dit laatste onderzoek bestrijkt zowel de verpleeg- als de verzorgingshuizen.

Ook hier geldt dat wanneer de uitkomsten van het onderzoek van PWC-Berenschot in januari beschikbaar zijn, de overheid een keuze dient te maken tussen de modellen en uitvoeringswijze ten behoeve van een opzet voor een benchmark.

gehandicaptenzorg

MEY constateert in haar rapportage dat voor een brede uitvoering van haar onderzoeksmethode aan een aantal voorwaarden moet worden voldaan (toepassing VGN rekeningschema, landelijke systematiek van productomschrijvingen en afspraken over wijze kostentoerekening). Momenteel is in deze sector een nieuw stelsel van productdefinities in ontwikkeling.

Ook het NZi acht het verstandig te wachten op de invoering van dit stelsel voordat ze haar bestaande instrumentarium aanpast. Voor de korte termijn is hier in ieder geval de bestaande MIP-systematiek van het NZi toepasbaar.

De werkgroep acht het verstandig de inspanningen in deze sector te concentreren op het vervullen van de randvoorwaarden alvorens over te gaan tot een meer uitgebreide vorm van benchmarking.

geestelijke gezondheidszorg

Het NZi wil het nieuwe instrumentarium in de ggz baseren op de productdefinities die onlangs in deze sector zijn ingevoerd. Het NZi constateert dat registratie van deze producten op dit moment nog niet systematisch plaatsvindt. Dit is voor toepassing van de aangepaste NZi-methode een duidelijke handicap. Overigens worden in de sector verschillende initiatieven genomen om hieraan tegemoet te komen.

Ook Bakkenist constateert in haar rapport dat in de ggz nog het een en ander schort aan de productregistratie (zie hoofdstuk 4). Bakkenist valt daarom terug op het voortbrengingsmodel. Ook de meer bescheiden eisen, die dit model stelt aan de instellingsadministraties, zijn echter nog niet alle vervuld.

De werkgroep acht het daarom ook voor de ggz nuttig de inspanningen op korte termijn te concentreren op het vervullen van de randvoorwaarden die noodzakelijk zijn voor de benchmarking. Gedurende deze periode kan worden gewerkt met de bestaande NZi-systematiek. Wanneer de randvoorwaarden voor de benchmarking wel vervuld zijn, dient de overheid een keuze te maken in methode en uitvoering hiervan.

algemeen

Instellingen leveren momenteel in diverse enquêtes (deels verplicht in het kader van artikel 22 WZV) gegevens aan het NZi. De respons is (op de thuiszorg na) bijna 100%.

De instellingen ontvangen daarop automatisch een MIP, mits de informatie tijdig en volledig

is aangeleverd. De huidige MIP-pen worden door het instellingsmanagement beperkt toepasbaar geacht voor verbetering van de bedrijfsvoering.

In het NZi-onderzoek is aangegeven dat uitbreiding van de informatie nodig is om goede analyses van de kostenstructuur van een sector te kunnen maken, en in beeld te brengen welke kenmerken de performance van instellingen sterk beïnvloeden.

Toevoegen van de resultaten uit een dergelijke analyse aan een benchmark of MIP-nieuwe stijl doet de gebruikswaarde toenemen.

Wanneer in een sector gekozen wordt voor de methode van het NZi, acht de werkgroep het wenselijk dat iedere instelling in beginsel aan de informatietoelevering deelneemt (conform de aanpak in de thuiszorg).

De resultaten van de benchmark worden vervolgens aan de instellingen teruggekoppeld.

Wanneer uit de benchmark blijkt dat de instelling mogelijkheden heeft om de kwaliteit of de doelmatigheid te verbeteren, zullen instellingen deze mogelijkheden benutten. Het zorgkantoor dient in de visie van de werkgroep een instelling hierin te ondersteunen en stimuleren.

HOOFDSTUK 6: CONCLUSIES

6.1 Inleiding

In de hoofdstukken vier en vijf is de ontwikkeling van het benchmarkinstrumentarium beschreven zoals dat in het kader van het onderzoek heeft plaatsgevonden.

Tevens is bij de verschillende sectoren aangegeven welke moeilijkheden en problemen tot nu toe zijn ondervonden bij de modelontwikkeling, en welke obstakels er zijn te verwachten bij een brede invoering van benchmarking binnen de AWBZ.

In dit hoofdstuk 6 wordt op basis van die analyses een aantal algemene conclusies verbonden aan de tot nu toe bereikte resultaten (6.2).

De aanbevelingen zijn vertaald in een mogelijk invoeringstraject voor benchmarking in de AWBZ (6.4). Daaraan voorafgaand wordt aandacht besteed aan de randvoorwaarden die voor een zinvolle toepassing van benchmarking op het terrein van de informatievoorziening dienen te zijn vervuld (6.3). Daarbij is aangegeven in hoeverre nog niet aan die randvoorwaarden kan worden voldaan, en hoe daar in de toekomst in kan worden voorzien.

6.2 Algemene conclusies

Uit het onderzoek is naar voren gekomen dat benchmarking een bijdrage kan leveren aan het verbeteren van het functioneren van instellingen binnen de AWBZ. Voor het goed functioneren van de benchmarking is het dan ook noodzakelijk dat de instelling zelf het belang van deze methode voor het optimaliseren van de eigen bedrijfsvoering inziet. De werkgroep is van mening dat benchmarking in de AWBZ twee belangrijke functies kan vervullen: het verschaffen van inzicht aan de instelling in de relatieve betekenis van de geleverde prestaties in de bedrijfsvoering en het verschaffen van verantwoording aan derden over de inzet van middelen en geleverde prestaties. Die derden kunnen cliënten, zorgkantoren en de overheid zijn.

Uit de onderzoeksresultaten die tot nu toe beschikbaar zijn gekomen blijkt dat voor een "ideale" benchmark zoals door de verschillende onderzoeksbureaus wordt voorgesteld een aantal randvoorwaarden niet is vervuld (zie ook 6.3). Dit betekent dat een dergelijke benchmark op korte termijn niet haalbaar is.

Voor de werkgroep is het echter belangrijk dat op korte termijn toch kan worden gestart met een systeem dat kan leiden tot benchmarking. Dit uitgangspunt stelt als voorwaarde dat het systeem eenvoudig te implementeren dient te zijn en gebruik maakt van de al bestaande informatie.

De werkgroep geeft de voorkeur aan een start met een dergelijk vereenvoudigd systeem gericht op het invoeren van benchmarking totdat de informatievoorziening zodanig zal zijn aangepast dat het benchmarkmodel kan worden gevuld.

Indien en voorzover invoering van de modellen van de onderzoeksbureaus op de korte termijn niet haalbaar is, is het naar de mening van de werkgroep wel mogelijk te starten met een praktische en zinvolle methode van benchmarken. Dit laatste kan op basis van bestaande, reeds beschikbare, gegevens. Daartoe kan worden voortgeborduurd op de door

het NZi reeds gehanteerde MIP-pen¹⁰, op termijn aangevuld met een analyse van de determinanten van de instellingsprestaties (zie het NZi-rapport "Benchmarking in de praktijk", in de bijlage).

Voor de lange termijn dient het streven te zijn te komen tot invoering van een meer omvattende methode van benchmarking. Hierbij gaat het niet alleen om de beschikbaarheid van productdefinities, aangepaste instellingsadministraties, een zinvolle correctie voor zorgzwaarte en een adequaat informatiestelsel (zie paragraaf 6.3). Ook de aanvulling van bestaande MIP-pen met productiegegevens en met determinanten die van invloed zijn op de productiviteitsratio's, vergt nader onderzoek. Er dient uiteindelijk ook een gemeenschappelijke set van kengetallen te worden benoemd die bij alle sectoren wordt verzameld. De werkgroep acht de in het referentiemodel benoemde kengetallen geschikt als uitgangspunt voor deze basisset voor wat betreft de doelmatigheid in enge zin. Daarnaast dienen er kengetallen te worden benoemd voor de andere gebieden, waar onder kwaliteit.

Wanneer begin volgend jaar de resterende onderzoeksresultaten beschikbaar komen, kunnen onderdelen hieruit mogelijk een bruikbare input geven voor het vervolgtraject.

De werkgroep stelt zich op het standpunt dat benchmarking niet primair dient te worden aangewend als grondslag voor de bekostiging van instellingen, en vice versa de bekostigingssystematiek in de AWBZ niet primair wordt ingezet om de doelstellingen van benchmarking te bereiken. Dit neemt niet weg dat er tussen benchmarking en middelentoewijzing evidente relaties zijn. Voorzover de bekostiging instellingen beloont voor hun prestaties wordt de prikkel voor instellingen om hun prestaties te verbeteren (waarbij benchmarking een instrument is) versterkt. Tegelijkertijd levert de informatie waarop benchmarking stoelt mogelijk aanknopingspunten om de beleidsregels betreffende de middelentoewijzing te verbeteren (meer kostenconform). Eén en ander dient per sector te worden opgepakt via de daartoe geëigende kanalen.

Daarnaast ziet de werkgroep goede mogelijkheden om in het te ontwikkelen besturingsmodel voor de AWBZ, zorgkantoren instrumenten te verschaffen om de toegekende groei gericht in te zetten. De benchmarkinformatie over het aanbod binnen haar regio biedt de argumenten om deze middelen vooral daar in te zetten waar het effect maximaal is.

6.3 Randvoorwaarden

Voor het op langere termijn zinvol kunnen toepassen van een benchmark langs de lijnen die de werkgroep voorstaat is de beschikbaarheid en betrouwbaarheid van voldoende relevante gegevens één van de cruciale randvoorwaarden. In deze paragraaf wordt ingegaan op een aantal aspecten van die informatievoorziening, waarbij aanbevelingen worden gedaan om de bestaande situatie te verbeteren.

¹⁰ Het binnen de verzorgingshuizen gehanteerde "EBIS"-systeem biedt hiervoor ook aanknopingspunten.

Achtereenvolgens komen de volgende aspecten aan bod:

- a. de beschikbaarheid van productdefinities;
- b. de kwaliteit van de instellingsadministraties in relatie tot de gevraagde kengetallen;
- c. de vaststelling van de zorgbehoefte;
- d. het inrichten van een adequaat informatiestelsel.

ad a) Sluitende productdefinities en registraties

Adequate productdefinities en -registraties zijn nodig om de prestaties van instellingen te kunnen meten. Niet alle sectoren voldoen in gelijke mate aan deze randvoorwaarde:

- Voor de thuiszorg zijn deze productdefinities al voorhanden en worden door de instellingen geregistreerd.
- De geestelijke gezondheidszorg kent productdefinities in de vorm van bekostigingscategorieën. De registraties van de instellingen is nog niet in alle gevallen ingericht op deze nieuwe bekostigingscategorieën.
- Voor de gehandicaptenzorg zijn de productdefinities nu nog in ontwikkeling. Dit ontwikkelingstraject is naar verwachting eind dit jaar afgerond. Dit is voor de benchmarking van groot belang. De verdere ontwikkeling van het benchmarkinstrument in de gehandicaptenzorg dient op deze productdefinities te worden gebaseerd.
- Voor de sector van de verpleeg- en verzorgingshuizen zijn nog geen afzonderlijke productdefinities voor handen, maar is het onderscheiden van zorgzwaartes voorlopig voldoende om te komen tot een verbeterde bepaling van de productie. In het huidige onderzoek is gebruik gemaakt van bestaande instrumenten om de zorgzwaarte te bepalen. Zodra het verbeterde instrument beschikbaar is (nu in ontwikkeling), kan deze worden benut.

Afgezien van het feit dat het voor de benchmark van belang is dat er sluitende productdefinities komen, moeten de instellingen ook op basis van deze definities hun output gaan registreren. Het ligt daarbij vervolgens voor de hand dat deze productdefinities op termijn tevens de basis vormen voor de bekostiging van de instellingen (dat wil zeggen voor het variabel deel van de budgetten). Belangrijke voorwaarde hiervoor is wel dat de door de instelling geleverde productie is vast te stellen door een derde (zie hieronder). Zolang dit niet het geval is, zet een dergelijke tariefdifferentiatie een premie op het te hoog inschatten van de eigen productie door de instelling.

ad. b) Instellingsadministraties van voldoende kwaliteit

Uit de rapportages van de onderzoeksbureaus blijkt dat de administraties van instellingen niet zijn ingericht om een groot deel van de gevraagde kengetallen op te leveren. Het betreft de registratie van de geleverde productie (op basis van producttyperingen) en de relatie tussen de ingezette middelen en de producten.

Zowel bij het onderzoek in de ggz als in de gehandicaptenzorg is het niet vastgelegd zijn van de voor het onderzoek benodigde informatie een knelpunt gebleken.

De werkgroep beveelt aan, aan het COTG een uitvoeringstoets te vragen hoe tot een betere verantwoording kan worden gekomen van de prestaties die met de budgetten zijn geleverd en op welke wijze tot aanpassing van de administratievoorschriften kan worden gekomen.

ad. c) Onafhankelijke vaststelling zorgbehoefte patiënt

Een cruciale variabele om de instellingsprestaties in beeld te brengen is de zorgbehoefte van de behandelde cliënten. Deze vaststelling dient te geschieden door een onafhankelijke derde. De onafhankelijk vastgestelde zorgbehoefte moet bij voorkeur worden gekoppeld aan, of gedefinieerd in termen van één of meerdere productdefinities. Door aggregatie van de indicaties per instelling kan de door de instelling te leveren productie worden vastgesteld. Het zorgkantoor kan, door de afgegeven indicaties te combineren met de cliëntgegevens, bepalen of een instelling inderdaad het overeengekomen volume aan zorg heeft geleverd.

Voor de AWBZ is een systeem van onafhankelijke indicatiestelling volop in ontwikkeling. Voor de cliënt is het grote voordeel dat deze met diens hulpvraag bij één loket terecht kan, in plaats van verschillende instellingen. Het RIO (regionaal indicatie-orgaan) is het orgaan dat per regio deze taak moet vervullen¹¹.

Bij de ontwikkeling van het stelsel van indicatiestelling dient waar mogelijk rekening te worden gehouden met de ontwikkelingen vanuit het benchmarkingtraject.

ad. d) Het inrichten van een adequaat informatiestelsel

Instellingen dienen jaarlijks op basis van uiteenlopende regelingen informatie aan te leveren bij de overheid en derden. Deze informatieplicht wordt veelal als belastend ervaren. De werkgroep beveelt daarom aan te komen tot een inventarisatie van informatieverplichtingen van instellingen in de gezondheidszorg. Waar mogelijk zouden dergelijke verplichtingen of geschrapt of op elkaar dienen te worden afgestemd (dezelfde informatie maar eenmaal verstrekken).

Een goede structuur voor de informatievoorziening is voor het functioneren van de benchmark cruciaal. Hiervoor dient de informatieplicht van de instellingen te worden uitgebreid met de basisset benchmarkgegevens (kengetallen) die binnen alle AWBZ-sectoren dient te worden verzameld.

De informatie dient te worden afgestemd op de behoefte die iedere participant nodig heeft voor het vervullen van zijn taak. Zo heeft het zorgkantoor specifieke informatie nodig voor het waarmaken van haar rol in de regio. Hiertoe behoren onder andere de prestaties van de instellingen die in haar regio werkzaam zijn.

De overheid moet in ieder geval per sector de beschikking te krijgen over de geanonimiseerde prestaties van de instellingen. Op deze manier kunnen ook de prestaties per regio worden vergeleken. Deze gegevens zijn zowel nodig om te beoordelen of: 1) de gewenste spreiding van voorzieningen inderdaad wordt bereikt¹², als om te kunnen beoordelen; 2) of het zorgkantoor in de regio goed functioneert (immers de geleverde zorg in de regio is primair de verantwoordelijkheid van de instelling en het zorgkantoor) en 3) om de spreiding in de prestatie van scores van instellingen te kunnen zien.

Daarnaast is het naar de mening van de werkgroep wenselijk dat de overheid toegang krijgt tot de gegevens van een instelling, wanneer deze instelling zeer zwak presteert en het zorgkantoor verzuimt in te grijpen.

¹¹ Voor de geestelijke gezondheidszorg is daarnaast een rol weggelegd voor de huisarts.

¹² Voor de beoordeling van de kwaliteit en kwantiteit van de geleverde zorg in een regio zijn de prestaties van de instellingen relevanter dan de instellingsbudgetten.

Voor het goed functioneren van de benchmarking is het noodzakelijk de informatiestromen en informatieverwerking goed te organiseren. De informatiestromen dienen te worden gewaarborgd via het gezamenlijk met het veld opzetten van een beheerorganisatie en het creëren van een adequaat wettelijk kader (waarbij overigens gebruik gemaakt kan worden van de huidige wettelijke mogelijkheden in de AWBZ, de WTG en de WZV).

Tabel 6.1 Samenvattend overzicht stand van zaken in de vier AWBZ-sectoren

	thuiszorg	verpleging en verzorging	gehandicap- tensector	geestelijke gezondheids- zorg
Modelontwik- keling	model is ont- wikkeld, gege- vens zijn ver- zameld, nu be- zig met gege- vensanalyse	model is ont- wikkeld (excl. validatie)	model is ont- wikkeld (excl. validatie en wegingsme- thodiek)	nog geen uit- gewerkt model cf. opzet werk- groep
Productdefi- nities en regis- tratie	beschikbaar, wordt tevens op geregistreerd	niet be- schikbaar	in ontwikkeling	beschikbaar, registratie sluit hier nog niet altijd op aan
Instrumenta- rium t.b.v. vast- stelling zorg- zwaarte	¹³	bestaand in- strumentarium, nieuw instru- ment in ontwik- keling	in ontwikkeling	ruw, middels bestaande bekosti- gingscatego- rieën

6.4 Het invoeringstraject

In deze paragraaf wordt ingegaan op de wijze waarop de bredere invoering van benchmarking gestalte kan krijgen, de activiteiten die daarvoor dienen te worden ontplooid en op de fasering van die activiteiten.

invoeringsprotocollen

Teneinde een sectorbreed invoeringstraject te faciliteren zou per sector een protocol van invoering dienen te worden afgesproken, waartoe de overheid (de minister van VWS) het initiatief zou moeten nemen. Naast instellingen (vertegenwoordigd door hun koepelorgani-

¹³ De thuiszorg kent geen apart instrumentarium ten behoeve van de vaststelling van de zorgzwaarte. De zorgzwaarte kan worden afgeleid uit de samenstelling van de producten en de daaraan gerelateerde hoeveelheid uren zorg en het aantal con-
tacten, waarvoor de cliënt geïndiceerd is.

satie) en de overheid zijn ook zorgkantoren (vertegenwoordigd door ZN) en vertegenwoordigers van patiënten/consumentenorganisaties betrokken. In het protocol kunnen onder meer de informatievoorziening, de periodiciteit van benchmarking (frequentie), de omgang met gegevens (openbaarheid), de verantwoordelijkheid voor de verzameling, bewerking en beschikbaarstelling van gegevens en sanctiemogelijkheden bij onverhoopte weigering tot medewerking (overeenkomstenstelsel) worden geregeld.

De medewerking van individuele instellingen aan benchmarking kan in de reguliere overeenkomsten tussen instellingen en zorgkantoren worden gewaarborgd.

Mocht het niet mogelijk blijken om met betrokken partijen tot overeenstemming te komen over protocollen van invoering dan dient de wijze van invoering van benchmarking zoals door de werkgroep beoogd te worden heroverwogen. Voor het op gang brengen van dit proces is een meer sturende rol van de overheid, bijvoorbeeld in de vorm van wetgevingsinitiatieven, dan niet uit te sluiten.

fasering

Bij de opzet en planning van het onderzoek heeft de werkgroep een langere tijdshorizon betrokken dan voor het bestek van het onderzoek beschikbaar was, omdat de werkgroep ook heeft gekeken naar de mogelijke opzet van een vervolgtraject na afronding van het onderzoek. De werkzaamheden van de werkgroep laten zich daarmee plaatsen binnen de ruimere context van een AWBZ-brede invoering van de benchmarkingmethodiek.

Na afronding van de voorbereidende werkzaamheden, uitmondend in de bepaling van het referentiemodel en de keuze van de onderzoeksbureaus, heeft de werkgroep een fasering aangebracht in de mogelijke vervolgactiviteiten, uitmondend in een geïnstitutionaliseerde toepassing binnen de sectoren. Bij de wenselijkheid van deze fasering speelt een belangrijke rol dat het succesvol ontwikkelen en implementeren van benchmarking een tijdsintensief iteratief proces vergt in samenspel tussen een groot aantal actoren. Nu reeds valt te voorzien dat volledige operationalisering van benchmarking in de AWBZ meerdere jaren in beslag zal nemen.

Onderstaand worden in beknopte vorm de door de werkgroep voorziene vervolgactiviteiten qua methodiekontwikkeling benoemd. De volgende stappen kunnen worden onderscheiden.

Stap 1: De validering van het model voor de sector van de verpleeg- en verzorgingshuizen en voor de thuiszorg dient de komende maanden te worden afgerond. De door de onderzoeksbureaus ontwikkelde modellen dienen na afronding van de validering aan een kritische vergelijking te worden onderworpen. Deze vergelijking heeft tot doel te beziën welke elementen van de modellen kunnen worden overgenomen ten behoeve van de benchmarking in de andere sectoren.

Stap 2: Starten met benchmarking op basis van de bestaande infrastructuur in ieder geval in de sectoren van de gehandicaptenzorg (na het beschikbaar komen van de productdefinities) en de geestelijke gezondheidszorg, waarbij gelijktijdig zal worden verder gewerkt aan het vervullen van de randvoorwaarden. Het vervolg in de

thuiszorg en de invoering in de sector verpleging en verzorging is afhankelijk van definitieve onderzoeksresultaten.

Stap 3: Verbreding methodiek: vereniging NZi-methodiek en de vier modellen (symbiose). Het uiteindelijke model dient zich (zoveel mogelijk) te richten op parameters die voor het instellingsmanagement beïnvloedbaar zijn. Voor resterende niet-beïnvloedbare factoren dient te worden gecorrigeerd.

Stap 4: Lange termijn implementatie-activiteiten van de ontwikkelde modellen en methodieken. In het kader van de lange termijn-implementatie dienen de volgende zaken in ieder geval te worden geregeld:

- Opzetten beheersorganisatie:* Opzetten van een beheersorganisatie (onderhoud van het model, organiseren van informatiestromen).
- Wijzigen wet- en regelgeving:* Het wijzigen van wet- en regelgeving betreffende de informatievoorziening (juridische positie beheersorganisatie, eigenaarschap en openbaarheid van gegevens regelen).
- Wijzigen overeenkomsten:* Het opnemen van een bepaling in de overeenkomsten tussen aanbieders en zorgkantoren tot het uitvoeren van benchmarks.
- Rapportage:* Het rapporteren aan de belanghebbenden (deelnemende instellingen, koepels, zorgkantoren en overheid).
- Ontwikkeling en invoering rekeningschema's:* Het opstellen van een plan van aanpak om tot aanpassing van de rekeningsschema's bij de instellingen over te gaan. Het vervolgens aanpassen van de administraties bij de instellingen conform de nieuwe rekeningschema's.
- Aanpassing landelijke registraties:* Het opstellen van een plan van aanpak tot aanpassing van de landelijke registraties, en vervolgens de uitvoering van die aanpassingen.

Tenslotte

De werkgroep vindt het belangrijk om te benadrukken dat het voor een soepele invoering van benchmarking op basis van adequate kengetallen van belang is dat betrokken AWBZ-actoren de aanpak steunen. Benchmarking is een nieuw instrument in de zorgsector. Zoals uit het Regeerakkoord blijkt hecht de politiek grote waarde aan dit instrument dat van invloed is op alle betrokken actoren in de AWBZ-sectoren: het departement, koepels, instellingen, verzekeraars en cliënten. Door dit onderzoek is het belang dat de betrokken actoren hechten aan transparantie verder versterkt. De werkgroep is van opvatting dat er op korte termijn een serieuze stap dient te worden gezet om de transparantie in deze sector te verbeteren.

Het invoeren van benchmarking is een ingewikkeld en langdurig traject. De werkgroep is ervan overtuigd dat er zeer veel in gang is gezet. De weg is echter nog lang.

Bij het bewandelen van die weg dient het juiste evenwicht te worden gevonden tussen modelontwikkeling/verbetering van de informatievoorziening en "het roeien met de riemen die je hebt". Het is daarbij zaak een goede marsroute uit te stippelen waarbij de weg naar het einddoel en de benodigde reistijd, per sector kan variëren.

BIJLAGEN BIJ HET RAPPORT BENCHMARKING IN DE AWBZ

1. De taakopdracht van de werkgroep
2. De leden van de werkgroep en de subwerkgroepen
3. Het referentiemodel
4. Het NZI-onderzoek
5. Deelonderzoek thuiszorg
6. Deelonderzoek verpleging en verzorging
7. Deelonderzoek gehandicaptensector
8. Deelonderzoek geestelijke gezondheidszorg
9. Eindrapportage toepassing benchmarkanalysemodel
voor sector verpleging en verzorging gefaseerd en onder
randvoorwaarden haalbaar
10. Benchmarkonderzoek Thuiszorg biedt aanknopingspunten
voor instellingen en overheid

12. Benchmarking in de AWBZ

De omzet in de AWBZ is ca. 23 mld (1997). Deze kabinetsperiode is er voor gekozen om vormen van marktwerking in de AWBZ te beperken tot de thuiszorg (ca. 3,5 mld.) en het persoonsgebonden budget (ca. 200 mln). Het overgrote deel van de AWBZ wordt verstrekt via instellingen in de sectoren geestelijke gezondheidszorg; ouderenzorg en gehandicaptenzorg. De AWBZ bevat nauwelijks incentives voor instellingen om hun kosten/prestatie verhouding te optimaliseren.

De werkgroep krijgt als taak om een set kengetallen te ontwikkelen die de prestaties van vergelijkbare instellingen in de AWBZ meten en karakteriseren op het punt van bedrijfsvoering en zorgverlening. De vergelijking vindt plaats tussen instellingen die een vergelijkbare vorm van zorg aanbieden. Voorbeelden zijn RIAGG's, verpleeghuizen, verzorgingshuizen, instellingen voor geestelijk gehandicapten, etc. Op basis van een regelmatige meting van de (spreiding in) scores op deze kengetallen (de benchmarks) wordt een 'best practice' getypeerd en beschreven, die vervolgens als norm kan gaan functioneren. Met het periodiek verkregen inzicht in de relatieve scores van instellingen kan een incentivestructuur worden ontwikkeld waarmee een gereguleerde competitie mogelijk wordt en iedere (instelling binnen de) sector in de richting van optimale uitkomsten wordt gestuurd. De doelmatigheidswinst die hiermee kan worden behaald, blijft binnen de sector.

In het IBO-onderzoek dient een financieringsmethodiek te worden ontwikkeld die gebaseerd is op prestaties van de 'best practice' zoals jaarlijks gemeten wordt met behulp van kengetallen. In ieder geval dient een variant onderzocht te worden of deze benchmarking- en financieringsmethodiek zo kan worden toegepast dat niet langer de instellingen een budget krijgen maar de administratiekantoren in de regio. De instellingen kunnen dan op basis van output worden bekostigd en de macro-kostenbeheersing blijft gehandhaafd.

Deelnemende departementen: VWS, Financiën, AZ, EZ, SZW, SCP en een onderzoeksinstituut

IBO-werkgroep benchmarking in de AWBZ

Voorzitter: drs. J.F. de Beer, KPMG
Secretarissen: mr. drs. P. Boone, min. Financiën (na 01.09.98, min. VWS)
drs. F.J. van den Heuvel, min.VWS (tot 01.09.98)
drs. C.E. Mur, min. Financiën (vanaf 01.09.98)

Leden:

- *Ministerie Financiën*

drs. C.A. Birkhoff

mw. drs. C.E. Mur

mw. drs. J. Verduijn

- *Ministerie van VWS*

mw. drs. J.P.M. Lazeroms

mw. M.R.M. Petit

W.P. Uittenbogaard

J.C. Visser

drs. F. Gardenbroek

ir. A.P.M. Bersee

J. Noordt zij

J.S.J. Bierhof

- *Ministerie AZ*

drs. M.P. van Gastel

- *Ministerie EZ*

drs. G.W.J.M. Linssen

drs. E.B.K. v. Koesveld

- *Ministerie SZW*

drs. C. Laan

dr. W.H.J. Hassink

- *NZI*

drs. L. Vandermeulen

- *COTG*

drs. A.L.M. Barendregt

Subgroep Thuiszorg

Voorzitter: drs. J.S.J. Bierhof (min. VWS)

Leden:

- *Ministerie VWS*

mw. drs. H.J. van der Meulen

drs. R.M. van Haeck

- *Ministerie Financiën*

mw. drs. J.C.W. Vlug

- *Branchebelang Thuiszorg Nederland*

mr. W.B. Jongma

- *Landelijke Vereniging voor Thuiszorg*

drs. B.E. van den Dungen

drs. V.F. Verrijp

- *Zorgverzekeraars Nederland*

P. Oudhof

- *COTG*

D.J. Evelein

J. van der Veen

- *Ziekenfondsraad*

mr. H.J. van der Moer

J.H. van Egmond

- *Coopers & Lybrand\Berenschot*

Subwerkgroep verzorging en verpleging

Voorzitter: drs. J.C. Visser (Min. VWS)

Leden:

- *Ministerie Financiën*

mr. drs. P. Boone

- *Ministerie VWS*

H.J. Klaassens

mw. B. Jansen

G. Groeneboom

H. Henstra

mw. drs. H.J. van der Meulen

- *WZF*

P. Kleinherenbrink

- *NVVz*

L. Jaques

mw. H. Neuteboom

- *COTG*

Loek Fresen

- *Coopers & Lybrand\Berenschot*

Subgroep Gehandicaptenzorg

Voorzitter: drs. F. Gardenbroek (Min. VWS)

Leden:

- *Ministerie Financiën*

mw. drs. C.E. Mur

- *Ministerie VWS*

drs. A.A.W. Witlox

drs. W.A. Mertens

dr.ir. J.T. Schokker

R.M. Haeck

- *VGN*

drs. H. Cosijnse

drs. T.P. Kösters

- *COTG*

drs. G.J. Verschoor

- *ZFR*

drs. P.M.H. Bouts

- *ZN*

drs. P. van den Broek

- *FvO*

M.J. de Jong

- *Moret, Ernst & Young*

Subwerkgroep Geestelijke Gezondheidszorg

Voorzitter: ir. A.P.M. Bersee (min. VWS)

Leden:

- *Ministerie Financiën*

drs. A.C.C. Rebergen

drs. C.E. Mur

- *Ministerie VWS*

C. de Jager

J. Noordt zij

K. Hoejenbos

L. Gill

- *COTG*

P.H. Tijsterman

- *Zorgverzekeraars Nederland*

mw. J. van Duuren

Vereniging GGZ Nederland

J. Heesters

- *Bakkenist*

Ministerie van VWS

**Referentiekader IBO
Benchmarking AWBZ**

**Den Haag, 18 februari 1998
GM/SA/IW**

Inhoudsopgave

Inleiding	3
1 Referentiekader voor de te ontwikkelen benchmarkmodellen	5
1.1 Basismodel is onderdeel referentiekader	8
1.2 Hoofdpijnen basismodel	10
2 Primaire processen binnen de te benchmarken sectoren	12
2.1 Ouderenzorg	12
2.2 Geestelijke gezondheidszorg	13
2.3 Gehandicaptenzorg	15
3 Facilitair proces	17
Bijlagen	
1 Primair proces verzorgingshuis nader uitgewerkt	18
2 Primair proces verpleeghuis nader uitgewerkt	20
3 Primair proces GGZ-instellingen nader uitgewerkt	22
4 Primair proces gehandicaptenzorg nader uitgewerkt	24
5 Functies en activiteiten in het facilitaire proces	26
6 (Potentiële) knelpunten bij toetsen benchmarkmodellen	28
7 Beknopte lijst van begrippen in de gezondheidszorg	29

Inleiding

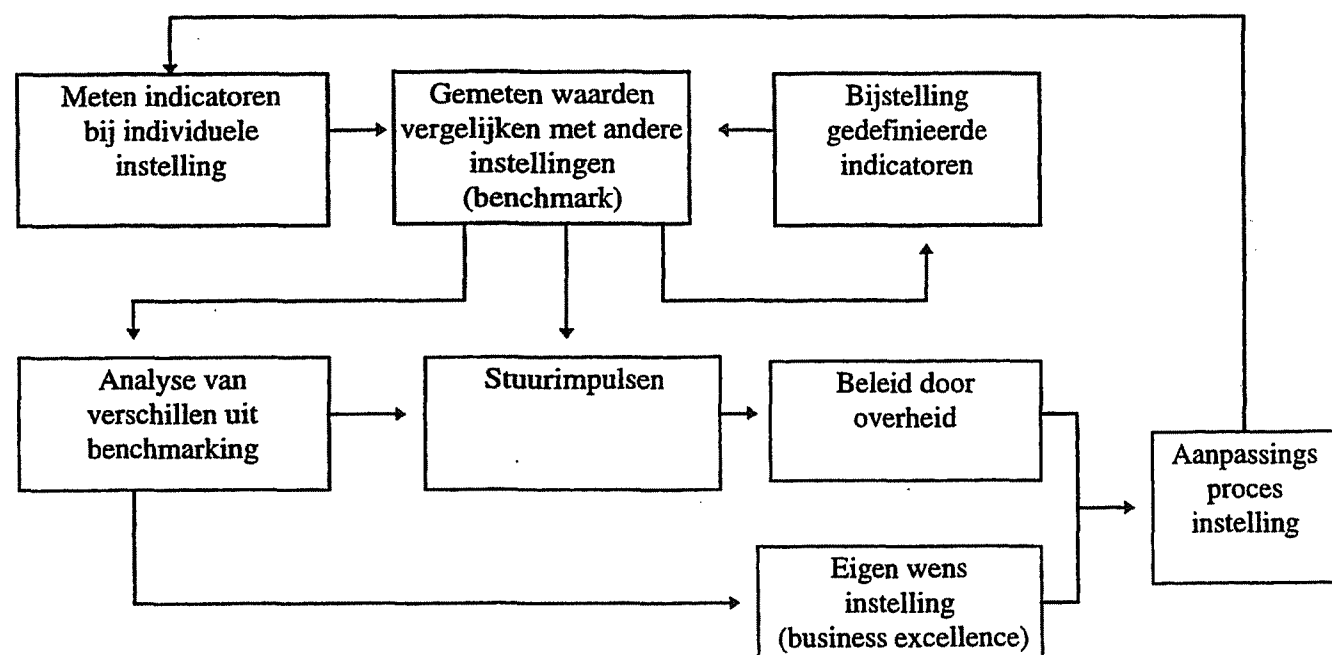
In 1997 heeft het kabinet besloten een Interdepartementaal Beleidsonderzoek in te stellen naar de invoering van benchmarking in de belangrijkste AWBZ-sectoren: ouderenzorg, geestelijke gezondheidszorg (GGZ) en gehandicaptenzorg. Binnen de ouderenzorg is onderscheid gemaakt naar verzorgings- en verpleeghuizen, terwijl in de GGZ onderscheid is gemaakt naar algemene psychiatrische ziekenhuizen (APZ), Regionale Instellingen voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg (RIAGG) en Regionale Instellingen voor Beschermd Wonen (RIBW). In de gehandicaptenzorg wordt onderscheid gemaakt naar instellingen voor verstandelijk gehandicapten, Gezinsvervangende Tehuizen (GVT) en Dagopvang voor Ouderen (DVO).

Kabinet beoogt met benchmarking onder meer stimuleren doelmatigheid

Het kabinet beoogt met het invoeren van benchmarking:

1. het verstrekken van spiegelinformatie aan zorgaanbieders, zodat deze hun organisatie zo optimaal mogelijk kunnen inrichten;
2. het stimuleren van doelmatigheid. Het benchmarkonderzoek moet hiertoe inzicht geven in de kosten van een doelmatige zorgverlening;
3. het opleveren van informatie om te komen tot onderbouwde beleidsbeslissingen over de benodigde omvang, kwaliteit en kosten van het zorgaanbod;
4. het geven van een beter inzicht aan de consument over de kwaliteit die een zorgaanbieder de consument kan leveren.

De hiervoor weergegeven doelstellingen moeten uiteindelijk leiden tot het volgende proces:



De doelstellingen die door het kabinet zijn aangegeven, dienen gerealiseerd te worden door het functioneren van instellingen op de volgende vier terreinen in kaart te brengen:

1. de efficiency van de interne bedrijfsprocessen;
2. de kwaliteit van de dienstverlening;
3. het geleverde productievolume;
4. de financiële prestaties.

Het zorgproces, en dan met name de te leveren producten, dient hierbij centraal te staan. De producten worden door de per AWBZ-sector ingestelde subwerkgroepen gedefinieerd. Hierbij is van essentieel belang dat overleg plaatsvindt met "het veld" en dat dit instemt met de te definiëren producten. Het commitment en de medewerking van "het veld" is, naar de mening van de werkgroep, een noodzakelijke voorwaarde voor het slagen van het onderzoek.

Benchmarkonderzoek kent drie stappen

Het benchmarkonderzoek wordt in drie stappen uitgevoerd:

1. Het ontwikkelen van een benchmarkmodel per sector. Dit model moet de verhouding per instelling tussen producten en de daartoe in te zetten productiemiddelen inzichtelijk maken. Hiertoe dienen kengetallen ontwikkeld te worden.
2. Het per sector in de praktijk toetsen van het benchmarkmodel bij een beperkt aantal instellingen (circa 10 per sector).
3. Het verklaarbaar maken van geconstateerde en/of vermoedelijke verschillen.

Onderzoeksstappen worden uitgevoerd door externe bureaus

De onderzoeksstappen worden door externe onderzoeksbureaus uitgevoerd. Vooralsnog maakt stap 3 geen onderdeel uit van het onderzoekstraject. Het is echter van belang dat in stap 1 en 2 reeds rekening wordt gehouden met het verklaarbaar maken van geconstateerde en/of vermoedelijke verschillen. Stap 1 en 2 dienen uiterlijk 15 mei te zijn afgerond.

Opbouw rapportage

In hoofdstuk 1 wordt ingegaan op de inrichting en bedoeling van het referentiekader. In hoofdstuk 2 wordt een (beknopte) beschrijving gegeven van het primaire proces binnen de te benchmarken sectoren. Een gedetailleerde uitwerking van de primaire processen is opgenomen in bijlage 1 tot en met 4. In hoofdstuk 3 wordt ingegaan op de activiteiten die in de verschillende sectoren in het facilitaire proces (kunnen) worden uitgevoerd.

1 Referentiekader voor de te ontwikkelen benchmarkmodellen

Het benchmarkonderzoek moet leiden tot het onderling vergelijken van instellingen per sector. Daarnaast is het wenselijk dat instellingen in verschillende sectoren vergeleken kunnen worden. Op voorhand is duidelijk dat er, naast overeenkomsten, verschillen zijn tussen de diverse sectoren. Enerzijds vloeien deze voort uit het soort zorg dat een instelling levert, een verzorgingshuis levert andere zorg dan een instelling voor verstandelijk gehandicapten; anderzijds uit onder meer de omvang van instellingen, gemiddelde zorgzwaarte van cliënten, vestigingsplaatsen van instellingen en ouderdom van een instelling. Deze verschillen stellen eisen aan het kader waarbinnen het benchmarkonderzoek wordt uitgevoerd en daarmee dus ook aan de te ontwikkelen benchmarkmodellen.

Benchmarkmodellen richten zich op producten in relatie tot personele verhoudingen

De door de subwerkgroepen te definiëren producten vormen het uitgangspunt voor de omvang en samenstelling van het personeel per instelling. De gezondheidszorg is een zeer arbeidsintensieve sector. Circa 75% van de instellingskosten heeft betrekking op personeel. Het ligt hierdoor voor de hand de benchmarkmodellen te richten op personele verhoudingen.

Op zich is het benoemen van producten voor de verschillende sectoren een proces dat al meerdere jaren loopt, onder meer in relatie tot outputfinanciering. Vooralsnog heeft dit niet in alle sectoren geleid tot productdefinities die eenduidig aangeven wat onder een specifiek product moet worden verstaan, welke activiteiten hiervoor nodig zijn, hoeveel tijd deze activiteiten mogen kosten en welk deskundigheidsniveau van het medisch, paramedisch en zorgpersoneel vereist is om de desbetreffende activiteiten uit te voeren.

Voor het benchmarkonderzoek wordt door de werkgroep een beperkt aantal productdefinities per sector nodig geacht. De te definiëren producten zullen in ieder geval onderling onderscheidend moeten zijn. Daarnaast moeten de producten zodanig worden gedefinieerd dat ze de mogelijkheid bieden om verschillen tussen instellingen door middel van kengetallen tot uiting te brengen. Zonder productdefiniëring is het onmogelijk om benchmarkmodellen te ontwikkelen, die in de praktijk bruikbaar zijn. De te definiëren producten zijn specifiek bedoeld voor het benchmarkonderzoek en worden dus niet gedefinieerd in het kader van bijvoorbeeld financiering.

Benchmarkmodellen moeten meerdere productdefinities aankunnen

De verwachting is gerechtvaardigd dat de ten behoeve van het benchmarkonderzoek te definiëren producten in de toekomst aan wijzigingen onderhevig zullen zijn. Dit betekent dat het van essentieel belang is dat de benchmarkmodellen zodanig worden ingericht dat deze ook bij een wijziging van productdefinities nog toepasbaar zijn.

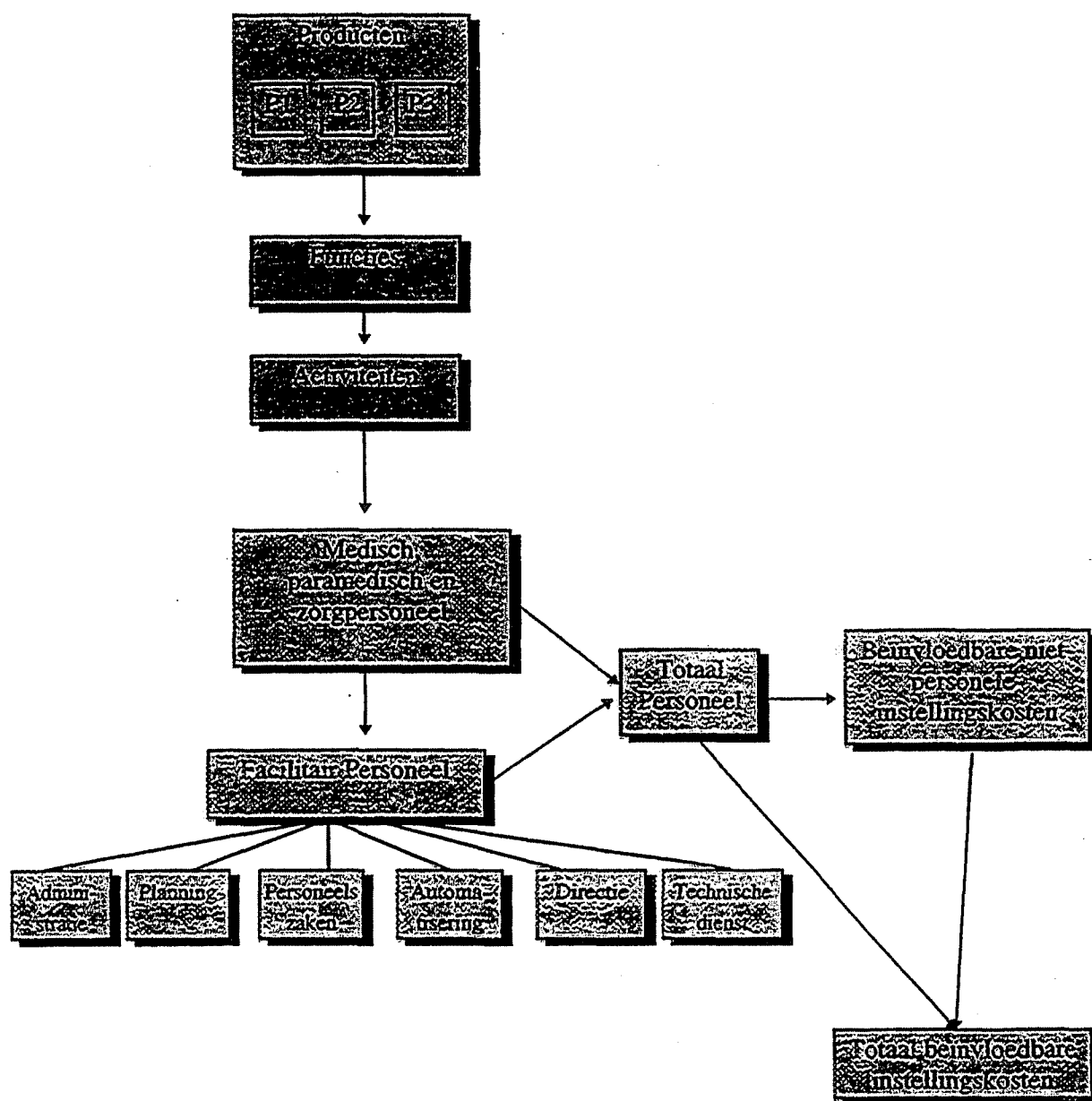
Minimale eisen aan productdefinities

In het kader van het benchmarkonderzoek dient een te definiëren product, uitgaande van een bepaalde zorgzwaarte, minimaal te omvatten:

- a. zorginhoudelijke definities (basiszorg), in casu welke zorgactiviteiten maken deel uit van het product;
- b. dagstructurering, in casu welke dagactiviteiten maken deel uit van het product;
- c. behandeling, in casu welke medisch en paramedische activiteiten maken deel uit van het product;
- d. welk deskundigheids- c.q. opleidingsniveau aan medisch, paramedisch en zorgpersoneel nodig is om de gedefinieerde activiteiten te kunnen uitvoeren;
- e. de tijd die besteed mag worden aan het uitvoeren van deze activiteiten;
- f. welke medische hulpmiddelen deel uitmaken van het product;

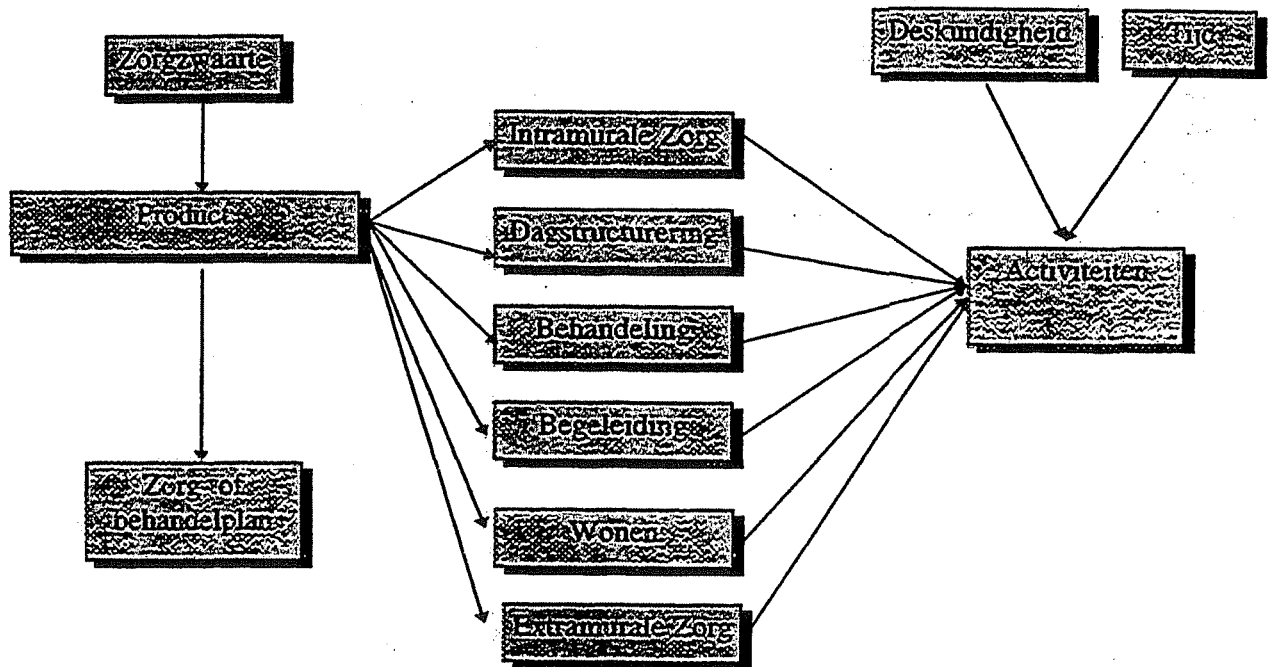
2. de omvang van het medisch, paramedisch en zorgpersoneel wordt richtinggevend verondersteld voor de omvang van het faciliterende personeel (administratie, personeelszaken, keuken, en dergelijke). Uitgangspunt is dat dit niet alleen per sector, maar ook over de sectoren heen geldt. Met andere woorden deze verhouding zal voor een APZ (in principe) niet afwijken van een instelling voor verstandelijk gehandicapten, uitgaande van dezelfde instellingsomvang;
3. de totale personeelsomvang (het medisch, paramedisch, zorg- en faciliterend personeel) wordt richtinggevend verondersteld voor de door een instelling beïnvloedbare niet-personeelinstellingskosten. In dit kader worden onder beïnvloedbare kosten verstaan alle kosten behalve: afschrijvingen, rente en huurlasten (zijnde de kapitaallasten);
4. bij het in financiële zin kwantificeren van de producten en de daartoe benodigde middelen dient in ieder geval aansluiting te worden gezocht bij de per sector bestaande rekeningschema's.

Grafisch kan het voorgaande als volgt worden weergegeven:



- g. een raming van de plannings- en overlegactiviteiten die in het kader van het leveren van het product nodig zijn.

De te definiëren producten worden door een instelling voor een individuele cliënt uitgewerkt in een zorg- of behandelplan. Dit plan is de leidraad voor de realisatie van de producten.



De te definiëren producten dienen zowel betrekking te hebben op regulier gefinancierde producten als producten die op een bijzondere wijze gefinancierd worden. Hierbij kan bijvoorbeeld worden gedacht aan projectfinanciering door middel van het zorgvernieuwingsfonds.

Benchmarkmodellen moeten zo gelijkwaardig mogelijk ingericht worden

De benchmarkmodellen moeten voor de drie sectoren zodanig worden ingericht dat instellingen in verschillende sectoren onderling vergelijkbaar zijn. Dit betekent dat daar waar sectoren op dezelfde manier functioneren de modellen ook op dezelfde manier ingericht moeten worden. In dit kader is een belangrijke taak weggelegd voor de werkgroep. Deze dient namelijk te bewaken dat de benchmarkmodellen zo uniform mogelijk worden ingericht. Dit laat onverlet dat de individuele sectormodellen moeten inspelen op de specifieke karakteristieken van een sector.

Ontwikkelen benchmarkmodellen kent drie uitgangspunten

Bij het ontwikkelen van de benchmarkmodellen moeten de volgende uitgangspunten worden gehanteerd:

1. het totaal van de verschillende producten dat een instelling levert, is maatgevend voor de hoeveelheid en samenstelling van de instellingsfuncties, de daarvoor te verrichten activiteiten en de totale omvang en samenstelling van het medisch, paramedisch en zorgpersoneel;

Benchmarkmodellen moeten leiden tot kengetallen

De te ontwikkelen benchmarkmodellen moeten per sector (en dus per instelling) tot minimaal de volgende kengetallen leiden:

1. verhouding totale (genormeerde)¹ productie/budget aanvaardbare kosten exclusief kapitaallasten;
2. verhouding product/direct zorgpersoneel (per product, in volume en geld);
3. verhouding product/faciliterend personeel (per product, in volume en geld);
4. verhouding zorgpersoneel/faciliterend personeel (in volume en geld);
5. verhouding product/totaal personeel (per product, in volume en geld);
6. de materiële² kosten per personeelslid;
7. verhouding direct productieve tijd zorgpersoneel/indirect productieve tijd zorgpersoneel;
8. verhouding exploitatieresultaat/budget aanvaardbare kosten exclusief kapitaallasten.

De individuele kengetallen moeten uiteindelijk kunnen worden herleid tot één overall kengetal per instelling. Vanzelfsprekend is het bij de beoordeling van dit kengetal van belang te weten hoe dit tot stand is gekomen.

Het onderkennen van zorgzwaarte bij de definiëring van producten betekent dat een verschillend productaanbod van instellingen leidt tot andere kengetallen en daarmee tot onderscheid tussen instellingen.

Bij toetsen modellen zullen knelpunten optreden

Op voorhand is duidelijk dat bij het toetsen van de modellen een aantal knelpunten zullen optreden. In bijlage 6 is een beknopte opsomming van deze (potentiële) knelpunten gegeven. Het is noodzakelijk dat bij het toetsen van de modellen bij de instellingen eventuele knelpunten worden vastgelegd en dat hier adequate oplossingen c.q. verklaringen voor worden verkregen.

1.1 Basismodel is onderdeel referentiekader

In de voorgaande paragraaf is aangegeven aan welke eisen de productdefiniëring moet voldoen. Om een product te kunnen toesnijden op een bepaald soort cliënt worden de producten gedifferentieerd naar zorgzwaarte. De zorgzwaarte kan bijvoorbeeld de mate van handicap van een cliënt zijn. Zorgzwaarte wordt bepalend geacht voor de mate waarin een cliënt gebruik maakt van instellingsfuncties als zorg, dagstructurering en behandeling.

De zorgverlening aan een cliënt die licht gehandicapt is en nog veel dingen zelfstandig kan, is wezenlijk anders dan de zorgverlening aan een cliënt die zwaar gehandicapt is en vrijwel niets zelfstandig kan. Enerzijds verschilt de zorgverlening door de hoeveelheid te besteden tijd, anderzijds door het deskundigheidsniveau dat van de zorgverlener wordt geëist. Het kan bijvoorbeeld zo zijn dat een cliënt die licht gehandicapt is alleen geholpen moet worden bij het kammen van haar, terwijl een cliënt die zwaar gehandicapt is niet alleen aangekleed en verschoond moet worden, maar ook nog medische verzorging behoeft.

¹ Hiermee wordt de productie bedoeld zoals die gemeten wordt op basis van de productdefinities.

² Per sector kan een nadere invulling worden gegeven aan de kengetallen, als onderdeel van de materiële kosten (vervoer, voeding, automatisering, et cetera).

Zorgzwaarte is bepalend voor tijd en deskundigheidsniveau nodig voor activiteiten

Dit betekent dat er niet alleen een relatie bestaat tussen de zorgzwaarte van een cliënt en het soort activiteit, binnen een bepaalde instellingsfunctie (zoals zorg), maar ook tussen de zorgzwaarte en de tijd die met deze activiteit gepaard gaat en het deskundigheidsniveau dat gevraagd wordt van degene die de activiteit verricht.

Basismodel maakt relatie product - primair proces inzichtelijk

De instellingsfuncties en daarmee gepaard gaande activiteiten maken deel uit van het primaire proces van een instelling. Om het primaire proces inzichtelijk te maken, is een basismodel opgesteld waarin dit, nader onderverdeeld naar instellingsfuncties, is weergegeven. Per sector is hierin, op hoofdlijnen, aangegeven welke activiteiten binnen instellingsfuncties onderkend kunnen worden. Het basismodel wordt vervolgens nader uitgewerkt per sector (zie bijlage 1 tot en met 4). In het basismodel is overigens bij de instellingsfuncties en activiteiten geen onderscheid gemaakt naar zorgzwaarte.

Basismodel is per sector nader uitgewerkt

In de nadere uitwerking per sector van het basismodel is meer gedetailleerd weergegeven uit welke activiteiten de verschillende instellingsfuncties in een specifieke sector kunnen bestaan. Zoals bijvoorbeeld binnen de functie dagstructurering een instelling voor gehandicapten de activiteit bezigheidstherapie kan hebben. Daarnaast is aangegeven welke functionarissen en organisatieonderdelen belast (kunnen) zijn met de uitvoering van de verschillende activiteiten.

Met het basismodel wordt beoogd:

1. inzichtelijk te maken op welke wijze instellingen in de verschillende sectoren hun primaire proces kunnen hebben ingericht (uitgewerkt in functies en activiteiten);
2. een relatie te leggen tussen de te definiëren producten en het primaire proces binnen de te benchmarken sectoren;
3. inzichtelijk te maken hoe binnen instellingen de realisatie van de te definiëren producten gemeten kan worden;
4. de inrichting van de per sector te ontwikkelen benchmarkmodellen zoveel mogelijk te uniformeren;
5. vergelijking van kengetallen van instellingen binnen een sector en in verschillende sectoren mogelijk te maken.

Bij ontwikkelen benchmarkmodellen is basismodel uitgangspunt

Het is de bedoeling dat bij het ontwikkelen van de benchmarkmodellen gebruik gemaakt wordt van de in het basismodel genoemde instellingsfuncties en activiteiten. Het is overigens niet noodzakelijk dat alle in het basismodel genoemde functies en activiteiten in de benchmarkmodellen voorkomen.

Organisatiestructuur instelling is beperkt relevant voor benchmarkonderzoek

Het feit dat activiteiten in het basismodel als uitgangspunt worden gehanteerd voor het identificeren van de functionarissen, betekent dat de wijze waarop een instelling is gestructureerd slechts beperkt relevant wordt verondersteld voor het benchmarkonderzoek.

De inrichting van de organisatiestructuur is in feite alleen van belang voor de personele verhoudingen binnen een instelling, aangezien de organisatiestructuur de verhouding tussen het medisch, paramedisch en zorg- en faciliterend personeel kan beïnvloeden. Het niet onderkennen van verschuivingen tussen deze personeelsoorten kan leiden tot onjuist samengestelde kengetallen en daarmee dus ook tot een onjuiste beoordeling hiervan.

1.2 Hoofdlijnen basismodel primaire proces

Functies (indirect product gerelateerd)	Sector Ouderenzorg	Sector Gehandicaptenzorg	Sector Geestelijke Gezondheidszorg
1. PR en opname	▪ maatschappelijk werk	▪ maatschappelijk werk	▪ opname-functionaris
2. Diagnose	▪ behandelaars	▪ behandelaars	▪ behandelaars
3. Planning	▪ leiding/staf	▪ leiding/staf	▪ leiding/staf
Functies (direct product gerelateerd)			
1. Intramurale zorg (basiszorg)	<u>Verzorgingshuis</u> ▪ verzorging en begeleiding <u>Verpleeghuis</u> ▪ verzorging, begeleiding en (gespecialiseerde) verpleging	<u>Instelling voor VG</u> ▪ verzorging, begeleiding en (gespecialiseerde) verpleging <u>GVT</u> ▪ verzorging en begeleiding	<u>APZ</u> ▪ verzorging, begeleiding en (gespecialiseerde) verpleging <u>RIBW</u> ▪ verzorging en begeleiding
2. Dagstructurering	<u>Verzorgingshuis</u> ▪ ontspanning en recreatie ▪ dagactiviteiten <u>Verpleeghuis</u> ▪ ontspanning en recreatie ▪ dagactiviteiten ▪ dagactivering	<u>Instelling voor VG</u> ▪ ontspanning en recreatie ▪ dagactiviteiten ▪ bezigheidstherapie <u>GVT</u> ▪ ontspanning en recreatie ▪ dagactiviteiten <u>DVO</u> ▪ ontspanning en recreatie ▪ dagactiviteiten	<u>APZ</u> ▪ ontspanning en recreatie ▪ dagactiviteiten ▪ bezigheidstherapie <u>RIBW</u> ▪ ontspanning en recreatie ▪ dagactiviteiten

3. Behandeling en begeleiding	<u>Verzorgingshuis</u> ■ meerzorg <u>Verpleeghuis</u> ■ medische en paramedische behandeling en begeleiding ■ psychogeriatrische begeleiding	<u>Instelling voor VG</u> ■ somatische/psychologische/pedagogische behandeling en begeleiding ■ sociale begeleiding	<u>APZ</u> ■ somatische/psychologische/psychiatische/begeleiding en behandeling ■ poliklinische behandeling
4. Wonen	<u>Verzorgingshuis</u> ■ langdurige woonfunctie <u>Verpleeghuis</u> ■ langdurend verblijf ■ kortdurend verblijf ■ begeleid wonen	<u>Instelling voor VG</u> ■ langdurig verblijf ■ begeleid wonen <u>GVT</u> ■ langdurig verblijf ■ kortdurend verblijf ■ begeleid wonen	<u>APZ</u> ■ langdurig verblijf ■ kortdurend verblijf ■ begeleid wonen <u>RIBW</u> ■ langdurig verblijf ■ begeleid wonen
5. Extramurale zorg	<u>Verzorgingshuis</u> ■ dagverzorging ■ dienstverlening ■ maaltijdverstrekking <u>Verpleeghuis</u> ■ dagbehandeling ■ meerzorg in verzorgingshuizen ■ verpleging en behandeling thuis ■ poliklinische consultatie en behandeling	<u>Instelling voor VG</u> ■ woonbegeleiding ■ begeleiden bij arbeid ■ begeleiding bij vrije tijdsbesteding ■ begeleiding ouder en kind in thuissituatie	<u>APZ</u> ■ poliklinische consultatie en behandeling <u>RIAGG</u> ■ ambulante consultatie en behandel functie voor jeugd, ouderen ■ consultatie op afroep (politie en justitie) ■ preventieve functie voor cliënten en eerste lijn

2 Primaire processen binnen de te benchmarken sectoren

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de primaire (zorg)processen binnen de te benchmarken sectoren. In eerste instantie wordt ingegaan op de ouderenzorg, vervolgens op de geestelijke gezondheidszorg en gehandicaptenzorg.

2.1 Ouderenzorg

In deze paragraaf wordt ingegaan op het primaire proces in de verzorgings- en verpleeghuizen.

Het verzorgingshuis

De criteria voor opname van een oudere in een verzorgingshuis zijn onder meer de mate van zorgbehoefte en kwaliteit van het mantelzorgnetwerk. Wanneer een oudere nauwelijks zorg behoeft of wanneer de benodigde zorg ook extramuraal verleend kan worden of wanneer de eventuele partner van de zorgbehoevende oudere die zorg nog kan verlenen, zal de indicatie dat een oudere in aanmerking komt voor een plaats in een verzorgingshuis veelal niet gesteld worden.

Basisfunctie verzorgingshuis is wonen en zorg

De basisfuncties van een verzorgingshuis zijn wonen en zorg. Deze functies kunnen worden uitgebreid met verpleegkundige zorg. Daarnaast kan een verzorgingshuis extramuraal zorg en diensten verlenen aan ouderen in woonzorgcentra, aanleunwoningen of de omliggende wijk.

Na plaatsing wordt een zorgplan opgesteld

Na plaatsing van een oudere in het verzorgingshuis wordt samen met de oudere een zorgplan opgesteld. In dit zorgplan wordt vastgelegd wat de (on)mogelijkheden van de bewoner zijn. De geconstateerde onmogelijkheden van de bewoner worden opgevangen door een multidisciplinair team van verzorgingshuismedewerkers. Dit team kan bestaan uit de (eigen) huisarts, huishoudelijk en verzorgend personeel, voedings- en keukenpersoneel, maatschappelijk werkers en ondersteunende diensten, zoals de technische dienst. De zorgbehoefte ligt doorgaans overwegend op het lichamelijke en huishoudelijke vlak, maar een psychische component kan aanwezig zijn.

Toestand bewoner wordt besproken in multidisciplinair overleg

De toestand van een bewoner wordt regelmatig besproken in een multidisciplinair overleg, waarbij bepaald wordt of de aan de bewoner verleende zorg nog adequaat is. Ook kunnen gedragsregels ten aanzien van de bewoner vastgesteld worden, waarin afgesproken wordt hoe de bewoner aangaande bepaalde (veelal psychische) problematiek consequent benaderd wordt. Ontslag naar de thuissituatie vindt in het algemeen niet plaats, omdat het verzorgingshuis een woonfunctie heeft en er in principe geen ander "thuis" meer is. Verzorgingshuisplaatsen komen vrij ten gevolge van overlijden van een bewoner of overplaatsing van de bewoner naar een verpleeghuis.

Het verpleeghuis

De verschillen ten opzichte van een verzorgingshuis zijn met name gelegen in de volgende aspecten.

Als een bewoner van een verzorgingshuis door ouderdom en/of bijkomende ziekteverschijnselen veel lichamelijke zorg en/of psychische begeleiding nodig heeft en wel in een mate waaraan een verzorgingshuis niet kan voldoen, kan deze geïndiceerd worden voor opname in een verpleeghuis.

Opname vanuit een ziekenhuis komt ook regelmatig voor, veelal na een stabilisering van de toestand van de patiënt. Een voorbeeld hiervan is revalidatie na botbreuken of hersenbloedingen (CVA). Voor opname in een verpleeghuis is een positief advies van de indicatiecommissie noodzakelijk.

Zorgplan richt zich op lichaam en psyche cliënt

Na opname in het verpleeghuis wordt een zorgplan opgesteld, zoals dat ook in een verzorgingshuis gebeurt. De aandachtsgebieden liggen echter sterker op lichamelijk en psychisch gebied, al naar gelang de verpleeghuisbewoner op een somatische (voor lichamelijke ziekten) of psychogeriatrische afdeling (voor psychische en gedragsmatige ziekten, zoals dementie) geïndiceerd en geplaatst is. De huishoudelijke component is in vergelijking met het verzorgingshuis veel minder sterk, omdat een verpleeghuisbewoner doorgaans geen eigen woonruimte heeft. De bewoner leeft overdag in een huiskamer en verblijft 's nachts op een meerpersoonskamer.

Ook in het verpleeghuis wordt de zorg multidisciplinair verleend en in bewonersbesprekingen geëvalueerd en zo nodig bijgesteld.

De disciplines die werken in het verpleeghuis zijn:

- verpleeghuisarts (verantwoordelijk in plaats van de huisarts);
- paramedici (fysiotherapeuten, ergotherapeuten en logopedisten);
- verzorgend personeel (ziekenverzorgenden en verpleegkundigen);
- activiteitenbegeleiding.

Ontslag vindt verhoudingsgewijs weinig plaats. Het verzorgingshuis vangt relatief vaak ontslagen verpleeghuisbewoners op.

2.2 Geestelijke gezondheidszorg

Binnen de sector geestelijke gezondheidszorg worden de volgende instellingen onderscheiden:

- Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis (APZ).
- Regionale Instelling voor Beschermd Wonen (RIBW).
- Regionale Instelling voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg (RIAGG).

Eerst word het primaire proces van een APZ geschetst. Vervolgens worden de specifieke punten van een RIBW en RIAGG toegelicht.

Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis

De verwijzing naar een APZ vindt plaats door de huisarts, zenuwarts/psychiater of een instantie als het RIAGG. Binnen een APZ bestaan meestal twee behandelsectoren, de sector acute zorg en de sector continue zorg, die samen het primaire proces vormen.

Acute zorg is overwegend eenmalig

De sector acute zorg richt zich op kortdurende en middellange intramurale en ambulante behandeling van cliënten met ernstige psychische stoornissen en/of psychische ontregeling. De cliënt is overwegend eenmalig dan wel intermitterend zorgafhankelijk. Binnen de acute zorg worden klinische en deeltijdbehandelingen en poliklinische verrichtingen aangeboden.

Continue zorg richt zich met name op de permanent zorgafhankelijke volwassenen

De sector continue zorg richt zich met name op de intramurale behandeling van de langdurig c.q. permanent zorgafhankelijke volwassene. Naast zorg krijgt de cliënt begeleiding en vindt er behandeling plaats. De sector continue zorg beschikt over klinische plaatsen en sociowoningen, maar ook worden poliklinische verrichtingen uitgevoerd.

Zowel de sector acute als continue zorg kent dagstructurering in de vorm van activiteiten op en buiten het terrein van het APZ.

Psychiater stelt diagnose

De diagnose voor een cliënt wordt gesteld door een psychiater waarna een behandelplan wordt opgesteld. Hierin wordt onder meer opgenomen:

- een schets van de problematiek;
- de behandeldoelen;
- de behandelmethoden;
- een indicatie van de behandel tijd.

Behandelteams zijn multidisciplinair

De behandelteams zijn multidisciplinair en bestaan uit verzorgend en verplegend, medisch- en sociaal wetenschappelijk personeel en activiteitenbegeleiders en -therapeuten. De verpleegkundigen dragen zorg voor de begeleiding, verzorging en ondersteuning van de cliënt. De aangeboden behandeling kan variëren van individuele tot groepstherapie. Ontslag vindt plaats op initiatief van de behandelend psychiater en/of de cliënt. Ontslag komt bij cliënten van de sector continue zorg, gezien de aard van het ziektebeeld, weinig voor.

Naast de reguliere psychiatrische zorg kunnen door een APZ de volgende “producten” worden aangeboden: behandeling verslavingsproblematiek, traumabehandeling, Korsakovbehandeling, speciale en ouderenpsychiatrie.

Regionale Instelling voor Beschermd Wonen (RIBW)

De algemene doelstelling van de RIBW is het bieden van ondersteuning, begeleiding en huisvesting aan mensen met langdurige psychische problemen, gericht op een zo zelfstandig mogelijk leven en een optimaal functioneren in de samenleving. De ondersteuning kan zowel een tijdelijk als blijvend karakter hebben. De begeleiding varieert van continue 24 uren-begeleiding tot enkele begeleidingsmomenten per dag. Een RIBW kan ook nachtelijke begeleiding aanbieden.

De meest voorkomende verwijzers naar een RIBW zijn hulpverleners binnen een APZ, RIAGG of ziekenhuis. De coördinator van de bewonerszorg stelt in overleg met de bewoner een begeleidingsplan op, dat regelmatig wordt geëvalueerd en aangepast. In het begeleidingsplan worden de doelen en de wijze waarop men deze wil bereiken vastgelegd.

Een RIBW bestaat uit een aantal woonvormen op meerdere locaties. Per woonvorm is er een team van begeleiders. Daarnaast kunnen binnen de diverse woonvormen enkele andere medewerkers, zoals huishoudelijk personeel, kok en civieltechnisch personeel werkzaam zijn. Een woonvorm wordt geleid door een hoofd, die zowel verantwoordelijk is voor de uitvoering van het beleid ten aanzien van de bewonerszorg als het personeel.

Bewoners van een RIBW die zijn aangewezen op behandeling door een psychiater gaan in principe naar de RIAGG, het APZ of de psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis.

Regionale Instelling voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg (RIAGG)

De activiteiten van een RIAGG zijn te verdelen in drie gebieden:

- Hulpverlening:
de RIAGG biedt hulp bij ernstige psychische of psychiatrische problematiek waar die hulp niet (meer) door de huisarts, het maatschappelijk werk, de wijkverpleging, et cetera, kan worden geboden.

- **Preventie:**
de RIAGG heeft als taak het ontstaan van ernstige psychische problemen te voorkomen of te beperken.
- **Dienstverlening:**
het geven van ondersteuning aan andere hulpverleners die in hun werk met mensen met psychische problemen te maken krijgen.

Hulpverlening gebeurt na verwijzing door de huisarts, wijkverpleging, jeugdhulpverlening, gezinsverzorging, ouderenzorg of maatschappelijk werk. Eventueel rechtstreeks aanmelden is ook mogelijk. Na aanmelding volgen één of meerdere gesprekken waarna samen met de hulpverlener een behandelplan wordt opgesteld. De behandeling kan bestaan uit gesprekstherapie, psychotherapie, begeleiding en advisering. De hulpverlening wordt gegeven door pedagogen, psychologen, artsen, psychotherapeuten, sociaal-psychiatrische verpleegkundigen, spelleaders en gespecialiseerde maatschappelijk werkers.

De wijze van werken van een RIAGG is vergelijkbaar met de polikliniek van een APZ.

2.3 Gehandicaptenzorg

In deze paragraaf wordt eerst ingegaan op instellingen voor zorg aan mensen met een verstandelijke handicap, vervolgens wordt ingegaan op de GVT en DVO.

Instelling voor zorg aan mensen met een verstandelijke handicap

De zorgverlening aan mensen met een verstandelijke handicap is in het algemeen van langdurige aard. Dit betekent dat in instellingen veel aandacht wordt besteed aan de woonfunctie en dagbesteding. Gezien de complexiteit van de handicap van een cliënt wordt dit ondersteund met gedragswetenschappelijke, verpleegkundige, medische, paramedische en psychosociale zorg.

De uitgangssituatie van een aspirantbewoner van een instelling is over het algemeen de thuissituatie. Hierbij kan worden opgemerkt dat de nadruk steeds meer op een vroegtijdige diagnose (in het prenatale stadium) van de handicap komt te liggen. Ouders van verstandelijk gehandicapte kinderen (of volwassenen) schakelen door middel van de reguliere verwijzers (bijvoorbeeld de huisarts of sociaal pedagogische dienst) de indicatiecommissie in. Indien de situatie van de verstandelijk gehandicapte voldoet aan de door de indicatiecommissie gestelde eisen, volgt (direct) plaatsing in een instelling, dan wel op een wachtlijst.

Multidisciplinair team stelt zorgplan op

Na opname in de instelling wordt door een multidisciplinair team bestaande uit persoonlijke begeleider, pedagoog of psycholoog, geneeskundige, paramedici en de activiteitenbegeleiding een individueel zorgplan opgesteld en ter goedkeuring voorgelegd aan de verstandelijk gehandicapte c.q. zijn of haar vertegenwoordiger.

In het zorgplan wordt beschreven welke doelstellingen bereikt moeten worden en welke bijdragen daaraan door de leden van het multidisciplinaire team en zo nodig andere hulpverleners/organisaties geleverd moeten worden. De zorg wordt multidisciplinair verleend en in besprekingen per bewoner geëvalueerd en (eventueel) bijgesteld.

Wooncomponent is afhankelijk van handicap

De wooncomponent is afhankelijk van de mate en vorm van de handicap van bewoners. Hierin bestaat een grote variatie, namelijk de situatie waarin meerdere bewoners op een meerpersoons kamer verblijven tot de vorm waar iedere bewoner beschikt over een eigen kamer en in meer of mindere mate is aangewezen op hulp van het verzorgend en verplegend personeel.

Ontslag vindt over het algemeen weinig plaats, aangezien een verstandelijke handicap permanent is. In debieleninternaten (voor licht verstandelijk gehandicapte jongeren) komt ontslag voor indien de jongeren worden overgeplaatst naar een instelling voor verstandelijk gehandicapten dan wel in de situatie dat de zelfredzaamheid van de jongeren dusdanig is dat deze zelfstandig in de maatschappij kan functioneren.

Gezinsvervangend Tehuis (GVT)

De algemene doelstelling van een GVT is het bieden van ondersteuning en huisvesting (begeleiding) aan mensen met een (licht) verstandelijke handicap, gericht op een zo zelfstandig mogelijk leven en een zo optimaal mogelijk functioneren in de samenleving. De geboden ondersteuning kan een kort of langdurend karakter hebben.

De coördinator van de bewonerszorg stelt in overleg met de bewoner een begeleidingsplan op, dat regelmatig wordt geëvalueerd en aangepast. In het begeleidingsplan worden de doelen en de wijze waarop men deze wil bereiken, vastgelegd.

Een GVT bestaat over het algemeen uit een aantal woonvormen op meerdere locaties. Per woonvorm is er een team van begeleiders. Daarnaast kunnen er binnen de diverse woonvormen enkele andere medewerkers, zoals huishoudelijk personeel, kok en civieltechnisch personeel werkzaam zijn. Een woonvorm wordt geleid door een hoofd, die zowel verantwoordelijk is voor de uitvoering van het beleid ten aanzien van de bewonerszorg als het personeel.

Dagopvang voor Ouderen (DVO)

Het kenmerkende verschil tussen een DVO en een instelling voor verstandelijk gehandicapten en een GVT is dat een DVO geen woonfunctie kent en alleen voorziet in de dagelijkse opvang. De DVO kent voorts evenals de GVT geen behandel functie. Een DVO kan diverse dagactiviteiten aanbieden die tot doel hebben een cliënt bezig te houden, maar ook om deze laten recreëren en ontspannen. Voor elke cliënt wordt een begeleidingsplan opgesteld. Dit plan omvat onder meer een beschrijving van de cliënt en zijn of haar geschiedenis, de begeleidingsdoelen en de wijze waarop deze doelen gerealiseerd zullen worden.

3 Facilitair proces

In dit hoofdstuk wordt op hoofdlijnen aangegeven welke activiteiten en functies kunnen worden onderscheiden binnen het facilitaire proces.

Facilitair proces is voor de sectoren vergelijkbaar

Het facilitaire proces is te definiëren als het proces dat het primaire proces ondersteunt. Voorbeelden van faciliterende processen zijn het administratieve proces, de inkoop, keuken, onderhoud, automatisering, et cetera. Aangezien de faciliterende processen en daaruit voortvloeiende activiteiten voor de diverse in het benchmarkonderzoek betrokken sectoren vergelijkbaar (zo niet identiek) zijn, worden deze niet nader per sector uitgewerkt.

Benchmarkmodel gaat uit van richtinggevende verhoudingen

In het benchmarkmodel (zie ook paragraaf 1.1) wordt uitgegaan van een richtinggevende verhouding tussen het medisch, paramedisch en zorg- en faciliterende personeel. Teneinde deze veronderstelling te verifiëren, zal per faciliterend proces inzichtelijk moeten worden gemaakt welke activiteiten en functies te onderkennen zijn en hoeveel tijd aan deze activiteiten en functies wordt besteed.

In dit kader dient opgemerkt te worden dat het van essentieel belang is duidelijk aan te geven of bepaalde activiteiten/functies door het zorgpersoneel dan wel door het faciliterende personeel worden verricht. Hierbij kan worden gedacht aan de planningsfunctie welke door een manager zorg dan wel door een centrale administratieve afdeling kan worden uitgevoerd. Andere activiteiten/functies waar dit zich kan voordoen zijn onder meer voeding en vervoer.

Functies kunnen uitbesteed zijn

Tevens zal geregistreerd dienen te worden welke activiteiten/functies zijn uitbesteed aan derden (outsourcing), aangezien uitbesteding de hiervoor genoemde richtinggevende verhouding tussen zorgpersoneel en faciliterend personeel zal beïnvloeden.

Facilitaire activiteiten worden in principe in iedere instelling verricht

De in bijlage 5 genoemde activiteiten worden, zoals eerder vermeld, in principe in iedere instelling verricht. De omvang van de instelling en het gekozen beleid (al dan niet outsourcing) bepalen of de aan de activiteiten gerelateerde functies aanwezig zijn bij een individuele instelling.

Primair proces verzorgingshuis nader uitgewerkt

Functionies	Activiteiten	Functionaris	Organisatie- onderdeel
1. PR en opname	■ informeren cliënt ■ huisbezoek en inventariseren cliëntgegevens	■ hoofd zorg ■ maatschappelijk werker	■ zorg
2. Planning	■ opstellen dienstroosters	■ hoofd zorg ■ adjuncthoofd zorg ■ teamleiders	■ zorg
3. Intramurale zorg (basiszorg)	■ leiding en aansturing ■ opstellen zorgplan en registeren cliëntgegevens ■ individuele persoonlijke verzorging ■ groepsbegeleiding voor psychogeriatrische bewoners ■ geestelijke verzorging ■ medische zorg ■ tijdelijke opname ■ logeerfunctie	■ hoofd zorg ■ adjuncthoofd zorg ■ teamleiders ■ teamleider ■ teamleider ■ bejaardenhelpende ■ bejaarden-verzorgende ■ ziekenverzorgende ■ verpleegkundige ■ leerlingen ■ coördinator ■ geestelijk verzorger ■ eigen huisarts van bewoner ■ verzorgend personeel ■ verzorgend personeel ■ activiteitenbegeleider ■ vrijwilligers	■ zorg ■ zorg ■ zorg ■ zorg ■ staffunctionaris van de directie; ■ zorg ■ zorg ■ zorg ■ zorg ■ zorg
4. Dagstructurering	■ recreatie en ontspanning ■ dagactiviteiten voor bewoners	■ activiteitenbegeleider ■ vrijwilligers	■ zorg

5. Meerzorg/verpleeg -unit	■ medische zorg	■ verpleeghuisarts	■ vanuit verpleeghuis
	■ paramedische zorg	■ paramedici verpleeghuis ■ ergotherapeut wijk	■ vanuit verpleeghuis
6. Wonen	■ kamer schoonhouden	■ huishoudelijke hulp	■ zorg/facilitaire dienst
	■ klusjes (gordijnen, lamp)	■ technische hulp	■ technische dienst
	■ was- en linnenverzorging	■ linnenkamer	■ zorg/facilitaire dienst
	■ faciliteiten, waaronder winkel	■ winkelbeheerder of vrijwilliger	■ facilitaire dienst
	■ informatie/ dienstverlening	■ receptioniste	■ facilitaire dienst
7. Extramurale zorg	■ dagverzorging	■ coördinator dagverzorging	■ zorg
	■ zorg en diensten, waaronder alarmering voor ouderen in aanleunwoningen	■ coördinator, uitvoering meestal in samenwerking met de thuiszorg	■ zorg; ■ staffunctionaris van directie
	■ bereiden van maaltijden voor mensen thuis	■ keukenpersoneel	■ facilitaire dienst

Primair proces verpleeghuis nader uitgewerkt

Functionies (indirect product gerelateerd)	Activiteiten	Functionaris	Organisatie-onderdeel
1. PR	informatievoorziening cliënten	maatschappelijk werker	- medische/paramedische dienst - zorgdivisie
2. Opname/intake	- huisbezoek - inventariseren cliëntgegevens	- maatschappelijk werker - verpleeghuisarts	- medische/paramedische dienst - zorgdivisie
3. Diagnose	- observatie - gesprek - lichamelijk onderzoek - multidisciplinair overleg deskundigen - opstellen zorg- en behandelplan	- verpleegkundig personeel - paramedisch personeel - verpleeghuisarts	soms opname-afdeling met eigen verpleegkundig personeel
4. Planning	- dienstrooster verpleging - planning van paramedische behandeling	- adjuncthoofd verpleging - afdelingshoofd - hoofd/coördinator paramedisch dienst	medische/paramedische dienst
Functionies (direct product gerelateerd)			
5. Intramurale zorg (basiszorg)	- leiding en coördinatie - verzorging - huishoudelijke activiteiten	- hoofd verpleging - hoofd paramedisch dienst - adjunct hoofd - afdelingshoofd - ziekenverzorgenden - bejaarden-verzorgenden - leerlingen verpleegkundigen - huishoudelijke hulp	- organisatie kan verschillen - zorg - zorg of facilitaire dienst

	▪ helpen met eten	▪ voedingsassistente	▪ zorg of facilitaire dienst
	▪ geestelijke verzorging	▪ geestelijk verzorger	
6. Dagstructurering	▪ ontspanning en recreatie	▪ activiteitenbegeleider	▪ zorg
	▪ dagactiviteiten	▪ vrijwilligers	
		▪ maatschappelijk werk	
7. Behandeling en begeleiding	▪ medische zorg	▪ verpleeghuisarts	▪ medische dienst
	▪ (specialistische) verpleging	▪ verpleegkundige	▪ medische / paramedische dienst
			▪ zorgdivisie
	▪ paramedische behandeling	▪ logopedist	▪ medische dienst
		▪ ergotherapeut	▪ paramedische dienst
		▪ fysiotherapeut	▪ zorgdivisie
	▪ psycho-sociale begeleiding	▪ maatschappelijk werker	
	▪ registreren cliëntgegevens	▪ behandelaars	
8. Wonen	▪ langdurig verblijf	▪ verzorging	▪ zorg of
	▪ kortdurend verblijf	▪ verpleging	facilitaire dienst
	▪ begeleid wonen	▪ huishoudelijke hulp	
9. Extramurale zorg	▪ medisch en paramedisch zorg in verzorgingshuizen	▪ verpleeghuisarts en paramedici	▪ Coördinator extramurale projecten of medische /paramedische dienst
	▪ ergotherapie thuis	▪ ergotherapeut	▪
	▪ dagbehandeling	▪ coördinator	▪ zorg
	▪ poliklinische behandeling	▪ verpleeghuisarts/ paramedici	▪ medisch/parame dische dienst

Primair proces GGZ-instellingen nader uitgewerkt

Functionies (indirect product gerelateerd)	Activiteiten	Functionaris	Organisatie-onderdeel
1. PR	▪ informeren cliënt	▪ stafbureau	▪ staf
2. Opname/intake	▪ opname en plaatsing binnen de instelling opname-administratie	▪ plaatsingsbureau	▪ staf
3. Diagnose	▪ observatie ▪ gesprekken ▪ lichamelijk onderzoek ▪ multidisciplinair overleg deskundigen ▪ opstellen behandelplan	▪ behandelars	▪ zorg
4. Planning	▪ planning behandeling en dagactiviteiten	▪ behandelars en therapeuten	▪ zorg
	▪ opstellen dienstroosters	▪ zorgcoördinatoren	▪ zorg
Functionies (direct product gerelateerd)			
5. Intramurale zorg (basiszorg)	▪ leiding en staf	▪ divisiemanager(s) coördinatoren	
	▪ verzorging en begeleiding	▪ ziekenverzorgenden ▪ verpleegkundigen ▪ leerlingen verpleegkundigen	▪ zorg
	▪ geestelijke verzorging	▪ geestelijk verzorger	
6. Dagstructurering	▪ recreatie en ontspanning; dagactiviteiten	▪ activiteiten begeleider	▪ zorg
	▪ activiteitentherapie	▪ specialistische therapeuten waaronder speltherapeut en muziektherapeut	

7. Behandeling en begeleiding	■ medische zorg	■ arts	■ behandel-organisatie
	■ behandeling	■ psychiaters, psychologen, (para)medici	
	■ begeleiding	■ socio-therapeut sociaal pedagogisch werk maatschappelijk werk	
	■ registratie cliëntgegevens	■ behandelaars, therapeuten, verpleegkundigen	
8. Wonen (APZ en RIBW)	■ langdurig verblijf	■ verzorging	■ zorg of
	■ kortdurend verblijf	■ verpleging	facilitaire
	■ begeleid wonen	■ huishoudelijke hulp	dienst
9. Extramurale zorg APZ	■ poliklinische consultatie en behandeling	■ behandelaars	■ behandel-organisatie
10. RIAGG	■ ambulante consultatie en behandeling	■ psychologen, psychiater, socio-therapeut	
	■ preventieve functie naar cliënten en eerste lijn in de vorm van informatie, voorlichting		
	■ consultatie op afroep (politie en justitie)		

Primair proces gehandicaptenzorg nader uitgewerkt

Functionies (indirect product gerelateerd)	Activiteiten	Functionaris	Organisatie-onderdeel
1. PR	■ informeren cliënt	■ maatschappelijk werker	■ staf
2. Opname/intake	■ huisbezoek ■ inventariseren cliëntgegevens	■ maatschappelijk werker	■ staf
3. Planning	■ behandeling en dagactiviteiten conform zorg- en behandelplan ■ opstellen dienstroosters	■ behandelaren ■ leiding zorg	
Functionies (direct product gerelateerd)			
4. Intramurale zorg (basiszorg)	■ leiding en staf ■ verzorging en begeleiding ■ geestelijke verzorging	■ divisie-manager ■ coördinatoren ■ sociaal pedagogisch medewerker ■ verpleegkundigen ■ geestelijk verzorger	■ zorg
5. Dagstructurering	■ ontspanning en recreatie ■ dagactiviteiten	■ activiteiten begeleider ■ verpleegkundigen ■ vrijwilligers	■ zorg
6. Behandeling en begeleiding	■ medische zorg ■ behandeling/begeleiding ■ multidisciplinair overleg ■ registratie cliëntgegevens	■ (externe) arts ■ psychologen ■ (ortho)pedagogen ■ maatschappelijk werkers ■ sociotherapeuten ■ paramedici ■ verpleegkundigen ■ behandelaren ■ behandelaren	■ behandel-organisatie

7. Wonen	■ langdurig verblijf	■ verzorging	■ zorg of facilitaire dienst
	■ kortdurend verblijf	■ verpleging	
	■ begeleid wonen	■ huishoudelijke hulp ■ woonbegeleider	
8. Extramurale zorg	■ dagopvang	■ zorgcoördinator	
	■ consultatie en advies	■ orthopedagoog	
	■ begeleiding	■ maatschappelijk werk	
	■ crisisopvang	■ basiszorg +behandelaars	
	■ intensieve thuiszorg	■ basiszorg	
	■ logeerfunctie	■ basiszorg	

Functies en activiteiten in het facilitaire proces

Functies	Activiteiten	Functionaris	Organisatie-onderdeel
1. Bestuur/Directie	■ formuleren beleid organisatie ■ aansturen en beheersen organisatie ■ voeren externe en interne besprekingen ■ afsluiten contracten	bestuurder of directeur	bestuur directie
2. Planning	■ opstellen dienstroosters zorgpersoneel ■ opstellen planning (para)medisch/huishoudelijk personeel, dagactiviteiten	plannings-functionaris	staf
3. Personeelszaken	■ opstellen beleid op PZ-gebied ■ werving en selectie ■ functioneringsgesprekken ■ begeleiding personeel	PZ-functionaris	personeels-zaken
4. Controller/HEAD	■ inrichten administratieve organisatie en interne controle ■ contacten zorgverzekeraars ■ COTG, banken en overige externen ■ aansturing hoofden administraties ■ opstellen begroting en nacalculatie ■ treasury	controller/ hoofd economisch administratieve dienst	economisch administratieve dienst
5. Financiële administratie	■ opstellen en bewaken interne budgetten ■ bouwadministratie en registratie materiële vaste activa ■ interne controle werkzaamheden ■ opstellen jaarrekening en periodieke overzichten ■ voeren financiële administratie ■ debiteurenbeheer	hoofd financiële administratie, medewerkers financiële administratie	economisch administratieve dienst
6. Salarisadministratie	■ verwerken, registreren, controleren van basis salarisgegevens en mutaties ■ voorbereiden aangiften loon- en premieheffing ■ opstellen periodieke salarisoverzichten en verzamelloonstaten	hoofd salaris-administratie, medewerkers salarisadministratie	economisch administratieve dienst

7. Bewonersadministratie	■ beheren bewonersgelden ■ registreren opname/ ontslag/ aanwezigheid bewoners	hoofd bewoners- administratie, medewerkers bewoners- administratie	economisch administra- tieve dienst
8. Automatisering	■ installeren en onderhouden geautomatiseerde systemen ■ systeembeheer ■ opleiden en ondersteunen gebruikers		automa- tisering
9. Facilitaire dienst	■ bereiden en verstrekken voeding ■ opstellen huisvestings-, onderhouds- en investeringsplan ■ beheer gebouwen ■ onderhoud gebouwen en terreinen ■ bouwactiviteiten		keuken technische dienst
	■ afsluiten inkoopcontracten ■ bestellen en registreren inkopen ■ verschonen en wassen linnengoed ■ schoonmaken ruimten	inkoper	inkoop
	■ vervoer cliënten		huishouding
10. Apotheek	■ bereiden, inkopen en verstrekken medicijnen	apotheker	vervoer
11. Laboratorium	■ analyseren bloed en urinemonsters	laboranten	apothek
			laboratorium

(Potentiële) knelpunten bij toetsen benchmarkmodellen

1. Knelpunten van organisatorische aard:

- een niet identieke strategische visie
- de effecten van fusies en/of reorganisaties
- een niet identieke vormgeving van de organisatie (centraal/decentraal)
- een niet identieke visie op de inrichting van de organisatie en/of de processen en/of de verantwoordelijkheden binnen de organisatie
- een niet identieke visie op de productdefiniering
- een niet identieke visie op de automatisering en managementinformatie
- een niet identieke visie op de registratie van activiteiten (wel/niet geautomatiseerd)
- een niet identieke visie op de logistiek binnen het zorgproces

2. Knelpunten van administratieve aard:

- een niet identieke inrichting van het voorgeschreven rekeningschema
- een niet identieke rubricering van kosten
- een niet identieke methode van toerekening van indirecte kosten
- het niet kunnen toerekenen van kosten aan activiteiten en/of producten
- een onjuiste toerekening van kosten aan activiteiten en/of producten (iemand is bijvoorbeeld in dienst van een verzorgings- en verpleeghuis en staat formeel op de loonlijst van het verzorgingshuis maar verricht activiteiten voor een verpleeghuis terwijl hiervoor geen kostenverrekening plaatsvindt)
- het niet registreren van de per activiteit of product benodigde tijd
- een niet identieke productdefiniëring en -registratie
- een niet identieke definiëring van overhead
- de financiële effecten van samenwerkingsverbanden
- de financiële effecten van andere dan de reguliere zorgactiviteiten
- fiscale constructies

3. Knelpunten van kwalitatieve aard:

- een niet identieke zorgvisie
- een niet identieke visie op de inzet van vrijwilligers
- een niet identieke visie op de inzet van uitzendkrachten
- een niet identieke visie op de taken van het (directe) zorgpersoneel
- een niet identieke visie op de hoeveelheid aan een patiënt te besteden tijd
- een niet identieke visie op de wijze waarop met wachtlijsten moet worden omgegaan

Beknopte lijst van begrippen in de gezondheidszorg

Aanleunwoning	⇒ zelfstandig wonen en zo nodig/desgewenst gebruik kunnen maken van diensten van het verzorgingshuis
Adherentiegebied	⇒ het verzorgingsgebied van een instelling in de gezondheidszorg
AWBZ	⇒ Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
COTG	⇒ Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg
Dagbehandeling	⇒ behandeling overdag in een instelling van thuiswonende cliënten
Dagverzorging	⇒ verzorging overdag in een instelling van thuiswonende cliënten
Eigen bijdrage	⇒ het bedrag dat een bewoner wettelijk zelf moet bijdragen aan het wonen in een instelling
Extramuraal	⇒ buiten de instelling: het elders aanbieden van zorg en diensten, waaronder alle of een deel van de verpleeghuisfuncties
Indicatiecommissie	⇒ een instelling die is belast met de indicatiestelling voor het al dan niet opnemen van een patiënt in een verzorgings- of verpleeghuis
Indicatiestelling	⇒ het advies over het al dan niet opnemen van een patiënt in een verzorgings- of verpleeghuis
Inkomenstoets	⇒ de toets of iemand die in aanmerking komt voor opname in een instelling al dan niet voldoende inkomen heeft om een eigen bijdrage te betalen
Inleunwoning	⇒ woning die in een bejaarden- of verzorgingshuis is gesitueerd en waarvan de bewoners gebruik maken van diensten van de instelling
Intramuraal	⇒ binnen de instelling
Klinisch	⇒ in de kliniek
Polikliniek	⇒ behandelruimte voor ambulante patiënten
Psychogeriatrisch	⇒ psychische stoornissen ten gevolge van ouderdomsziekten (dementie)
Somatisch	⇒ lichamelijk
Substitutie	⇒ verschuiving van verpleeghuiszorg naar het verzorgingshuis of van instellingszorg naar thuiszorg
Substitutiebeleid	⇒ beleid dat erop gericht is verpleeghuishulp buiten de muren van het verpleeghuis aan te bieden. Bijvoorbeeld extra zorg voor mensen in een thuissituatie
Verkeerde bedproblematiek	⇒ wordt meestal gebruikt in verband met patiënten die nog in het ziekenhuis verblijven vanwege plaatsgebrek in het verpleeghuis terwijl ze al een verpleeghuisindicatie hebben
Verpleeghuis	⇒ instelling waar somatische en/of psychogeriatrische worden verpleegd
Verzorgingshuis	⇒ een instelling voor mensen, die niet langer zelfstandig kunnen blijven wonen en die enige mate van huishoudelijke en/of lichamelijke hulp behoeven

VH units	⇒ verpleeghuisunits; een verpleeghuisvoorziening in een verzorgingshuis
Zorgvernieuwing	⇒ beleid dat het ontstaan van zorgvormen wil stimuleren, die beter aansluiten bij de mogelijkheden en behoeften van ouderen. Bijvoorbeeld beleid dat erop gericht is ouderen langer in de thuissituatie te verzorgen
Zorgzwaarte	⇒ de mate van verzorging die de bewoner nodig heeft
APZ	⇒ Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis
RIBW	⇒ Regionale Instellingen voor Beschermd Woonvormen
RIAGG	⇒ Regionale Instelling voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg
GVT	⇒ Gezinsvervangend Tehuis
DVO	⇒ Dagverblijf voor Ouderen

Benchmarking

in de praktijk

BSF.98.252

drs. C. van Vliet
drs. L.J.R. Vandermeulen
drs. P. Osterthun
ir. P.M. van Rooij
drs. C.C.M.C. Wiggers
drs. H.W. Zemmeling

Utrecht, oktober 1998

NZi, Onderzoek, informatie en opleidingen in de zorg

1. INLEIDING	3
1.1 BENCHMARKING BINNEN DE GEZONDHEIDSZORG	3
1.2 VRAAGSTELLING	4
1.3 AFBAKENING	4
1.4 VERHOUDING TOT ANDERE ONDERZOEKEN	5
1.5 OPZET RAPPORTAGE	6
2. THEORETISCH KADER	7
2.1 BESCHRIJVING METHODEN VOOR DE EVALUATIE VAN PRODUCTIVITEIT	7
2.2 KENGETALLEN METHODE	7
2.3 PRODUCTIE/KOSTENFUNCTIE METHODE	9
2.4 DEA-METHODE	9
2.5 ANALYSEREN VAN PRODUCTIVITEIT OP INSTELLINGSNIVEAU	10
3. DE HUIDIGE MIP-PEN	12
4. HET PRODUCTIEVOLUME	13
4.1 ALGEMENE UITGANGSPUNTEN	13
4.2 PRODUCTIE IN PSYCHIATRISCHE ZIEKENHUIZEN	16
4.3 PRODUCTIE IN VERPLEEGHUIZEN	20
4.4 PRODUCTIE IN INTRAMURALE INSTELLINGEN VOOR VERSTANDELIJK GEHANDICAPTEN	22
4.5 PRODUCTIE IN DE THUISZORG	23
5. DE INGEZETTE MIDDELEN	28
5.1 BESCHIKBARE GEGEVENS	28
5.2 DEELNIVEAUS	28
5.3 CORRIGEREN VAN PRODUCTIE VOOR/DOOR DERDEN	29
6. DETERMINANTEN VOOR VERSCHILLEN IN DOELMATIGHEIDSRATIO'S	31
6.1 RELATIE TUSSEN VERSCHILLENDE TYPEN DETERMINANTEN EN DOELMATIGHEID	42
6.2 VOORBEELDEN VAN RELEVANTE KENGETALLEN	43
7. ONTWERP DUMMY MIP	45
8. CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN	46

1. Inleiding

De Werkgroep Benchmarking AWBZ heeft een referentiemodel ontwikkeld op basis waarvan per sector een benchmarkmodel vormgegeven kan worden. Het referentiemodel is een belangrijk richtsnoer voor modelontwikkeling in de toekomst. Tegelijk realiseert de werkgroep zich dat de invoering van benchmarks volgens dit model een zaak van lange adem is. Daarom heeft de werkgroep het NZi benaderd met de vraag of het mogelijk is om aansluitend bij routinematig verzamelde informatie een model te ontwikkelen dat op relatief korte termijn in de praktijk kan worden geïntroduceerd. Stapsgewijs kunnen in zo'n traject informatie worden ingebracht die pas op langere termijn beschikbaar zal komen.

Het NZi beschikt over de gegevens van individuele instellingen op basis van diverse enquêtes. Instellingen ontvangen op basis hiervan jaarlijks automatisch spiegelinformatie, waarin de eigen instelling wordt vergeleken met het gemiddelde van tien vergelijkbare instellingen.

Uitgaande van de enquêtes en de bestaande spiegelinformatie is in deze notitie in beeld gebracht op welke wijze er een nieuwe generatie management informatie pakketten kan worden ontworpen. Daarbij wordt aangegeven welke informatie nu nog in de diverse enquêtes ontbreekt en welke stappen hiervoor verder nog gezet moeten worden.

Vanuit diverse afdelingen en disciplines binnen het NZi is nagedacht hoe een benchmark in de praktijk vormgegeven kan worden.

1.1 Benchmarking binnen de gezondheidszorg

Op het moment valt er binnen de gezondheidszorg steeds sterker een trend waar te nemen om niet alleen productiviteit op sectorniveau in kaart te brengen, maar ook de productiviteit in verschillende instellingen te meten en te vergelijken. De tendens om productiviteit op instellingsniveau te meten past uitstekend binnen de nieuwe bestuurlijke aanpak voor de zorgsector zoals die wordt voorgesteld in het Regeerakkoord en in het JOZ 1999. Die aanpak gaat uit van "de bereidheid van alle betrokkenen om breder te denken dan alleen het eigen terrein, en om gezamenlijk verantwoordelijkheid te dragen voor het realiseren van inhoudelijke doelstellingen binnen overeengekomen meerjarige financiële kaders".

In het JOZ wordt in het kader van de meerjarenaafspraken expliciet ingegaan op het belang van een goede informatievoorziening en de mogelijke rol van kengetallen hierbij: "Daarbij hecht het kabinet zeer aan het afleggen van verantwoording over het besteden van collectieve middelen. Het verbeteren van de informatievoorziening ziet het kabinet dan ook als cruciaal element van de nieuwe bestuurlijke aanpak. Op die manier wordt de relatie verhelderd tussen inhoudelijke en financiële doelstellingen. De informatievoorziening speelt een doorslaggevende rol in de beoordeling van de realisatie van de gemaakte afspraken en is ook voorwaarde voor meer beleidsvrijheid van veldpartijen. De afgelopen jaren is een begin gemaakt met het ontwikkelen van kengetallen en benchmarkgegevens als spiegelinformatie voor beleid, management en bestuur. Ook op het terrein van richtlijnen en protocollen is veel gebeurd. Het gaat er nu om deze te gaan toepassen binnen het kader van de meerjarenaafspraken. (...) De nieuwe bestuurlijke aanpak is erop gericht bestuurlijke rust te creëren en de verantwoordelijkheid van de professionele zorgsector meer kans te geven" (JOZ 1999, par.1.1).

In het kader van de Interdepartementale Beleidsonderzoeken is in september 1997 het onderzoek 'Benchmarking in de AWBZ' gestart (Interdepartementale Werkgroep Benchmarking, 1998). Doelstelling van dit IBO-onderzoek is het ontwikkelen van een methodiek op basis van kengetal-

len waarmee prestaties van vergelijkbare instellingen in de AWBZ-sectoren op het punt van bedrijfsvoering en zorgverlening gemeten en vergeleken kunnen worden. De IBO-werkgroep heeft voor het begrip 'benchmarking' aangesloten bij de definitie van Waalewijn en Kamp (conceptrapportage benchmark AWBZ):

"Benchmarking is de techniek waarbij systematisch en grondig de prestaties en achterliggende operationele en managementvaardigheden van organisaties met een toonaangevende prestatie op een bepaald gebied onderzocht worden. Deze techniek heeft als doel de eigen prestatie en werkmethode te spiegelen aan de beste en nieuwste ideeën en inzichten te vertalen naar de eigen organisatie om te komen tot verbetering van de prestatie."

1.2 Vraagstelling

De IBO-werkgroep AWBZ heeft het NZi gevraagd te onderzoeken hoe benchmarking in de praktijk inhoud gegeven kan worden. Het is daarbij van belang na te gaan in hoeverre de bestaande informatie uit instellings- en patiëntgegevens, voor zover die landelijk verzameld worden toereikend zijn om een benchmark te kunnen uitvoeren en in hoeverre er belangrijke informatie ontbreekt.

Alvorens tot benchmarking over te kunnen gaan is het noodzakelijk een goed inzicht te krijgen in de performance van individuele instellingen. De totale productie van de verschillende instellingen binnen een sector zal hiervoor op een eenduidige wijze in beeld gebracht moeten worden.

Voor een benchmarking is het bovendien nodig dat inzicht ontstaat hoe de performance van een individuele instelling op de verschillende *onderdelen* van het productieproces scoort. Bij deze onderdelen kan gedacht worden aan producten (bijvoorbeeld een verpleegdag, een poliklinisch contact, een uur thuiszorg), functies (bijvoorbeeld 'verpleging en verzorging', 'wonen', 'dagactiviteiten') dan wel kostenplaatsen (bijvoorbeeld administratie, keuken, behandelafdelingen, technische dienst). Het instellingsmanagement wenst immers niet alleen te weten hoe de instelling scoort, maar vooral op welke onderdelen wellicht de meeste doelmatigheidswinst te behalen valt.

De centrale vraagstelling van hoe benchmarking in de praktijk inhoud kan worden gegeven is dan ook onderverdeeld in de volgende subvragen:

1. Op welke wijze kan de onderliggende productiestructuur binnen een sector het best geanalyseerd worden, en hoe zijn kenmerken te identificeren die de bedrijfsvoering beïnvloeden?
2. Welke verschillende onderdelen van het productieproces zijn te onderscheiden? Het kan hierbij gaan om over de instellingen heen vergelijkbare producten, functies of kostenplaatsen. Zijn hiervan de kosten direct of indirect in beeld te brengen en toe rekenen aan producten? Welke correcties op het beschikbare materiaal dienen te worden aangebracht (outsourcing, werk voor derden)?
3. Ontwerp per hoofdsector een dummy-rapportage die als benchmark aan de individuele instellingen beschikbaar kan worden gesteld.
4. Kan worden aangegeven in hoeverre de bestaande centrale informatievoorziening (niet) toereikend is om aan benchmarking invulling te geven?

1.3 Afbakening

In het onderzoek zal ingegaan worden op de mogelijkheden van benchmarking in de vier AWBZ-hoofdsectoren: thuiszorg, verpleeghuiszorg, algemene psychiatrische ziekenhuizen, instellingen voor verstandelijk gehandicapten.

Het primaire perspectief hierbij is welke informatie door het management van de instellingen zelf gebruikt kan worden om de eigen prestaties te beoordelen en zo mogelijk te verbeteren. Hierbij wordt allereerst gefocust op de productiviteit en doelmatigheid van instellingen. Andere belangrijke aspecten waarop gebenchmarkt zou kunnen worden, zoals kwaliteitsbeleid, personeelsbeleid, strategisch beleid, worden in relatie tot doelmatigheid beschouwd, en niet zozeer als op zich zelf staande grootheden.

Om doelmatigheid van een instelling op een adequate wijze te beoordelen zou eigenlijk gekeken moeten worden naar de mate waarin de kwaliteit van leven van de cliënten beïnvloed wordt door zorgverlening. In de niet-chronische geestelijke gezondheidszorg en het revalidatie-afdelingen van verpleeghuizen staat hierbij het bevorderen van de (geestelijke dan wel lichamelijke) gezondheid van patiënten centraal. Voor de andere AWBZ-sectoren is van gezondheidswinst niet zozeer sprake, en gaat het om het hanteerbaar maken van eventuele handicaps en beperkingen. Echter, in de AWBZ-sectoren ontbreken instrumenten om vast te stellen hoeveel kwaliteit van leven toegevoegd wordt door zorgverlening. Er is slechts bekend welke zorg aan verschillende typen cliënten wordt geleverd. Onder de aanname dat het leveren van zorg de kwaliteit van leven bevordert, wordt de verleende zorg als proxy uitkomstmaat gehanteerd in het kader van doelmatigheid.

Gelet op de korte tijd die beschikbaar is voor het ontwerp van de dummy's is het niet mogelijk reeds een empirische toets met bestaand materiaal uit te voeren. Om dezelfde reden is het niet mogelijk om afstemming te organiseren met de verschillende koepelorganisaties. Nadat het onderzoek is afgesloten kan tot operationalisering en uitvoering in de praktijk overgegaan worden. De uitkomsten zullen continu in de praktijk getoetst moeten worden opdat voortdurend bijstelling van de benchmark plaats kan vinden.

1.4 Verhouding tot andere onderzoeken

In opdracht van de IBO-werkgroep is een referentiemodel ontwikkeld waarin de ingezette middelen gekoppeld zijn aan activiteiten; de activiteiten zijn vervolgens aan functies gerelateerd, die op hun beurt de relatie met de verschillende producten in beeld brengen.

Binnen het benchmarktraject zijn door diverse onderzoeksbureaus modellen ontwikkeld die de performance van individuele instellingen in beeld zouden moeten kunnen brengen. De verschillende bureaus hebben allen sterk verschillende aanpakken gekozen. Momenteel worden de modellen in de praktijk bij enkele instellingen gevalideerd. De modellen die door de onderzoeksbureaus ontwikkeld zijn, zijn vrij gedetailleerd. Dit werpt de vraag op of de modellen geschikt zijn voor routinematige toepassing in instellingen.

Tevens heeft het NZi in het kader van het IBO-onderzoek de mogelijkheden onderzocht voor een sectoroverschrijdende benchmarking.

Bij het NZi is uitgebreide ervaring met routinematige verzameling en verspreiding van managementinformatie binnen de gezondheidszorg. Zo worden jaarlijks reeds verschillende managementinformatie-pakketten (MIP-pen) voor de individuele instellingen geproduceerd. Het betreft hier een MIP die kengetallen over de bedrijfsvoering vergelijkt, een MIP over facilitaire kengetallen en een MIP op basis van kengetallen uit de jaarrekening. De dummy's die weergeven welke informatie een instelling zou kunnen gebruiken om haar prestaties in kaart te brengen door middel van bedrijfsvergelijking kunnen dienen ter aanvulling en verbetering van de huidige MIP-pen.

1.5 Opzet rapportage

Allereerst zal in sectie 2 het theoretisch kader worden geschetst. Hierbinnen wordt ondermeer een beschrijving en beoordeling gegeven van diverse methoden ter verkrijging van inzicht in de productie- en kostenstructuur per sector. In sectie 3 wordt een globaal overzicht van de huidige MIP-pen gegeven. Beschreven wordt welke informatie de huidige AWBZ-instellingen vanuit het NZi jaarlijks aangeleverd krijgen. In sectie 4 wordt ingegaan op hoe het productievolume precies gedefinieerd wordt. Aandachtspunten zijn het aggregeren van verschillende producten, het corrigeren voor zorgzwaarte en kwaliteit, en het onderscheiden van deel(aggregatie)niveaus. Vervolgens wordt in sectie 5 aandacht besteed aan de ingezette middelen. In sectie 6 worden determinanten van verschillen in productiviteit besproken. In sectie 7 wordt ingegaan op een ontwerp dummy MIP voor de verpleeghuissector. In sectie 8 worden de conclusies weergegeven.

2. Theoretisch kader

2.1 Beschrijving methoden voor de evaluatie van productiviteit

Om de productiviteit van instellingen onderling te vergelijken, staan verschillende methoden ter beschikking. Voorbeelden hiervan zijn het vergelijken van kengetallen, het analyseren van productie- en/of kostenfuncties en het uitvoeren van een DEA-analyse. De bruikbaarheid en relevantie van deze methoden hangt samen met wat het gebruiksdoel is.

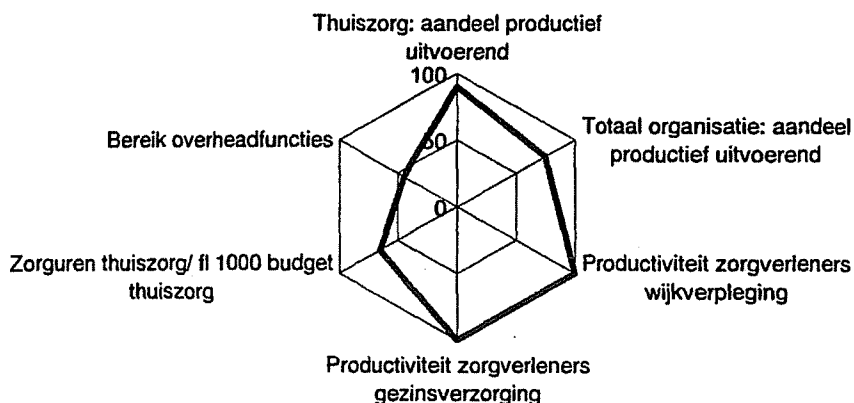
In deze sectie zullen allereerst verschillende methoden besproken worden voor de evaluatie van de productiviteit op instellingsniveau: de kengetallenmethode, de productie- en/of kostenfunctiemethode en de DEA-methode. In paragraaf 2.5 wordt dan aangegeven in welke mate deze methoden bruikbaar zijn op instellingsniveau.

2.2 Kengetallen methode

Bij het gebruik van kengetallen om de productiviteit van instellingen te meten, wordt een set van 'key indicators' gedefinieerd die in onderlinge samenhang een zo goed mogelijk beeld van de productiviteit geven. Voor de verschillende instellingen binnen een sector wordt bepaald welke waarden zij scoren op deze kengetallen, waarna deze waarden met elkaar vergeleken kunnen worden. Het ultieme kengetal om productiviteit in kaart te brengen is de ratio van het voor kwaliteit en zorgzwaarte gecorrigeerde productievolume en de kosten. Andere kengetallen kunnen inzicht verschaffen in de onderliggende productiestructuur in verschillende instellingen.

Een veel gebruikte aanpak bij de kengetallen methode is dat voor elk kengetal bepaald wordt welke instelling de *beste* score heeft. Vervolgens worden de scores op dit kengetal van andere instellingen hieraan gerelateerd. Door dit voor alle kengetallen te doen ontstaat dan per instelling een doelmatigheidsprofiel, dat uitgezet kan worden in een 'spinnenweb'. In een spinnenweb wordt elk kengetal weergegeven langs een as, waarbij de 'best practice' score als 100 wordt weergegeven. De 'best practice scores' op de verschillende kengetallen worden met elkaar verbonden. De kengetalwaarden van de beschouwde instelling worden ook op deze assen geplaatst, en met elkaar verbonden. De afstand tot de 'best practice' score geeft richting aan voor verbeteringen. In figuur 2-1 is een voorbeeld van een dergelijke spinnenweb weergegeven. Het gaat hierbij om het doelmatigheidsprofiel van een fictieve thuiszorginstelling, waarbij 6 kengetallen onderscheiden zijn. Het voorbeeld is gebaseerd op een analyse van de doelmatigheid van 9 thuiszorginstellingen uitgevoerd door Bakkenist (Elias e.a., 1997; Van Iperen 1998). Uit figuur 2.1 valt af te leiden dat de fictieve instelling hoog scoort op de punten 'productiviteit van zorgverleners gezinsverzorging' en 'productiviteit van zorgverleners wijkverpleging', en vrij laag op het punt 'bereik overheadfuncties'.

Figuur 2-1: Voorbeeld van een 'spinnenweb' waarin voor een fictieve thuiszorginstelling de doelmatigheid is weergegeven.



Een alternatief is om de scores van een instelling op verschillende kengetallen uit te zetten tegen de *gemiddelde* scores van andere instellingen. Hierbij kan eventueel een onderscheid gemaakt tussen het gemiddelde van alle instellingen, dan wel het gemiddelde van een referentiegroep van instellingen die op bepaalde karakteristieken overeenkomen. Bij deze benadering worden de kengetallen in veel mindere mate normatief geïnterpreteerd. Een dergelijke benadering wordt ook gehanteerd in de Management Informatie Pakketten (MIP-pen) die het NZi voor diverse intramurale sectoren van de gezondheidszorg opstelt. In sectie 3 wordt nader op de MIP-pen ingegaan.

Een normatieve benadering van de kengetallenmethode (zoals in het spinnenwebben voorbeeld van de thuiszorg) is in principe alleen mogelijk als bekend is welke waarde als 'goed' aangemerkt kan worden. Voor bepaalde kengetallen zal hier weinig onenigheid over zijn: bijvoorbeeld voor ziekteverzuim (exclusief zwangerschapsverlof) is de consensus dat een laag verzuim beter is dan een hoog verzuim. Bij veel andere kengetallen is het echter veel minder duidelijk wat 'goed' of 'slecht' is: bijvoorbeeld bij de verhouding tussen leidinggevend en uitvoerend personeel, dan wel het aandeel directe uren. In de analyse van de doelmatigheid van thuiszorginstellingen uitgevoerd door Bakkenist wordt bijvoorbeeld het laagste aandeel leidinggevenden en het hoogst aantal directe uren als 'best practice' gedefinieerd, zonder dat hier een diepere analyse achter zit.

Bij een beschrijvende aanpak wordt niet in de valkuil gelopen dat een bepaalde score onterecht als 'goed' of 'slecht' geclassificeerd wordt. Echter, een dergelijke aanpak heeft weer als nadeel dat er ook weinig handvatten voor verbetering aan het management geboden worden. Het ideale alternatief voor beide aanpakken zou zijn om aan te geven welke (ranges van) indicatorwaarden samengaan met een 'goede' dan wel 'slechte' overall productiviteit. Om deze (ranges van) indicator waarden te bepalen, dienen verschillende indicatoren in verband gebracht worden met productiviteitsscores van instellingen. In sectie 6 wordt hier nader op ingegaan.

Bij zowel een normatieve als descriptieve evaluatie van losse kengetallen wordt het risico gelopen dat de samenhang in het productieproces uit het oog verloren wordt. Het is niet onwaarschijnlijk dat het slechts mogelijk is 'goed' te scoren op een specifiek kengetal als de waarde van een ander kengetal juist wat 'minder' is: bijvoorbeeld een hoge productiviteit van uitvoerend personeel gaat wellicht samen met veel overhead. Verder wordt meestal niet aangegeven wat een slechte score

op een bepaald kengetal betekent in termen van 'overall' productiviteit: een slechte score op sommige indicatoren zal immers waarschijnlijk veel 'erger' zijn dan een slechte score op andere indicatoren.

2.3 Productie/kostenfunctie methode

Bij de methode van het schatten van productie- en/of kostenfuncties wordt een aantal wiskundige vergelijkingen opgesteld die een beschrijving geven van de productiestructuur van instellingen. De parameters van een dergelijk stelsel van vergelijkingen worden geschat op basis van gegevens van individuele instellingen in een bepaalde sector.

Bij productiefuncties wordt een relatie gelegd tussen enerzijds de ingezette middelen (bijvoorbeeld personeel, bedden, geneesmiddelen) en eventuele achtergrondkenmerken en anderzijds de productie-omvang. Kostenfuncties leggen een relatie tussen enerzijds de kosten en anderzijds de productie-omvang, de (relatieve) prijzen van ingezette middelen en eventuele achtergrondkenmerken.

Bij kostenfuncties en productiefuncties is het mogelijk om voor verschillen in kwaliteit en zorgzwaarte te corrigeren, door het opnemen van indicatoren van kwaliteit-en zorgzwaarte bepalende factoren (bijvoorbeeld een hulpindex, leeftijd patiënten, inzet van personeel per bed, relatief loon van personeel) in de te schatten vergelijkingen. Hierbij moet helder gesteld worden welke factoren als kwaliteitsindicator geteld worden en welke niet. Immers factoren die geld kosten en als kwaliteit beschouwd worden, verhogen de gecorrigeerde productie. De uitgaven die hiermee gepaard gaan hebben dan ook geen negatief effect op de efficiëntiescore van een instelling. Andere factoren die geld kosten en niet als kwaliteit geteld worden beïnvloeden niet de gecorrigeerde productie, en leiden tot een lagere efficiëntiescore. Met name kwaliteitsverhogende factoren die slechts in een aantal instellingen worden toegepast worden snel over het hoofd gezien. Door meer voorkomende kwaliteitsverhogende strategieën wel positief te beoordelen, treedt zo een grote waardering voor de grootste gemene deler op.

Nadat de productiestructuur in beeld gebracht is, kan bepaald worden welke instellingen als efficiënt en welke instellingen als inefficiënt beschouwd kunnen worden. Hiertoe wordt gemeten hoever instellingen afliggen van de geschatte productie- dan wel kostenfunctie. Door het uitvoeren van een regressievergelijking op deze efficiëntiescores kan vervolgens geïdentificeerd worden welke factoren samenhangen met een hoog efficiëntieniveau.

2.4 DEA-methode

Bij de DEA-methode wordt de relatieve efficiëntie van instellingen met elkaar vergeleken, zonder dat de productiestructuur gemodelleerd wordt. Er wordt gekeken of er instellingen zijn die beter presteren in de zin dat zij ofwel minder middelen gebruiken om een bepaalde productie te realiseren (input-georiënteerde DEA) dan wel of zij met een gegeven aantal middelen meer output weten te realiseren (output-georiënteerde DEA). Bij deze vergelijking wordt in het algemeen geen rekening gehouden met kwaliteit en/of zorgintensiteit.

Als geen vergelijking met andere instelling mogelijk is, wordt een efficiëntiescore van 1 verkregen. Dit wordt genoemd efficiëntie *by default*. Instellingen worden met name vergeleken worden met de (gewogen som van) instellingen die een vergelijkbare grootte hebben (feitelijk groter productieniveau, lagere inzet van middelen). Hierdoor worden zeer kleine en zeer grote instellingen, waarbij weinig vergelijkingsmateriaal voorhanden is, al snel als efficiënt geclassificeerd.

De berekende totale efficiëntiemaat kan worden uitgesplitst in technische, allocatieve en schaal-efficiëntie:

- Technische efficiëntie hangt samen met benutting van de ingezette middelen. Er wordt gekeken in hoeverre het mogelijk is het aantal ingezette middelen proportioneel te verminderen, en toch hetzelfde productieniveau te behalen.
- Allocatieve efficiëntie hangt samen met de samenstelling van de ingezette middelen. Gegeven een productieniveau, wordt gezien of het mogelijk is door een andere samenstelling van ingezette middelen een lager kostenniveau te behalen.
- Schaafefficiëntie: er wordt gezocht naar het productieniveau dat bij technisch efficiënte productie het minste inzet van middelen per productie-eenheid vraagt.

Technische en allocatieve efficiëntie worden tezamen kostenefficiëntie genoemd.

Door op de geschatte efficiëntiescores een regressie toe te passen, kan bepaald worden welke factoren de efficiëntie in positieve dan wel negatieve zin beïnvloeden.

Een nadeel van de DEA-methode is dat zij erg gevoelig is voor problemen in de data. Immers, de efficiëntiescore wordt berekend door de hoeveelheid ingezette middelen te vergelijken met de meest efficiënte instelling van vergelijkbare omvang. Als door meetfouten, de waarden van deze instelling vertekend zijn (wat met hoge kans het geval is: meetfouten vergroten de kans om een lage inzet van middelen te hebben), rollen voor alle instellingen van vergelijkbare omvang er slechte efficiëntiescores uit de bus.

2.5 Analyseren van productiviteit op instellingsniveau

Zowel de productie/kostenfunctie methode als de DEA-methode zijn erg toegespitst op het macroniveau en bieden hiermee minder handvatten voor verbetering op het instellingsniveau. Een kengetallenbenadering ligt dan ook meer voor de hand om het management van individuele instellingen te assisteren bij het verbeteren van doelmatigheid. Een ander voordeel van de kengetallenmethode is dat de inzichtelijkheid hoger is.

Uitgangspunt hierbij is dat de ratio van de kosten en het gewogen productievolume het beste de doelmatigheid weergeeft. Andere kengetallen helpen een beter inzicht te geven in de productiestructuur in verschillende instellingen en de factoren die van invloed zijn op de doelmatigheid, maar zeggen minder over doelmatigheid op zich. Bijvoorbeeld kengetallen die de verhouding tussen productie en personeelsinzet weergeven, houden niet goed rekening met de substitutiemogelijkheden tussen enerzijds arbeid en anderzijds materiaal en kapitaal. Ook andere losse kengetallen zoals de verhouding tussen faciliterend en zorg personeel, of tussen direct en indirect productieve tijd, zeggen op zich zelf niet direct iets over doelmatigheid; het is niet duidelijk bij dergelijke kengetallen of juist een hoge, een lage, of een gemiddelde waarde als 'goed' moet worden geclassificeerd.

Nadat de ratio van het productievolume en de kosten is vastgesteld, kan gezien worden wat de bijdrage van verschillende bedrijfsvoeringcomponenten is aan deze 'overall' doelmatigheidsscore. Hiertoe kan getracht worden de doelmatigheidsscore te regresseren op diverse factoren die enerzijds te maken hebben met bedrijfsvoering (ondermeer kengetallen), indicatoren van het productieproces en karakteristieken van de markt en de institutionele omgeving. Idealiter zou zo in kaart gebracht kunnen worden niet alleen in welke richting, maar ook in welke mate verschillende beïnvloedbare en niet-beïnvloedbare factoren de productiviteit bepalen. Op basis hiervan kunnen richtlijnen ontwikkeld worden voor wat nu de 'best practice' is voor verschillende beleidsmatige kengetallen. Tevens kan zo inzicht verkregen worden in hoeverre onbeïnvloedbare factoren de productiviteitsscores beïnvloeden.

3. De huidige MIP-pen

Het NZi stelt jaarlijks voor vele instellingen binnen de intramurale gezondheidszorg een Management Informatie Pakket (MIP) op. In een MIP worden voor een specifieke instelling kengetallen op het gebied van productie, cliëntenkarakteristieken, personeel, en kosten en opbrengsten gepresenteerd. Deze kengetallen worden vergeleken met enerzijds het gemiddelde van alle instellingen in een sector, en anderzijds het gemiddelde van een referentiegroep. Deze referentiegroep bestaat uit ongeveer 10 andere instellingen die volgens bepaalde criteria (bijvoorbeeld het aantal erkende bedden, de bewonerszwaarte) het best vergelijkbaar zijn met de beschouwde instelling. Voor de onderstaande instellingen wordt spiegelinformatie samengesteld:

- algemene ziekenhuizen
- revalidatiecentra
- academische ziekenhuizen
- verpleeghuizen (afzonderlijk voor somatische, psychogeriatrische en gecombineerde verpleeghuizen)
- instellingen voor algemeen verstandelijk gehandicaptenzorg
- instellingen voor jeugdig licht verstandelijk gehandicapten
- instellingen voor meervoudig verstandelijk gehandicapten
- algemene psychiatrische ziekenhuizen
- instellingen voor kinder-en jeugdpsychiatrie
- medische kindertehuizen
- medische kleuterdagverblijven
- instellingen voor thuiszorg

De MIP bestaat uit kengetallen in de vorm van tabellen en grafieken. Vergelijking van de eigen karakteristieken met die van andere instellingen geeft signalen over de positie van de eigen instelling. Er worden dus afwijkingen gesignaleerd die door het management nader onderzocht dienen te worden. Omdat de MIP een jaarlijks standaardpakket is, geeft het niet automatisch inzicht in de oorzaken van gesignaleerde afwijking. Op verzoek van een instelling kan echter zo nodig aanvullende ondersteuning gegeven worden om nadere verheldering te verkrijgen.

In zoverre als kosten in verband gebracht worden met productie, wordt in het algemeen uitgegaan van een verpleegdag als standardeenheid. Andere producten worden omgerekend naar verpleegdagen. Hierbij geldt dat een dagbehandeling of deeltijdbehandeling als een half 'elt. Zorgvernieuwing en extramurale productie wordt hierin niet meegenomen. Voor bepaalde sectoren wordt de productie ook omgerekend naar bewonerseenheden. Hierbij worden cliënten gewogen naar zorgzwaarte, meest op basis van COTG-tarieven.

4. Het productievolume

4.1 Algemene uitgangspunten

Definiëren van producten

In de meeste gevallen levert een instelling een uiteenlopend zorgaanbod. Om het productievolume van een instelling vast te stellen, moet eerst op een eenduidige wijze gedefinieerd zijn welke producten precies geproduceerd worden. Momenteel wordt er veel onderzoek gedaan naar het ontwikkelen van zorgproducten die herkenbaar en hanteerbaar zijn. Hierbij valt te denken aan de bekostigingscategorieën van de GGZ, de bewonerscategorieën van de gehandicaptenzorg, of de productgroepen van de NVVZ. Deze trajecten zijn voor de 4 AWBZ-sectoren in verschillende fases: in de thuiszorg is reeds in 1995 een traject van producttypering afgerond (Landelijke Vereniging voor Thuiszorg, 1995), in de geestelijke gezondheidszorg is net een traject van producttypering afgesloten (NVGGZ, 1996; GGZ-Nederland, 1998a en 1998b, Hoeksema e.a., 1995, COTG, 1996), terwijl in de gehandicaptenzorg men nog volop bezig met het definiëren van zorgproducten (NZi, 1998). In de verpleeghuissector zijn verschillende pogingen gedaan om de productie nader te specificeren, maar de resultaten hiervan worden niet toegepast.

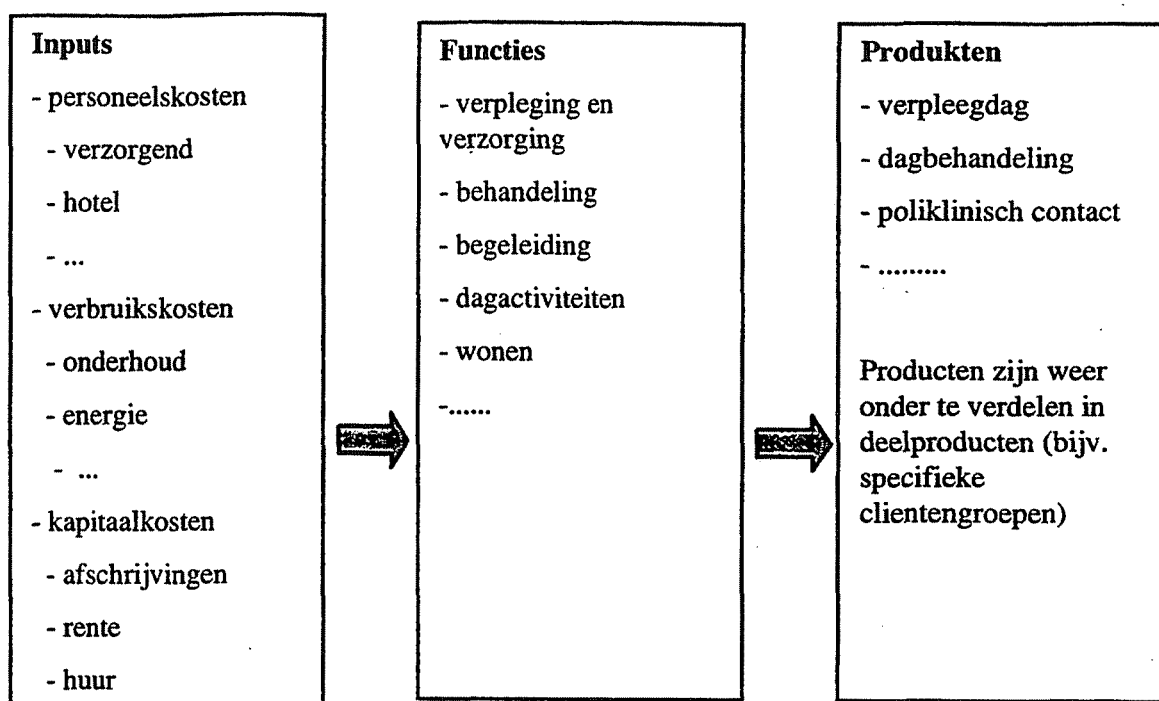
Aggregeren van verschillende producten

Om de totale productie van een instelling vast te stellen, moeten de verschillende producten die een instelling produceert onder één noemer gebracht worden. Hiertoe worden per sector gewichten toegekend aan de verschillende producten. Voor iedere instelling kan vervolgens het aantal geproduceerde eenheden standaardproduct worden vastgesteld, door een gewogen som te nemen over de geproduceerde aantallen van de verschillende producten.

Er zijn meerdere mogelijkheden om de relatieve gewichten van de producten vast te stellen. De eerste mogelijkheid is 'expert opinion'. Een tweede, relatief gemakkelijk toe te passen, methode is regressie-analyse. Per sector worden in deze regressie-analyse voor alle instellingen de totale kosten gerelateerd aan de productie-omvang van de verschillende producten. De verhouding tussen de coëfficiënten van de verschillende producten bepaalt dan het gewicht van de verschillende producten. Hierbij moet wel goed gekeken worden naar de plausibiliteit van de uitkomsten, bijvoorbeeld door het aan experts voorleggen van de gevonden gewichten. Een derde, meer arbeidsintensieve en ook gedegen, mogelijkheid is om diepgaand onderzoek in instellingen te doen, waarbij precies bepaald wordt hoeveel materiële middelen en inzet van personeel benodigd zijn voor verschillende producten. Een dergelijke benadering wordt overigens toegepast bij het ontwikkelen van nieuwe COTG-richtlijnen. De gewichten die hieruit volgen kunnen ook voor benchmarking worden toegepast.

Onderscheiden van deelniveaus

Afhankelijk van het type instelling kan het zinnig zijn om ook deelniveaus te onderscheiden: bijvoorbeeld door kengetallen op te stellen voor verschillende functies, afdelingen, kostenplaatsen, cliëntengroepen etcetera. Het voordeel van een dergelijke onderverdeling is dat hoe specifiek de informatie is, hoe specifiek er gewerkt kan worden aan verbetering. In Figuur 1 wordt een voorbeeld gegeven van het toevoegen van het deelniveau 'functies'. Bij deze functies kan bijvoorbeeld gedacht worden aan items als 'Zorg', 'Behandeling', 'Dagstructurering', 'Begeleiding' en 'Wonen'.



Figuur 1: conceptueel schema input-output model

Door het onderscheiden van functies kan onderzocht worden of een hoge ratio van kosten per productie-eenheid veroorzaakt wordt door hoge kosten om een functie te genereren (bijvoorbeeld in het geval van een hoog salaris van het personeel) of doordat de samenstelling van producten verschilt tussen instellingen (bijvoorbeeld meer uur zorg per verpleegdag).

De deelniveaus die onderscheiden worden moeten aansluiten bij de organisatie van het zorgproces, anders is het onmogelijk om routinematig gegevens op deelniveaus te verzamelen. Als bijvoorbeeld de werkzaamheden van verzorgend personeel zowel taken bevat die samenhangen met de functies 'Wonen', 'Zorg' en 'Dagstructurering', is het moeilijk om in te schatten welk deel van de tijd aan een bepaalde functie besteed wordt. Gezocht kan dan worden naar een ander, meer logisch, deelniveau van analyse. Een criterium voor de selectie van deelniveaus is dat voor ieder deelniveau bekend is hoeveel van welke producten geleverd worden, en wat de bijbehorende kosten zijn.

Omgaan met verschillen in zorgzwaarte en kwaliteit

Voor een zinvolle vergelijking van het productievolume en de bijbehorende kosten is het vereist dat de beschouwde producten homogeen zijn. Tussen instellingen binnen een specifieke sector kunnen nog aanzienlijke verschillen optreden in de samenstelling van producten van een zelfde type, samenhangend met verschillen in zorgzwaarte en kwaliteitsverschillen.

In de MIP-pen wordt voor de intramurale zorg voor verstandelijk gehandicapten en algemene psychiatrische ziekenhuizen gebruik gemaakt van verschillen in COTG-tarieven om patiëntencategorieën te wegen, terwijl voor de verpleeghuizen de hulpindex van de SIG gehanteerd wordt. Binnen de thuiszorg wordt alleen de leeftijd van de cliënt als indicator van de zorgzwaarte geregistreerd. Echter in geen van deze sectoren leeft het idee dat de gebruikte zorgzwaarte-maten de feitelijke zorgzwaarte adequaat weergeven. Alternatieven zijn slechts in beperkte mate voorradig. Alleen voor de algemene psychiatrische ziekenhuizen is een alternatieve maat ontwikkeld. Voor de verpleeghuizen en intramurale zorg voor gehandicapten wordt overigens nog aan de ontwikkeling van nieuwe zorgzwaarte-indices gewerkt.

Een overkoepelende maat voor kwaliteit ontbreekt al helemaal. Kwaliteit is een begrip dat samengesteld is uit meerdere dimensies, waarvan vele dimensies bovendien slecht meetbaar zijn, bijvoorbeeld zaken als bejegening en aandacht. Het lijkt dan ook moeilijk realiseerbaar om te komen tot één alomvattende kwaliteitsmaat. In plaats hiervan kunnen wellicht diverse kwaliteitsindicatoren worden gebruikt om verschillen in productiviteit te onderzoeken. In een studie naar de efficiëntie van verpleeghuizen worden respectievelijk de aanwezigheid van een patiëntenraad, een familierraad, de aanwezigheid van een klachtenprocedure en ongelimiteerde bezoeken als kwaliteitsindicatoren gebruikt (Kooreman, 1994). In een andere studie worden de loonkosten van het personeel als indicator van kwaliteit gebruikt (Blank en Eggink, 1996).

Gegeven de huidige problemen bij het meten van kwaliteit en zorgzwaarte, lijkt het niet goed mogelijk om op voorhand een alomvattende correctie op de productie-omvang toe te passen met behulp van een kwaliteit/zorgzwaarte index. In plaats hiervan is het voorstel om allereerst te werken met de ruwe doelmatigheidsmaat van productie-omvang gedeeld door kosten.

Wat betreft zorgzwaarte kan vervolgens met behulp van regressietechnieken bezien worden of verschillende indicatoren voor zorgzwaarte samenhangen met doelmatigheidsscores van instellingen: het zou bijvoorbeeld kunnen zijn dat de kosten gemiddeld 5% hoger liggen in instellingen waar de hulpindex een punt hoger is. Op basis van deze gemeten verschillen kan dan het ruwe doelmatigheidssgetal dan gecorrigeerd worden.

Het is echter moeilijker om op vergelijkbare wijze te corrigeren voor verschillen in kwaliteit. Het verband tussen kwaliteit die een instelling levert en de kosten van een instelling is niet op voorhand duidelijk. Eén redenatie hierbij is dat een goede kwaliteit niet op een koopje komt, maar een extra inzet van middelen en personeel vraagt. Hierdoor zullen de kosten van kwalitatief goede instellingen hoger zijn. Te denken valt hierbij aan het verkleinen van groepsgrootten en het aantal mensen dat in een verpleeghuis een kamer deelt. Een andere redenatie is dat zowel een goede kwaliteit als een efficiënt productieproces samenhangen met goed management. In dit geval zullen instellingen met een goede kwaliteit juist relatief lage kosten hebben. Te denken valt hierbij aan het hanteren van protocollen en/of het hebben van een kwaliteitssysteem. Op voorhand is niet duidelijk welke redenatie het meeste hout snijdt. Per sector moet eerst het verband tussen doelmatigheid in enge economische zin en kwaliteit onderzocht worden, voordat verder aangegeven kan worden of, en zo ja hoe, het zinvol en mogelijk is doelmatigheidsscores te corrigeren voor kwaliteit.

Risico's van tautologie: de relatie tussen budgetten en kosten

Een punt van aandacht is dat als het budget van een instelling alleen af zou hangen van het productievolume, alle instellingen uit zouden moeten komen op een vergelijkbare waarde voor de ratio kosten per productie-eenheid (uitgezonderd instellingen die een hoog positief dan wel negatief exploitatiesaldo hebben). Echter, in de COTG-tarieven zijn voor bijna alle sectoren ook componenten die samenhangen met capaciteit. Mede hierdoor treedt er in de praktijk variatie op in de ratio van kosten per productie-eenheid. Daarnaast kan worden gewezen op de interne substitutievrijheid.

Overigens is het zo dat naarmate de bekostigingssystematiek dichter aansluit bij de (gemiddelde) kostenopbouw van de producten (door bijvoorbeeld ook rekening te houden met verschillen tussen cliënten), het totaal van de kosten meer in lijn komt met de gewogen productie. Verschillen tussen instellingen voor het ene deelniveau moeten dan gecompenseerd worden door verschillen in de andere richting bij de andere deelniveaus. Als er dan al verschillen zijn in de totaalverhouding zouden die verschillen tot uitdrukking moeten komen bij de ontwikkeling van het exploitatieverschil.

4.2 Productie in psychiatrische ziekenhuizen

Producten

De volgende hoofdproducten worden jaarlijks geregistreerd in de 'Enquête jaarcijfers' van het NZi:

- klinische productie: aantal verpleegdagen
- deeltijd productie: aantal deeltijdbehandelingen (4-6 uur, 6-8 uur per etmaal)
- poliklinische productie: inschrijving, intake, onderzoek, psychotherapie, behandelingen/ begeleidingscontacten, groepscontacten

Binnen de geestelijke gezondheidszorg is een sterke trend naar transmuralisatie aanwezig. Zo dient verplicht 5% van het budget besteed te worden aan zorgvernieuwendende activiteiten die niet rechtstreeks kunnen worden ondergebracht bij de klinische, deeltijd- of poliklinische afdeling.

Het gaat daarbij om bijvoorbeeld het aanbieden van dagactiviteiten, begeleid zelfstandig wonen, psychiatrisch intensieve thuiszorg en dergelijke. De instellingen zijn verplicht om over deze zorgvernieuwing verantwoording af te leggen. In de NZi-registratie van productie wordt hier nog niet veel aandacht aan besteed. Wel zijn instellingen verplicht om over deze zorgvernieuwing verantwoording af te leggen bij het COTG.

Nadere specificering klinische en deeltijdproductie

Bij de klinische en deeltijd productie productie kan, aan de hand van de resultaten van eerder uitgevoerd onderzoek ten behoeve van de bekostiging van de geestelijke gezondheidszorg een onderscheid gemaakt worden naar de zorgzwaarte en het type behandelaanbod gezondheidszorg (NVGGZ, 1996, GGZ-Nederland, 1998a en 1998b). Dat betekent dat voor iedere *verpleegdag* en voor iedere *deeltijdbehandeling* kan worden vastgesteld welk type behandelaanbod aan de orde is en welke mate van aanvullende begeleiding. Voor de algemene psychiatrie is het behandelaanbod onderscheiden naar kortdurende en langer durende zorg.

Het behandelaanbod voor de kortdurende zorg is te onderscheiden naar:

- AD1 resocialisatie
- AD2 algemene behandeling
- AD3 klinische psychotherapie
- AD4 opname en observatie.

Voor de langer durende zorg is een onderscheid gemaakt naar:

- LD1 stabilisatie
- LD2 woonrevalidatie
- LD3 resocialisatie/ rehabilitatie
- LD4 behandeling en activering
- LD5 gerichte behandeling en crisisinterventie

Voor de Kinder- en Jeugdpsychiatrie en de Verslavingszorg is inmiddels een vergelijkbare onderverdeling naar behandelaanbod gemaakt.

Naast het behandelaanbod is ook aandacht besteed aan de zorgzwaarte van de patiënt, uitgedrukt in de mate waarin naast het behandelaanbod nog aanvullende begeleiding noodzakelijk is. Hiervoor zijn 7 verschillende niveaus onderscheiden, die zowel voor de algemene psychiatrie, de kinder- en jeugdpsychiatrie als de verslavingszorg van toepassing zijn:

- B0: geen (aanvullende) begeleiding
- B1: begeleiding op consultatiebasis
- B2: begeleiding op afstand
- B3: beperkte begeleiding

- B4: volledige begeleiding
- B5: continue bescherming
- B6: zeer intensieve bescherming

Naast de dimensies dagaanbod en aanvullend begeleidingsniveau zijn in de behandelmodulen-systematiek voor de APZ'en en RIBW's nog twee andere dimensies onderscheiden: de V-dimensie die aangeeft of nog aanvullende zorg nodig is in verband met het ADL-functioneren van de patiënt en de H-dimensie die aangeeft in welke mate aanvullende inspanningen nodig zijn in verband met het huishoudelijk functioneren.

Nadere specificering poliklinische productie

Ook voor de poliklinische productie kan aan de hand van resultaten van eerder uitgevoerd onderzoek een onderscheid gemaakt worden naar verschillende typen poliklinisch zorgaanbod (Hoeksema e.a., 1995; COTG 1996). Daarbij is een onderscheid gemaakt naar drie verschillende doelgroepen: kinderen en jeugd, volwassenen en ouderen, waarbinnen de poliklinische productie gemeten wordt in face to face contacten van diverse typen.

Wegen van producten

Wegen deelproducten binnen de hoofdproducten klinische en deeltijdproductie

Voor ieder niveau van behandelaanbod en begeleidingsniveau, alsmede ADL-zorg en huishoudelijke zorg is vastgesteld welke de gemiddelde inzet van patiëntgebonden personeel is per verpleegdag of deeltijdbehandeling. Met enige omrekening kan deze inzet worden vertaald in aantal FTE's patiëntgebonden personeel per bed of deeltijdplaats naar type per jaar. (de formatietabellen)

Op basis hiervan kan aan de verschillende typen deeltijdbehandeling en klinische behandeling een 'gewicht' worden toegekend. Dat gewicht bestaat dan uit vier componenten: het gewicht op grond van het dagaanbod (AD1 t/m AD4, LD1 t/m LD5), het gewicht op grond van het niveau van de aanvullende begeleiding (B0 t/m B6), het niveau van ADL-zorg (V0 t/m V4) en het niveau van huishoudelijke ondersteuning (H0 t/m H2). Voor de gewichten is uitgegaan van de discipline-specifieke inzet van patiëntgebonden personeel, gewogen met de gemiddelde loonkosten voor de betreffende discipline. Daarmee is het gewicht gelijk aan de gemiddelde loonkosten van het patiëntgebonden personeel.

Aan de hand van de genoemde formatietabellen zijn voor de algemene psychiatrie 14 verschillende bekostigingscategorieën gedefinieerd en twee opnametoeslagen, voor de kinder- en jeugdpsychiatrie 9 verschillende bekostigingscategorieën en voor de verslavingszorg 8. Deze bekostigingscategorieën bestaan uit een nadere clustering van het behandelaanbod en het niveau van aanvullende begeleiding op basis van inhoudelijke herkenbaarheid en kostenhomogeniteit. In bijlage 1 zijn de gewichten voor de algemene psychiatrische zorg voor de kliniek en deeltijdsituatie als voorbeeld opgenomen. Deze gewichten, zijn zowel weergegeven in termen van kosten van patiëntgebonden personeel per bed als in termen van kosten van patiëntgebonden personeel per verpleegdag/deeltijdbehandeling.

De bekostigingscategorieën zijn verder door het COTG verwerkt naar beleidsregels voor (een meer kostenconforme) bekostiging van de klinische en deeltijdproductie in de geestelijke gezondheidszorg. Het COTG berekent voor de klinische en deeltijd-productie van de APZ'en op dit moment de zelfde opslagpercentages: Als de loonkosten patiëntgebonden personeel op 100% worden gesteld is de opslag voor loonkosten overig personeel 28% en voor materiële kosten ongeveer 45%. Dat betekent dat het voor de berekeningen niet uitmaakt of het totaal van loon- en materiële kosten als grondslag voor de bepaling van de gewichten wordt genomen of alleen de

patiëntgebonden loonkosten. In onderstaande tabel wordt een voorbeeld gegeven van het berekenen van de gewogen productie aan de hand van de samenstelling (mix) van de producten (bekostigingscategorieën) en de gewichten op basis van de loonkosten direct patiëntgebonden personeel. Uitgebreidere informatie vindt u in bijlage 1. Als numerair is bekostigingscategorie 1.1 'klinisch kort met beperkte begeleiding' genomen. Uit de tabel blijkt dan bijvoorbeeld dat er grote verschillen zijn in gewichten: bekostigingscategorie 1.3 'klinisch kort met intensieve begeleiding' heeft een twee keer zo hoog gewicht als de numeraire, bekostigingscategorie 4.1 'deeltijdbehandeling stabilisatie' een gewicht van slechts 27% van dat van de numerair. Op deze manier kan overigens de totale productie van deeltijd en kliniek gewogen bij elkaar worden geteld.

Tabel 1 Voorbeeld weging deelproducten klinische opnamen en dagopnamen

omschrijving	w(i): gewicht	x(i) aantallen	w(i) * x(i) gewogen
hoofdgroep 1: klinisch kort			
1,1 klinisch kort met bep. Begeleid.	100%	75920	75920
1,2 klinisch kort met voll. begeleid.	134%	56210	75460
1,3 klinisch kort met int. Begeleid.	203%	21900	44527
opnametoeslag	54%	45990	24989
hoofdgroep 2a: klinisch lang APZ			
2,1 structuur met bep. Begeleid.	51%	135050	69191
2,2 structuur met voll. begeleid.	114%	73000	83072
2,3 verand. gericht met bep. begel.	73%	45990	33475
2,4 verand. gericht met int. begel.	125%	63875	79535
2,5 crisisbehandeling met int. beg.	171%	26280	45046
hoofdgroep 3: deeltijd kort			
3,1 structurerende deeltijdbeh.	84%	26010	21795
3,2 struct. deeltijd met bep. begel.	118%	4335	5102
3,3 psychother. deeltijdbeh.	101%	52785	53354
3,4 psychother. deeltijd bep. begel.	139%	7905	10970
opnametoeslag	31%	2550	793
hoofdgroep 4: deeltijd lang			
4,1 stabilisatie	27%	8415	2275
4,2 rehabilitatie	56%	24990	14086
TOTAAL GENERAAL	95%	671205	639590
(exclusief opnametoeslagen)	99%	622665	613808

Wegen deelproducten voor hoofdproduct polikliniek

Met behulp van een tijdmetingsonderzoek is vastgesteld welke inzet van patiëntgebonden personeel noodzakelijk is voor het realiseren van elk van de onderscheiden typen contacten. Op deze wijze kunnen de verschillende elementen van het poliklinisch zorgaanbod dus ook gewogen worden en vervolgens opgeteld. Ook deze elementen zijn ook door het COTG verder omgewerkt naar beleidsregels voor bekostiging van de poliklinische productie in de geestelijke gezondheidszorg, waarbij rekening is gehouden met de loonkosten van het overig personeel en de materiële kosten.

Wegen verschillende hoofdproducten

Nadat voor zowel de klinische en deeltijdproductie als voor de poliklinische productie de verschillende deelproducten op één noemer gebracht zijn, dienen deze hoofdproducten ook nog gewogen te worden om tot een 'overall' productiemaat te komen. Voor het creëren van de gewogen hoofdproducten is uitgegaan van de patiëntgebonden personeelskosten. Echter, het aandeel van de patiëntgebonden personeelskosten in de totale kosten kan verschillen tussen de kliniek en de polikliniek. Hierdoor is het niet mogelijk de gewogen hoofdproducten direct bij elkaar op te tellen. Met behulp van afzonderlijke opslagpercentages van het COTG om van patiëntgebonden personeelskosten te komen op totale kosten, kan echter de verhouding van de totale kosten bepaald worden, waarna de poliklinische en klinische/deeltijdproductie bij elkaar opgeteld kan worden.

Wat betreft zorgvernieuwing is het de vraag of zij moet worden meegenomen in de 'overall' productie-maat. Immers, van zorgvernieuwing is alleen de financiële omvang bekend (5% van het budget) en niet zozeer de fysieke producten die hier bij horen. Een alternatief is om aan te nemen dat de productie van en kosten samenhangend met zorgvernieuwing precies gelijk zijn, en dan zorgvernieuwing noch mee te nemen bij de productie noch bij de kosten.

Onderscheiden van deelniveaus

Voor de geestelijke gezondheidszorg bestaan voor de klinische productie, de deeltijdproductie en de poliklinische productie operationele omschrijvingen van de deelproducten. In de landelijk beschikbare databanken (de Financiële Statistiek, de Enquête Jaarcijfers en de Personeelsstatistiek) zijn op dit moment nauwelijks gegevens beschikbaar op het niveau van inzet van middelen voor de verschillende hoofdproducten afzonderlijk.

Een rechtstreekse analyse van de doelmatigheid van het productieproces voor de onderscheiden hoofdproducten is dan ook (nog) niet mogelijk. Aan de andere kant is - uit de uitgevoerde onderzoeken - gebleken dat de instellingen wel in staat zijn om informatie te verschaffen over het direct patiëntgebonden personeel op het niveau van behandelafdelingen. Als deze informatie aanvullend in de diverse enquêtes zou worden gevraagd zou daarmee een beschrijving kunnen worden gegeven van op zijn minst de verhouding tussen ingezet personeel en omvang van de productie per hoofdproduct in de verschillende instellingen.

Een andere benadering, die wel met de huidige informatie kan worden uitgevoerd, zou kunnen bestaan uit een min of meer stapsgewijze analyse van de diverse instellingen. Via een dergelijke benadering zou een reconstructie gemaakt kunnen worden van de mensen en middelen die worden ingezet. Dat zou als volgt kunnen gaan:

- Voor de klinische en deeltijdproductie (de grootste hoofdproducten) kunnen de loonkosten direct patiëntgebonden personeel worden geschat door de totale loonkosten patiëntgebonden personeel te verminderen met de loonkosten direct patiëntgebonden personeel voor de poliklinische productie en zorgvernieuwing.
- De loonkosten direct patiëntgebonden personeel zorgvernieuwing kunnen worden benaderd als 5% van de totale loonkosten direct patiëntgebonden personeel. De loonkosten voor de poliklinische productie kunnen worden benaderd door uit te gaan van het bedrag van de toepasselijke beleidsregel van het COTG voor de diverse poliklinische deelproducten vermenigvuldigd met de werkelijke productie.
- Dan kan de verhouding worden berekend tussen de loonkosten direct patiëntgebonden personeel voor de klinische en deeltijdproductie en de (gewogen) productie in de kliniek en polikliniek.

Een dergelijke benadering is alleen zinvol als de productie van de producten die beschouwd worden duidelijk omvangrijker is dan van de producten die afgesplitst worden. Immers in dat geval is

de fout in de benadering van de werkelijke kosten van de af te splitsen producten relatief gering ten opzichte van het bedrag dat overblijft. Bijvoorbeeld als zorgvernieuwing en poliklinische productie elk 5% van de kosten uitmaken, en de afwijking tussen de tarieven en de gemaakte kosten is hierbij 10%, dan worden de kosten van de gezamenlijke klinische deeltijdproductie geschat in met een fout van zo'n 1,1% (1% van 90%). Echter, als poliklinische productie 45% is, en de afwijking is 10%, dan is de te maken fout in de kosten van klinische en deeltijdproductie zo'n 10% (5% van 50%).

Mogelijke knelpunten in de registratie van productie en ontbrekende data

Een belangrijke ontwikkeling in de geestelijke gezondheidszorg is 'circuit-vorming'. Er wordt hierbij gestreefd naar een integrale afstemming van de totale zorg aan mensen met psychiatrische problematiek. Deze circuitvorming gaat samen met toenemende (regionale) samenwerking van de verschillende aanbieders van geestelijke gezondheidszorg. De clustering van verschillende typen zorgaanbieders maakt het moeilijker om de totale productie op één noemer te brengen. Door deze ontwikkeling neemt het belang toe van het meten en registreren van hoe de kosten van verschillende (hoofd)producten (iets dat nu nog niet gebeurt). Hierdoor kan een instelling meer inzicht krijgen in het doelmatigheidsprofiel van verschillende componenten.

Op het moment worden gegevens over de productie-omvang van deelproducten slechts geregistreerd bij de instellingen zelf en het COTG. Door de relatie met bekostiging is er voor instellingen een incentive om productclassificatie aan te passen, en bijvoorbeeld patiënten zwaarder in te schalen dan reëel is. Tot nu toe is ook gebleken dat vooral de productie-afspraken, maar ook de gerealiseerde productie in termen van de onderscheiden deelproducten veel 'zwaarder' is dan op grond van onderzoek mocht worden verwacht. Het lijkt erop dat alleen de 'intensievere' deelproducten worden aangeboden. Of dit verschijnsel reëel is en bijvoorbeeld het gevolg van verdergaande transmuralisering of dat het het gevolg is van onwennigheid met het systeem is nog niet duidelijk. In maart 1999 worden de gerealiseerde productiecijfers over 1998 verwacht.

Overigens geeft de indeling van het behandelaanbod een indicatie over de minimale inzet van patiëntgebonden personeel. Bij bijvoorbeeld begeleidingsniveau B5 (continue bescherming) is altijd een dubbele bezetting VOV-personeel op de afdeling noodzakelijk. Als die niet aanwezig is kan er geen sprake zijn niveau B5, maar is een lager niveau van toepassing. Door personeelsinzet met productie te linken, kan gevalideerd worden of de opgegeven zwaarte van cliënten wel klopt.

4.3 Productie in verpleeghuizen

Producten

De volgende producten worden jaarlijks geregistreerd in de 'Enquête jaarcijfers':

- klinische verpleegdagen
- dagbehandeling
- zorgvernieuwingsfonds (uitgedrukt in omgerekende verpleegdagen)

Hierbij wordt een onderscheid gemaakt tussen productie voor somatische cliënten en psychogeriatrische cliënten.

Tevens wordt afzonderlijk geregistreerd hoeveel fysiotherapeutische, ergotherapeutische en logopedistische onderzoeken plaats vinden. Omdat deze activiteiten in het algemeen gericht zijn op cliënten van de instelling geeft deze paramedische productie in feite een nadere specificatie weer van de productie in termen van verpleegdagen en dagbehandelingen.

Binnen de verpleeghuissector wordt geen systeem van nadere producttypering toegepast. In de huidige MIP-pen wordt wel de hulpindex, een indicator van zorgzwaarte, toegepast om de productie van verschillende typen cliënten te wegen. De hulpindex is opgebouwd uit een score voor ADL, mobiliteit en continëntie. Een nadeel van deze index is dat hij vrij sterk somatisch gericht is: hierdoor wordt de zorgzwaarte van psycho-geriatrische patiënten onderschat. Momenteel wordt er vanuit de NVVZ gewerkt aan het opstellen van een betere indicator van zorgzwaarte.

Wegen van producten

Voor het wegen van verpleegdagen en dagbehandelingsdagen in de verpleeghuissector, is geen eenduidige richtlijn bekend. In de COTG-systematiek is de vergoeding van de variabele kosten per verpleegdag 1,42 zo hoog als per dagbehandelingsplaats¹ (bron: COTG, 1997). Uit een analyse van de productiestructuur van verpleeghuizen van het SCP volgt echter dat de marginale kosten van een verpleegdag slechts zo'n 11% hoger zijn dan de marginale kosten van een dagbehandelingsdag (Blank en Eggink, 1996). In de MIP-pen van het NZi wordt een verpleegdag 2 maal zo zwaar geteld als een dagbehandelingsdag.

Nadere analyse, liefst in de vorm van een onderzoek waarbij de inzet van personele en materiële middelen wordt gemeten, zou moeten uitwijzen welke van deze gewichten (of wellicht wel heel andere gewichten) van toepassing zijn.

Wat betreft de zorgvernieuwing (extramurale productie) is zowel de productie in termen van omgerekende verpleegdagen als de omvang van de financiële middelen die hier mee samenhangen bekend. Deze omgerekende verpleegdagen kunnen in principe gewoon opgeteld worden bij de 'echte' klinische verpleegdagen.

Onderscheiden van deelniveaus

Binnen de verpleeghuissector ligt het voor de hand om de producten die er zijn, als deelniveau te kiezen. In de NZi-enquêtes werd over 1996 reeds gevraagd naar een uitsplitsing van kosten over de 4 onderdelen: kliniek, dagbehandeling, zorg buiten de muren en werkzaamheden voor derden. Voor de opgave over 1997 is dit nog nader uitgesplitst naar de inzet van personeel in bepaalde functiecategorieën (in fte's) en de bijbehorende salariskosten, inclusief ORT en ziekengeld, en de inzet van materiële middelen.

Deze kostengegevens per product kunnen gerelateerd worden aan de productie van verpleegdagen en dagbehandeling, en eventueel ook aan 'zorg buiten de muren'. Voor dit laatste product is overigens de productie-omvang alleen bekend in omgerekende verpleegdagen, en niet zozeer in de daadwerkelijke productie-eenheden. Wat betreft 'werkzaamheden voor derden' is helemaal niet bekend wat precies de aard en omvang van de productie is. Toch is het zinnig om een goed zicht te hebben op de inzet van middelen hiervoor, al was het maar om te berekenen hoeveel van de totaal ingezette middelen aangewend wordt voor productie van het verpleeghuis zelf.

Door per product kosten en productie aan elkaar te linken, kan een analyse van productiviteit per producttype uitgevoerd worden. Hierbij kan zelfs los naar de inzet van personeel en van materieel gekeken worden.

Mogelijke knelpunten in de registratie van productie en ontbrekende data

In dit jaar wordt voor het eerst (over 1997) gevraagd om de nadere uitsplitsing van personeelsinzet naar product. In principe biedt een dergelijke registratie een uitgelezen mogelijkheid voor

¹ Hierbij zijn naast de vergoedingen per dag, ook de vergoedingen per plaats in ogenschouw genomen, waarbij voor verpleegdagen gedeeld is door 360 en voor dagbehandelingsdagen door 250.

doelmatigheidsanalyses op het niveau van producten. Omdat slechts een beperkt deel van de enquêtes van verpleeghuizen binnen zijn, is nog niet bekend in welke mate instellingen daadwerkelijk in staat zijn om hun inzet van middelen toe te wijzen aan verschillende producten. Het ligt in lijn van de verwachting dat instellingen redelijk in staat zijn direct patiëntgebonden personeel toe te wijzen aan verschillende producten. Echter de toewijzing van hotelmatig personeel, administratief personeel en andere vormen van overhead aan producten is moeilijker. Een mogelijke oplossing hiervoor is het aanbieden van 'sleutels' aan instellingen om zelf opslagpercentages te berekenen. Bij zulke sleutels wordt echter uitgegaan van verhoudingen van personeelsinzet in gemiddelde instellingen. Hierdoor wordt het niet goed zichtbaar als een instelling afwijkt van gemiddelde inzet van overhead bij bepaalde producten.

4.4 Productie in intramurale instellingen voor verstandelijk gehandicapten

Producten

In intramurale instellingen voor verstandelijk gehandicapten worden dezelfde producten geregistreerd als in verpleeghuizen:

- totaal aantal verpleegdagen
- aantal dagbehandelingsdagen
- zorgvernieuwing, uitgesplitst naar 24-uurs opname, dagopvang, dagbehandeling, logeerfunctie, thuiszorg, pleegzorg, crisisopvang, consultatie, intensivering

De productie in het kader van zorgvernieuwing is weergegeven in termen van omgerekende verpleegdagen, en niet in fysieke eenheden van het feitelijke product dat geleverd wordt.

In het Management Informatie Pakket (MIP) voor de instellingen voor algemeen verstandelijk gehandicaptenzorg op basis van het niveau van de handicap (debiel, imbeciel, idioot), ambulantie (al dan niet bedlegerig), leeftijd en groepsgrootte een zorgzwaarte-index opgesteld. De gewichten komen hierbij overeen met de richtlijnbedragen die door het COTG gehanteerd worden bij de budgettering. Binnen de sector leeft sterk het gevoel dat de COTG-tarieven onvoldoende differentiëren naar zorgzwaarte. Er wordt dan ook momenteel vanuit het NIZW en NZi gewerkt aan een betere beschrijving van de cliëntsamenstelling, die wellicht bruikbaar zou zijn voor het definiëren van zorgzwaarte. Deze gegevens zijn echter nog niet beschikbaar.

Op het moment loopt er ook een traject in de gehandicaptenzorg om te komen tot een vraaggerichte product-omschrijving (NZi, 1998). Hiertoe worden allereerst zorgproducten en zorgmodulen gedefinieerd worden. Het begrip zorgproduct is in dit kader op flexibele wijze gedefinieerd: 'een eenheid van zorg die een aanbieder in staat is te leveren ofwel in aansluiting op een individuele zorgvraag, ofwel als relevant algemeen aanbod voor een veelvoorkomende zorgvraag bij een specifieke doelgroep'. Een zorgproduct is opgebouwd uit zorgmodulen, die desgewenst los zouden kunnen worden geleverd: bijvoorbeeld huisvesting, dagdeelactiviteiten of bewegingstherapie.

Wegen van producten

Voor het wegen van verpleegdagen voor verschillende typen cliënten kan, net als nu in de MIP-pen gebeurt, gekeken worden naar de COTG-richtlijnbedragen. Voor dagbehandeling zijn geen richtlijnbedragen van het COTG: dagbehandeling wordt uit verschillende speciale subsidiegelden bekostigd, bijvoorbeeld 'Zorg op Maat', en substitutieregelingen. Dit maakt het niet zo eenvoudig een adequaat gewicht vast te stellen. In de MIP-pen van het NZi wordt overigens een dagbehandeling als een halve verpleegdag gerekend.

De productie in het kader van zorgvernieuwing wordt reeds gerapporteerd in termen van omgerekende verpleegdagen: er heeft hierbij dus al feitelijk een weging van de productie plaats gevonden.

Het is overigens het idee om aan de nieuwe producttypering die ontwikkeld wordt ook een nieuw bekostigingssysteem te koppelen. Hiertoe zullen diverse zorgproducten geclusterd worden tot productcategorieën, waarna de kosten per productcategorie berekend zullen worden. Als dit traject is afgerond, kunnen op basis hiervan gewichten voor de verschillende producten worden afgeleid, net als bij de GGZ.

Onderscheiden van deelniveaus

Gezien het stadium waarin de producttypering zich bevindt in de gehandicaptenzorg is het nog niet goed mogelijk om te beoordelen welke deelniveaus zinnig te onderscheiden zijn. Overigens wordt voor de gehandicaptenzorgsector overwogen om net als bij de verpleeghuizen, de personele en materiële kosten uit te splitsen per producttype in de enquêtes van het NZi.

Mogelijke knelpunten in de registratie van productie en ontbrekende data

In de huidige enquêtes wordt niet gevraagd de kosten toe te wijzen aan verschillende producten. Zelfs over de personeelsinzet per product is niets bekend. Verder ontbreekt inzicht in de zorgzwaarte van cliënten. Ook verdient de registratie van de productie in het kader van zorgvernieuwing meer aandacht.

4.5 Productie in de thuiszorg

Producten

In de Jaarenquête Thuiszorg wordt onderscheid gemaakt naar werksoort. De werksoorten kruiswerk, gezinsverzorging en kraamzorg worden onderscheiden. Sommige gefuseerde instellingen hebben de administraties zodanig geïntegreerd dat het voor hen moeilijk is om de gegevens over cliënten, personeel en kosten te splitsen naar afzonderlijke werksoorten. Derhalve wordt aan deze instellingen de mogelijkheid geboden om hun gegevens geïntegreerd aan te leveren, dus niet onderscheiden naar werksoort.

In het jaarboek wordt de productie van de thuiszorginstellingen uitgewerkt naar een drietal hoofdproducten:

1. Jeugdgezondheidszorg
2. Verpleging en verzorging
3. Kraamzorg.

Naast deze hoofdproducten wordt nog een aantal producten aangeboden. Deze vallen onder de werksoort kruiswerk en worden in het jaarboek uitgewerkt onder de noemer overig:

4. Overig

Bij het maken van een onderscheid in de productie kan ook naar de financieringswijze worden gekeken. Er zijn verschillende financieringsstromen van belang:

- de AWBZ aanspraak thuiszorg, die omvat: (wijk)verpleging, (gezins)verzorging en uitleen van verpleegartikelen;
- de AWBZ aanspraak jeugdgezondheidszorg en diëtetiek;
- de Ziekenfonds Wet en particuliere verzekeringen kraamzorg;
- de subsidieregeling Ziekenfondsraad intensieve thuiszorg (ZFW);
- de subsidieregeling Ziekenfondsraad Persoonsgebonden Budget.

Voor de thuiszorg zijn door de Landelijke Vereniging voor Thuiszorg in 1995 18 productgroepen onderscheiden. In de praktijk is het onderscheid echter niet altijd even duidelijk. Een aantal productgroepen wordt dan ook geclusterd. In de jaarenquête Thuiszorg wordt dit onderscheid deels gevolgd. Van deze enquête wordt overigens sinds dit jaar geen MIP meer gemaakt. Wel wordt op basis van de beschikbare gegevens het 'Jaarboek Thuiszorg' uitgegeven. De respons op de enquête was in 1997 63%. In 1998 is deze, op het moment van schrijven, bijna 50%.

1. Jeugdgezondheidszorg

Het aanbod voor het hoofdproduct Jeugdgezondheidszorg kan worden onderscheiden naar de volgende productgroepen:

- 1a Consulten
- 1b Cursussen / groepsvoorlichting
- 1c Diëtetiek

Een zorgzwaarte index wordt in de jeugdgezondheidszorg niet toegepast. Wel zijn gegevens bekend over het aantal consulten aan zuigelingen en peuters en het aantal consultatiebureauzittingen en huisbezoeken. Daarnaast wordt onderscheid gemaakt tussen consulten verleend door artsen en door verpleegkundigen.

De productie van de productgroep diëtetiek wordt uitgedrukt in het aantal eerste en herhalingsconsulten met betrekking tot het geven van dieet- en voedingsadviezen. Een bedrag per nieuwe cliënt kan worden berekend. De totale kosten zijn bekend.

2. Verpleging en verzorging

Het aanbod voor het hoofdproduct Verpleging en Verzorging kan worden onderscheiden naar de volgende productgroepen:

- 2a Intake
- 2b Intensieve thuiszorg
- 2c Verpleging en verzorging

Onder de productgroep Verpleging en verzorging wordt een aantal van de LVT-productgroepen geclusterd:

- 2.c.1 verpleging
- 2.c.2 verzorging
- 2.c.3 gespecialiseerde verpleging
- 2.c.4 ADL
- 2.c.5 HDL
- 2.c.6 alpha-hulpverlening
- 2.c.7 dagopvang

Een zorgzwaarte index wordt bij verpleging en verzorging niet toegepast. Wel zijn gegevens bekend over de leeftijdsverdeling van de in zorg ingeschreven cliënten. De relatie hiervan met zorgzwaarte is echter niet bekend.

3. Kraamzorg

Het aanbod voor het hoofdproduct Kraamzorg kan worden onderscheiden naar de volgende productgroepen:

3a Intake

3b Kraamverzorging en -verpleging

3c Partusassistentie

Een zorgzwaarte index wordt in de kraamzorg niet toegepast.

4. Overig

Van de productgroepen ergotherapie en uitleen verpleegartikelen zijn geen gegevens bekend.

Wegen van producten

Jeugdgezondheidszorg

Met behulp van de enquête kan geen directe relatie worden gelegd tussen kosten en productie van jeugdgezondheidszorg. Er worden geen productieafspraken gemaakt, de weging van de verschillende producten moet op een andere wijze gebeuren:

- Met behulp van de gemiddelde consultduur kan de totale direct cliëntgebonden tijd voor deze productgroep worden berekend.
- Met behulp van de verschillen in consultduur en in de inzet van artsen en verpleegkundigen kunnen de verschillende consulten ten opzichte van elkaar gewogen worden.
- Op deze wijze kan een schatting worden gemaakt van de kosten per consult en vervolgens van de totale kosten.
- Dit geldt hetzelfde voor de productgroep diëtetiek.
- Voor de productgroep cursussen en groepsvoorlichting kan per cursus een bedrag per cursist worden uitgerekend. Dit kan vervolgens gebruikt worden als wegingsfactor voor deze productgroep. Hiervoor moeten wel aanvullend kostengegevens worden opgevraagd.
- Het totaal kan nu gewogen worden tot één totale productiemaat, die wordt afgezet tegen de geschatte kosten.

Verpleging en verzorging

Over de intake is weinig bekend. Eigenlijk alleen in relatie tot de ziekenhuis gerelateerde thuiszorg en de zorgbemiddeling. Voor intensieve thuiszorg en alle productgroepen die vallen onder verpleging en verzorging worden productieafspraken gemaakt. Deze afspraken worden gemaakt in termen van aantallen uren. De COTG-richtlijn kan gehanteerd worden als weging.

Product	tarief (1998)
alphahulp	18,20
HDL	48,60
verzorging	53,50
ADL	69,90
verpleging	85,70
gespecialiseerde verzorging	57,90
gespecialiseerde verpleging	93,60

De totale kosten zijn per productgroep grotendeels bekend of kunnen uit het beschikbare materiaal worden afgeleid. Deze kunnen afgezet worden tegen de totale gewogen productie.

Kraamzorg

Voor het eindproduct kraamzorg worden productieafspraken gemaakt voor het aantal inschrijvingen, intakes, partus-assistentie en verzorgingsuren. Deze kunnen gewogen worden met behulp van de COTG-richtlijn.

Product	richtlijn (1998)
per uur kraamzorg	57,30
per inschrijving	50,00
per intake bij de cliënt thuis	75,00
per partusassistentie	100,00

Een alternatief is te kijken naar het aantal verzorgingsuren of het aantal niet omgerekende verzorgingsdagen. Dit wil zeggen dat elke dag dat kraamzorg wordt geleverd als een dag telt, onafhankelijk van het aantal uren kraamzorg dat op een dag geleverd wordt, onafhankelijk van de diverse vormen van kraamzorg.

De kosten zijn bekend of kunnen worden afgeleid en kunnen worden toegerekend aan de gewogen productiemaat.

Overhead

In de enquête wordt geen direct verband gelegd tussen de kosten van de overhead en de verschillende producten. In het MIP wordt deze relatie alleen gelegd op het totaal niveau van de instelling. Op basis van expert opinion is het mogelijk deze kosten wel toe te rekenen. Ook kan gerelateerd worden aan de totale kostenomvang van de productgroepen. In overleg met de thuiszorginstellingen kan deze toerekening gaandeweg het traject verfijnd worden.

Wegen van de verschillende eindproducten

Voor de instellingen die slechts één product aanbieden, is het niet nodig de hierboven ontwikkelde productiematen voor de 3 eindproducten verder te clusteren tot één totaal 'ultiem kengetal'. De verschillen tussen de eindproducten zijn groot. Bijna de helft heeft slechts één van de drie werksoorten. Een beperkt deel van de instellingen voor thuiszorg biedt alle producten aan. Dit zijn qua omvang wel de relatief grotere instellingen. Voor deze instellingen is het wel van belang tot een gewogen productiemaat te komen.

Onderscheiden van deelniveaus

Het ligt voor de hand om voor de te onderscheiden deelniveaus uit te gaan van de 3 hoofdproducten 'Jeugdgezondheidszorg', 'Verpleging en Verzorging' en 'Kraamzorg'. Hiernaast kan eventueel ook nog een niveau dieper geanalyseerd worden: met name voor de brede groep van 'Verpleging en Verzorging'.

De productiematen en de wegingen kunnen met behulp van het beschikbare materiaal redelijk recht toe recht aan bepaald worden. De toerekening van de kosten is lastiger. Hiervoor moeten een aantal schattingen worden gemaakt, vooral waar het de jeugdhulpverlening betreft. Wellicht kunnen hiervoor de respectievelijke deelbudgetten, zoals die door het COTG worden bepaald, als uitgangspunt gehanteerd worden. Kosten voor derden komen bij thuiszorginstellingen overigens slechts beperkt voor. Wat betreft het kruiswerk en de gezinsverzorging wordt overigens wel geregistreerd hoeveel personeel voor welke producten wordt ingezet.

Mogelijke knelpunten in de registratie van productie en ontbrekende data

De lage respons van de Thuiszorg op de jaarenquête Thuiszorg in de afgelopen jaren is een bron van zorg. Het heeft weinig zin om te streven naar een verdere specificatie van gegevens, als in-

stellingen er niet toekomen om de momenteel gevraagde gegevens te rapporteren. Nagegaan moet worden dat deze lage respons primair veroorzaakt wordt door een tijdelijke 'onderzoeksmoeheid', nu naast de NZi-enquête ook het benchmark-onderzoek van Coopers en Lybrand wordt uitgevoerd, of dat er een meer structurele oorzaak is voor deze lage respons.

In de huidige enquêtes wordt niet gevraagd de kosten toe te wijzen aan verschillende hoofdproducten. De personeelsinzet per hoofdproduct is nog wel bekend, maar het toewijzen van overheadkosten aan de verschillende hoofdproducten is moeilijker. Voor een goede vergelijking van geïntegreerde instellingen en instellingen die slechts 1 of 2 hoofdproducten aanbieden is een toewijzing van kosten aan hoofdproducten essentieel.

5. De ingezette middelen

5.1 Beschikbare gegevens

Zowel op instellingsniveau als op sectorniveau is bekend wat de kosten van de intramurale zorg zijn middels de 'Financiële Statistiek', een jaarlijkse enquête vanuit het NZi waarin een compleet financieel overzicht van de instelling gevraagd wordt. Hierbij wordt een onderscheid gemaakt naar verschillende typen uitgaven als personeelskosten onderverdeeld naar functiecategorieën, kosten van voeding, andere hotelmatige materiële kosten, algemene kosten, afschrijvingen en dergelijke. Het rekeningschema dat in de financiële statistiek gehanteerd wordt is uniform voor de verschillende sectoren van de intramurale zorg, wat een hoge mate van vergelijkbaarheid garandeert. Binnen de thuiszorg wordt geen uniform rekeningschema gehanteerd. Echter, binnen de financiële rapportages van instellingen worden in het algemeen wel dezelfde hoofdcategorieën onderscheiden.. Van vrijwel alle intramurale instellingen zijn jaarlijks rond oktober financiële gegevens van het voorgaande jaar bekend. De respons bij de thuiszorg is momenteel beduidend lager.

Een groot deel van de kosten van gezondheidszorg hangt samen met de inzet van personeel. Het is dan ook zinnig om te bezien in welke mate de inzet van personeel varieert tussen instellingen. De enquête 'Personeelssterkte', die jaarlijks vanuit het NZi georganiseerd wordt geeft op instellingsniveau weer hoeveel mensen er werkzaam zijn in wat voor type functies. Binnen de verpleeghuiszorg, de intramurale zorg voor verstandelijk gehandicapten en de algemene psychiatrische ziekenhuizen zijn personeelsgegevens bekend van vrijwel alle instellingen. Ook hier geldt weer dat de respons bij de thuiszorginstellingen beduidend lager is.

5.2 Deelniveaus

Een veel gebruikte onderverdeling van de kosten is: personele kosten (inclusief sociale lasten), materiële kosten en kapitaalkosten (afschrijvingen op vaste activa, dotaties aan voorzieningen, huur en rente). Eventueel kunnen de personele kosten nog weer verder onderverdeeld worden in cliëntgebonden en niet-cliantgebonden kosten. In bijlage 2 is weergegeven welke posten uit het rekeningschema onder welke kostencategorie vallen. De getallen die in deze tabel zijn, relateren overigens niet naar een specifieke instelling, maar zijn totalen voor een deelsector van de GGZ.

In bijna alle gevallen zijn voor het management van een instelling de beschikbare vaste activa een gegeven, waarmee de omvang van kapitaalkosten in hoge mate buiten hun beslissingsbevoegdheden liggen. De kapitaalkosten hangen in sterke mate samen met de ouderdom van de gebouwen, mede als gevolg van het vigerende systeem van afschrijvingen (historische kosten). Daarom zal het in veel gevallen zinnig zijn om bij de vergelijking van de productie-omvang en de kosten de kapitaalkosten buiten beschouwing te laten.

Een nadere indeling van kosten is alleen in zoverre zinnig dat dit een beter inzicht verschaft waarom de totale kosten hoog of laag uitvallen. Echter, hoe verder er uitgesplitst wordt, hoe groter de kans is dat verschillen in organisatievorm de berekende ratio's gaan beïnvloeden: bijvoorbeeld de kosten van maaltijden zullen op het oog lager uitvallen als maaltijdbereiding in huis geschiedt dan wanneer dit uitbesteed wordt. Immers, het arbeidsloon wordt bij interne maaltijdbereiding los geboekt, terwijl zij bij externe maaltijdbereiding in de prijs van maaltijden is inbegrepen.

Als voor het in kaart brengen van de productie meerdere niveaus onderscheiden worden, dient ook geregistreerd te worden hoeveel van de ingezette middelen aan elk deelniveau moeten worden toegeschreven. In de huidige registraties wordt in het algemeen niet geregistreerd welke inputs precies gebruikt worden voor welke functies en welke producten. Alleen voor de verpleeghuissector wordt gevraagd om een uitsplitsing van de diverse kostencategorieën naar de producten 'kliniek', 'dagbehandeling', 'zorg buiten de muren' en 'werkzaamheden en diensten voor derden'. Een gedetailleerde registratie van de tijdbesteding van het personeel en het precieze gebruik van middelen kan theoretisch soelaas bieden, maar de vraag is of de toegevoegde waarde van gegevens op een gedetailleerd niveau opweegt tegen dergelijke inspanningen.

Indien de meeste instellingen een vergelijkbare organisatiestructuur hebben en kostenplaatsen onderscheiden die een directe samenhang hebben met verschillende producten, is het aan te bevelen ook de enquêtering op dat deelniveau te organiseren.

5.3 Corrigeren van productie voor/door derden

Nog al wat instellingen verrichten werk voor andere instellingen en/of laten werk door andere instellingen verrichten. Het kan hierbij bijvoorbeeld gaan om het verzorgen van maaltijden, andere hotelmatige diensten, het uitvoeren van diagnostisch onderzoek, of het 'uitlenen' van gespecialiseerd personeel. Momenteel wordt de omvang van dergelijke productie *voor* derden aan de instellingen gevraagd in de 'Financiële Statistiek' van het NZi, gemeten als een geldbedrag. De omvang van productie *door* derden wordt, al naar gelang de aard van de productie, gemeten onder posten als 'kosten van voeding', 'andere hotelmatige kosten', 'algemene kosten' 'patiënt cq bewonergebonden kosten', 'terrein-en gebouwgebonden kosten'.

In de MIP-pen wordt de productie *voor* derden niet meegenomen in de productiemaatstaf. In plaats hiervan wordt bij de berekening van de kosten per productie-eenheid (bijv. verpleegdag of bewonerseenheden), de met productie voor derden samenhangende opbrengsten van de totale kosten afgetrokken. Onder de aanname dat de kosten samenhangend met de productie voor derden gelijk zijn aan de opbrengsten, wordt op deze wijze afdoende voor productie voor derden gecorrigeerd. Indien winst of verlies op activiteiten voor derden wordt gedraaid, treedt er echter een kleine vertekening op bij de inzet van middelen voor de feitelijke productie van de instelling zelf.

Bij ratio's die samenhangen met de personeelsinzet per eenheid product wordt een dergelijke correctie niet uitgevoerd in de MIP-pen van het NZi. Dit brengt met zich mee dat ceteris paribus een instelling die veel productie voor derden verricht een hoge waarde voor de personeelsinzet per (gewogen) verpleegdag zal scoren. Het is mogelijk hiervoor te corrigeren door te schatten welk deel van de personeelsinzet samenhangt met de productie voor derden, en dit van de totale personeelsinzet af te trekken. Bij deze schatting van het aandeel personeel dat werk voor derden verricht kan bijvoorbeeld worden uitgegaan van de ratio van de opbrengsten uit 'werk voor derden' en de totale kosten. Voor een meer gerichte schatting, is een beter inzicht in de aard van het werk voor derden benodigd. Bijvoorbeeld als dit maaltijdvoorziening is, kan gezien worden wat de totale inzet van personeel voor maaltijdbereiding is, en welk deel van de geproduceerde maaltijden door de instelling zelf en welk deel door derden geconsumeerd wordt. Een dergelijke schatting kan alleen door de instelling zelf gemaakt worden, en dan eventueel in een enquête opgevraagd worden (zoals ook in de enquête van de verpleeghuizen gebeurt).

De productie-omvang wordt ook niet gecorrigeerd voor productie *door* derden. De hiermee samenhangende kosten zijn niet als afzonderlijke post in de kostenoverzichten vermeld, maar zijn opgenomen in andere posten (bijvoorbeeld onderhoud, kosten van voedsel, linnenvoorziening en

dergelijke). Verdere correctie bij de maatstaf kosten per eenheid product is niet nodig. In dit geval geldt weer wel dat ratio's samenhangend met personeelsinzet vertekend kunnen zijn. Ceteris paribus zal een instelling die veel productie door derden laat verrichten een lage waarde voor de personeelsinzet per (gewogen) verpleegdag scoren. Zolang geen inzicht bestaat in hoeveel werk door derden verricht wordt, is het niet goed mogelijk hiervoor te corrigeren.

6. Determinanten voor verschillen in doelmatigheidsratio's

6.1 Relatie tussen verschillende typen determinanten en doelmatigheid

Er zijn verschillende typen determinanten aan te wijzen voor verschillen in de ratio van de productie-omvang en de kosten:

- verschillen in bedrijfsvoering en productiekenmerken die binnen het bereik van het management liggen
- verschillen in kwaliteit van geleverde zorg
- verschillen in cliëntenkenmerken
- verschillen in kenmerken samenhangend met de markt en de institutionele omgeving die buiten het bereik van het management liggen
- meetfouten en verschillen in meetwijzen van productie-omvang en kosten

Om de bijdrage van deze verschillende typen factoren in kaart te brengen kan een (multiple) regressie worden uitgevoerd, waarbij de scores van alle instellingen op de ratio van de productie-omvang en de kosten gerelateerd wordt aan indicatoren samenhangend met deze factoren. Idealerweise zou zo in kaart gebracht kunnen worden niet alleen in welke richting, maar ook in welke mate deze verschillende typen factoren de productiviteit beïnvloeden.

Op basis van een dergelijke analyse is het ook mogelijk om gecorrigeerde kengetallen op te stellen, waarbij de invloed van bewonerskenmerken en kenmerken die samenhangen met de markt en de institutionele omgeving die buiten het bereik van het management liggen uitgefilterd worden. Zoals reeds opgemerkt in sectie 4.1, is het overigens de vraag of een dergelijke benadering mogelijk en zinnig is om te corrigeren voor kwaliteitsverschillen tussen instellingen.

Een dergelijke benadering heeft een zelfde doel als het vergelijken met een selecte groep van instellingen uit een referentiegroep: je wilt niet dat verschillen tussen instellingen die buiten het bereik van het management liggen de vergelijking verstoren. Het voordeel van het filteren van kengetallen met behulp van regressie is dat dit doel bereikt wordt, terwijl toch met alle instellingen vergeleken kan worden. Dit maakt ook het, in bepaalde gevallen wellicht moeilijke, vaststellen van een referentiegroep overbodig.

Andere determinanten van verschillen, zoals kwaliteit en verschillen in bedrijfsvoering en productiekenmerken die binnen het bereik van het management liggen, dienen niet uitgefilterd te worden maar juist nader bestudeerd te worden. Hierbij kan gekeken worden op welke fronten er doelmatiger gewerkt kan worden door het productieproces anders in te richten (bijvoorbeeld meer of juist minder werk uit te besteden; of een andere verhouding tussen VOV en hotelmatig personeel te kiezen). De aanname is hierbij overigens dat als instellingen die hun productieproces op een bepaalde item anders inrichten dan andere instellingen goedkoper zijn, dit verband houdt met dit specifieke item.

Om te voorkomen dat correlatie al te gemakkelijk met causaliteit verward wordt, is het zinnig na te gaan of er geen achterliggende factoren zijn die een gevonden verband verklaren. Zo zou het bijvoorbeeld kunnen zijn dat het instellingen met hoog ziekteverzuim veel gebruik maken van uitzendkrachten. Als nu door een hoog ziekteverzuim de doelmatigheidsscores laag uitpakken, moet niet geconcludeerd worden dat het inhuren van uitzendkrachten de doelmatigheid negatief beïnvloed. Een dergelijke analyse van achterliggende factoren kan zowel kwalitatief als kwantitatief gebeuren. Een voorbeeld van een kwantitatieve aanpak is om in de regressievergelijking

meerdere determinanten op te nemen, zodat haast 'automatisch' voor interacties wordt gecorrigeerd.

Het is ook goed mogelijk om eerst de relaties tussen determinanten te analyseren. Hiertoe kan gekeken worden naar correlaties tussen mogelijke determinanten, maar ook is het mogelijk om meer geavanceerde statistische technieken als principale componenten analyse toe te passen. In de studie van het SCP naar de productiestructuur van verpleeghuizen is de laatste benadering gekozen (Blank en Eggink, 1996). Op basis van deze analyse is een selectie gemaakt van variabelen die nader beschouwd worden in relatie tot doelmatigheid. In te denken valt dat door zo'n analyse vooraf kan bijdrage aan het opstellen van een gerichte set van kengetallen die doelmatigheid beïnvloeden.

In de praktijk zal het waarschijnlijk niet mogelijk zijn om op voorhand alle determinanten te identificeren voor productiviteit. In dit geval ligt dan ook een meer iteratieve benadering voor de hand. Hierbij wordt een aantal van de 'slecht' en 'goed' scorende instellingen nader onderzocht om dergelijk achterliggende factoren te identificeren, en indien wenselijk, bij alle instellingen voor deze factoren te corrigeren. Vervolgens kunnen van de gecorrigeerde kengetallen opnieuw de 'staarten' van de verdeling nader onderzocht worden. Op deze wijze kunnen ook veelvoorkomende meetfouten geïdentificeerd worden.

6.2 Voorbeelden van relevante kengetallen

Op dit moment is er nog geen verregaande empirische analyse uitgevoerd naar de samenhang tussen verschillende determinanten en de ratio van kosten per product, en de onderlinge samenhang tussen determinanten. Op basis van jarenlange praktijkervaring met het opstellen van MIPpen is het wel mogelijk om een eerste overzicht te geven van potentieel belangrijke factoren voor doelmatigheid. De bepaling van de determinanten behoeft nog verdere uitwerking.

De factoren zijn ingedeeld in de volgende clusters: kosten en opbrengsten, personeelssamenstelling, verschillen in bedrijfsvoering en produktiekenmerken, kwaliteit van de geleverde zorg, verschillen in cliëntkenmerken en verschillen in markt en institutionele omgeving. Voor sommige factoren geldt dat deze onder meerdere clusters ondergebracht kunnen worden, bijvoorbeeld de gemiddelde groeps grootte kan onder het cluster 'kosten en opbrengsten' ondergebracht worden en onder het kopje 'kwaliteit van de geleverde zorg'. Helaas is geen eenduidige indeling mogelijk, deze zal altijd tot op zekere hoogte ter discussie staan.

Er is een overzicht gemaakt van determinanten die van toepassing zijn voor alle sectoren en determinanten die sectorspecifiek zijn. Achter ieder determinant staat aangegeven of gegevens over deze determinant reeds verzameld zijn, gemakkelijk routinematig te verzamelen zijn of dat dit niet mogelijk is. De volgende tekens worden gebruikt:

- (*) gegevens over determinant worden reeds gebruikt in het Management Informatie Pakket; Let wel: in het Management Informatie Pakket worden determinanten alleen berekend op geaggregeerd niveau en niet voor produkten.
- (•) niet in het Management Informatie Pakket opgenomen, maar kan wel samengesteld worden met gegevens uit de databank;
- (°) niet met de huidige gegevens uit de databank te berekenen, maar kan wel gemakkelijk routinematig verzameld worden;
- (-) niet gemakkelijke routinematig te verzamelen.

6.2.1 Determinanten voor alle sectoren

Naast de reeds uitvoerig besproken ratio's van kosten per productie-eenheid (op zo mogelijk verschillende niveaus van analyse) valt te denken aan:

Kosten en opbrengsten		
Determinant	meting	dataverzameling
omvang budget	budget / produkt	*
omvang kosten	kosten / produkt	*
kosten / productie-eenheid	kosten / produktie-eenheid / produkt	*
kosten patiëntgebonden functies	kosten patiëntgebonden functies / productie-eenheid	*
exploitatie resultaat	budget - kosten budget - kosten / WTG-budget	*
Reserve aanvaardbare kosten (RAK)	RAK / budget * 100	*

Toelichting

De produktie-eenheid wordt voor elke sector in een andere maat uitgedrukt.

Beïnvloedbare factoren: personeelssamenstelling		
Determinant	meting	dataverzameling
omvang personeelsbestand	personeel (fte's) per produktie-eenheid	*
omvang management/staf	management / staf functies / produktie-eenheid	*
omvang patiënt-/cliënt gebonden personeel	patiëntgebonden personeel / produktie-eenheid, uitgesplitst naar verschillende functieniveaus	*
omvang flexibel personeel	personeel niet in loondienst / totaal personeelsbestand	*
inschaling personeel	personeel in verschillende FWG-schalen / totaal	*
ziekteverzuim	aantal verzuimdagen / percentage totaal aantal werknemers (koppen) maal aantal kalenderdagen	*
personeelsverloop	aantal vertrekkende personeelsleden / totaal aantal personeel, uitgesplitst naar personeelscategorieën	*

Beïnvloedbare factoren: overige verschillen in bedrijfsvoering en productiekenmerken		
Determinant	meting	dataverzameling
doorstromingscoëfficiënt	aantal nieuw opgenomen patiënten / aantal erkende bedden / plaatsen	*
verblijfsduur / ligduur / duur in zorg	totale verblijfsduur van aanwezige en/of ontslagen patiënten / totaal aantal aanwezige en/of ontslagen patiënten in dat jaar	* vph, zhs, ggz, verst.gehand. ° thuiszorg
gemiddelde wachttijd	aantal personen op de wachtlijst	* thuiszorg, verpleeghuis, ° ziekenhuizen, verst. gehand.,ggz
uitbesteding	werk door derden	* ziekenhuis, verpleeghuis, ggz, verst.gehand. ° thuiszorg
werk voor derden		* ziekenhuis, verpleeghuis, verst. gehand., ggz ° thuiszorg

Toelichting:

De doorstromingscoëfficiënt wordt voor de thuiszorg gemeten door :

aantal nieuwe cliënten + aantal uitgeschreven cliënten gedeeld door aantal ingeschreven cliënten op 1-1-96 + het aantal ingeschreven cliënten op 31-12-96.

Beïnvloedbare factoren: kwaliteit van geleverde zorg		
Determinant	meting	dataverzameling
Informatievoorziening	aantal ingediende klachten op jaar- basis over de informatievoorziening	°
Bejegening	aantal ingediende klachten op jaar- basis over bejegening	°

Toelichting:

Kwaliteitsindicatoren kunnen op meerdere wijzen worden gemeten. Er is voor gekozen om die kengetallen hier te presenteren die zoveel mogelijk kwantificeerbaar zijn. Om de kwaliteit van de informatievoorziening en bejegening te meten door het aantal klachten te tellen valt veel op af te dingen. Echter het enige alternatief is patiënten door middel van een enquête naar hun mening vragen over deze twee gebieden. Deze gegevens zijn echter moeilijk op een routinematige wijze te verzamelen.

Onbeïnvloedbare factoren: verschillen in cliëntenkenmerken		
Determinant	meting	dataverzameling
zorgzwaarte	zorgzwaarte-index per sector of niveau van functioneren	* verpleeghuizen, vers.gehand. ° ggz, thuiszorg, ziekenhuizen
leeftijd	aantal patiënten naar leeftijdscatego- rie	*

Toelichting:

Voor de thuiszorg is de leeftijd een indicatie voor de zorgzwaarte. Bij de verpleeghuissector wordt de zorgzwaarte bepaald aan de hand van de hulpindex-score. Voor de ziekenhuissector zijn via de LMR registratie gegevens over zorgzwaarte voorhanden. Voor de gehandicapten sector zijn vanuit de LRZ gegevens voorhanden over leeftijd, niveau van functioneren, ambulante, mate van meervoudige handicap. In de GGZ zijn de behandelmodulen ingevoerd, hieruit zijn gegevens over zorgzwaarte af te leiden.

Onbeïnvloedbare factoren: verschillen in markt en institutionele omgeving		
Determinant	meting	dataverzameling
concurrentie	aantal concurrerende instellingen in de regio	°
regionele verschillen	landelijk / stedelijk / gecombineerd, mate van urbanisatie	CBS?
Grootte van de instelling	aantal bedden / cliënten	*
nieuwbouw	indeling van gebouwen naar bouwjaar	°
huisvesting: één of meerdere locaties	aantal gebouwen waarin zorg door de organisatie verleend wordt	°

Toelichting:

6.2.2 Sectorspecifieke determinanten

Ziekenhuis

Beïnvloedbare factoren: overige verschillen in bedrijfsvoering en produktiekenmerken		
Determinant	meting	dataverzameling
aanwezigheid specifieke capaciteit	bijvoorbeeld aantal PAAZ bedden, IC bedden, bedden voor dagverpleging	*
aanwezigheid specifieke faciliteiten	bijvoorbeeld aanwezigheid EHBO, laboratoria, radiotherapie, apotheek	*
samenstelling en omvang medische specialismen	aantal fte's per specialisme	*
specialisaties binnen specialismen	het al dan niet aanwezig zijn van super-specialisaties binnen specialismen	°
bezettingsgraad	bezettingspercentage op basis van beschikbare bedden (incl. of excl. M10-dagen)	*
verrichtingen per patiënt	klinische verrichtingen per opname (incl. M10) Poliklinische verrichtingen per polikliniekbezoek	*
doorlooptijd	doorlooptijd van het zorgproces per type behandeling	°

Toelichting:

Of er specialisaties binnen specialismen aanwezig zijn, zou door middel van een aanvullende enquête bij instellingen kunnen worden opgevraagd.

Verkorting van de ligduur is een belangrijk item in ziekenhuizen. Voor een groot aantal, meestal niet acute behandelingen hebben ziekenhuizen behandelprotocollen opgesteld. Gemeten zou kunnen worden of de beoogde doorlooptijd die in protocollen vermeld staan ook behaald worden.

Beïnvloedbare factoren: kwaliteit van de geleverde zorg		
Determinant	meting	dataverzameling
medische fouten	aantal meldingen van fouten en bijna ongelukken	•
interdokter-variatie	aantal maal dat second-opinion afwijkt van het eerste oordeel	°
planning opname patiënt	aantal dagen dat patiënten voorafgaand aan de opname opgeroepen worden	°

Toelichting:

De instellingen verzamelen gegevens over medische fouten. Ook zijn hier gegevens over opgenomen in jaarverslagen. Door middel van een enquête zouden hierover gegevens opgevraagd kunnen worden bij instellingen.

Met betrekking tot de interdokter-variatie en de planning van opname van patiënten worden momenteel nog geen gegevens vastgelegd in instelling. Deze variabelen zijn echter wel kwantificeerbaar, zodat routinematig verzamelen van dit soort gegevens wel tot de mogelijkheden behoort.

Onbeïnvloedbare factoren: verschillen in markt en institutionele omgeving		
Determinant	meting	dataverzameling
geprivatiseerd of gemeente ziekenhuis	valt het personeel al dan niet binnen de CAO-Z	•
verkeerde beddagen	aantal verkeerde beddagen / totaal aantal verpleegdagen	°

Toelichting:

Verkeerde bed patiënten zijn patiënten die medisch-specialistisch uitbehandeld zijn, maar toch een ziekenhuisbed bezetten. De patiënten kunnen niet doorstromen naar een verpleeghuis, vanwege capaciteitstekort of naar huis vanwege een tekort aan personeel in de thuiszorg. Ziekenhuizen hebben nu nog maar beperkt invloed op deze patiëntenstroom. Geprobeerd wordt door middel van het opzetten van stroke-units en het aangaan van holdings dit aantal patiënten in het ziekenhuis te verkleinen. Een aantal instellingen inventariseert al incidenteel het aantal verkeerde beddagen. Met enige inspanning is het mogelijk het aantal verkeerde beddagen op een routinematige wijze te verzamelen, mits de term 'verkeerde beddagen' goed gedefinieerd wordt.

Verpleeghuis

Kosten en opbrengsten		
Determinant	meting	dataverzameling
aandeel zorg buiten de muren	procentuele verdeling van de kosten naar activiteiten binnen en buiten de muren van het verpleeghuis	*

Beïnvloedbare factoren: overige verschillen in bedrijfsvoering en produktiekenmerken		
Determinant	meting	dataverzameling
inzet door paramedisch diensten	aantal verrichtingen per bezet bed door fysiotherapeuten, ergotherapeuten, logopedisten	*
bezettingsgraad	bezettingspercentage op basis van beschikbare bedden	*

Beïnvloedbare factoren: kwaliteit van geleverde zorg		
Determinant	meting	dataverzameling
kamergrootte	gemiddeld aantal bedden op één kamer	*

Onbeïnvloedbare factoren: verschillen in markt en institutionele omgeving		
Determinant	meting	dataverzameling
organisatorisch binding	heeft het verpleeghuis een relatie met een ander verpleeghuis, verzorginghuis of thuiszorgorganisatie	*
geprivatiseerde of gemeente instelling	valt het personeel al dan niet onder de CAO-Z	•

Gehandicapten zorg

Kosten en opbrengsten		
Determinant	meting	dataverzameling
groepgrootte	aantal cliënten per hulpverlener per type zorgaanbod	°

Toelichting:

Dit kengetal zegt alleen iets wanneer het uitgesplitst wordt naar type zorgaanbod. Momenteel wordt nog niet op een geroutineerde manier gegevens verzameld per type zorgaanbod. In de toekomst is dit wellicht wel mogelijk, aangezien er een onderzoekstraject loopt met als doel te komen tot vraaggerichte product-omschrijvingen (NZi, 1998).

Beïnvloedbare factoren: kwaliteit van de te leveren zorg		
Determinant	meting	dataverzameling
functienivo personeel	percentage cliëntgebonden personeel naar de te onderscheiden functie-niveau's; op organisatieniveau en uitgesplitst naar type zorgaanbod	°

Toelichting:

Bij het NZi is het aantal verpleegkundig, verzorgend en opvoedkundige personeelsleden bekend. Deze groep zou nog verder naar verschillende functie-niveau's uitgesplitst opgevraagd kunnen worden. Van de leerling verpleegkundigen is bekend in welk studiejaar zij zitten. Gegevens over het aantal ingezette vrijwilligers zou verzameld kunnen worden. Wanneer in de toekomst gerichte produktomschrijvingen gehanteerd worden is het mogelijk gegevens over deze determinant op te vragen.

Geestelijke gezondheidszorg

Kosten en opbrengsten		
Determinant	meting	dataverzameling
begeleidingsintensiviteit	verhouding begeleidingsintensieve patiënten / niet begeleidingsintensieve patiënten	°

Toelichting:

De behandelmodule maakt het mogelijk de patiënten te scoren naar mate van begeleidingsintensiviteit.

Beïnvloedbare factoren: overige verschillen in bedrijfsvoering en produktiekenmerken		
Determinant	meting	dataverzameling
aanwezigheid specifieke functies	aantal open en gesloten afdelingen aantal verpleegdagen open forensysche psychiatrie aantal verpleegdagen gesloten forensysche psychiatrie aantal verpleegdagen kinder- en jeugd psychiatrie aantal verpleegdagen voor zeer intensieve zorgfunctie (ZIZ) aantal SGA-dagen	•
bezettingsgraad	bezettingspercentage op basis van beschikbare bedden	*

Beïnvloedbare factoren: kwaliteit van de geleverde zorg		
Determinant	meting	dataverzameling
zorgvernieuwing	gelden beschikbaar voor zorgvernieuwing / totale budget	°

Onbeïnvloedbare factoren: verschillen in markt en institutionele omgeving		
Determinant	meting	dataverzameling
organisatorische binding met andere instelling	Relatie met RIAGG's, MFE's	•
wachttijd voor uitplaatsing	het aantal patiënten op de wachtlijst voor uitplaatsing naar type voorziening (beschermd wonen, verpleeghuis, verzorgingshuis etc.)	*

Thuiszorg

Kosten en opbrengsten		
Determinant	meting	dataverzameling
marktaandeel	aantal cliënten in zorg / aantal inwoners in het werkgebied	*

Beïnvloedbare factoren: personeelssamenstelling		
Determinant	meting	dataverzameling
span of control	aantal uitvoerende medewerkers / aantal leidinggevenden	*

Beïnvloedbare factoren: overige verschillen in bedrijfsvoering en produktiekenmerken		
Determinant	meting	dataverzameling
Tijd besteed per cliënt	aantal productieve uren / aantal betaaluren (/2080)	*

Beïnvloedbare factoren: kwaliteit van geleverde zorg		
Determinant	meting	dataverzameling
Continuïteit	gemiddeld aantal hulpverleners per cliënt	°
Bereikbaarheid	externe meting telefonische bereikbaarheid	°
Realisatie doelen	verschil tussen indicatie en realisatie in uren / aantal cliënten	°
Flexibiliteit in werk	enquête-vragen LVT	-
Flexibiliteit in tijd	enquête-vragen LVT	-
Wachttijd	tijd tussen intake en daadwerkelijke zorg / aantal intakes	°

Toelichting:

Over de items continuïteit, realisatie doelen, bereikbaarheid en wachttijd kunnen wel kwantitatieve gegevens verzameld worden, alhoewel het moeilijk zal worden deze uit het systeem van de thuiszorgorganisaties te halen. Of hulpverleners flexibel zijn in de uit te voeren werkzaamheden en het tijdstip waarop de zorg geleverd wordt, kan alleen achterhaald worden door dit aan cliënten te vragen.

Onbeïnvloedbare factoren: verschillen in markt en institutionele omgeving		
Determinant	meting	dataverzameling
mantelzorg	aantal cliënten in zorg waarbij de mantelzorg een deel van de zorgverlening op zich neemt	°
plattelands- of stedelijk gebied	categorisering van werkgebieden van de thuiszorg naar urbanisatiegraad	CBS (?)

Toelichting:

Wanneer thuiszorgorganisatie's per cliënt gaan registreren of de cliënt een beroep doet op de mantelzorg is het mogelijk voor dit item op een kwantitatieve manier gegevens te verzamelen.

Voor de thuiszorg is in 1996 in opdracht van de LVT reeds gekeken hoe idealiter een meetinstrument voor bedrijfstoetsing in de thuiszorg er uit zou moeten zien (Zemmelink en Van Rooij, 1996). Per produktgroep zijn specifieke kengetallen weergegeven die het best de kwaliteit en doelmatigheid van het produkt weergeven. Ter illustratie wordt voor de produktgroep ... de kengetallen weergegeven in Bijlage 3.

6.3 Relatie tussen verschillende typen determinanten en doelmatigheid

Er zijn verschillende typen determinanten aan te wijzen voor verschillen in de ratio van de productie-omvang en de kosten:

- verschillen in bedrijfsvoering en productiekenmerken die binnen het bereik van het management liggen
- verschillen in kwaliteit van geleverde zorg
- verschillen in cliëntenkenmerken
- verschillen in kenmerken samenhangend met de markt en de institutionele omgeving die buiten het bereik van het management liggen
- meetfouten en verschillen in meetwijzen van productie-omvang en kosten

Om de bijdrage van deze verschillende typen factoren in kaart te brengen kan een (multiple) regressie worden uitgevoerd, waarbij de scores van alle instellingen op de ratio van de productie-omvang en de kosten gerelateerd wordt aan indicatoren samenhangend met deze factoren. Idealiter zou zo in kaart gebracht kunnen worden niet alleen in welke richting, maar ook in welke mate deze verschillende typen factoren de productiviteit beïnvloeden.

Op basis van een dergelijke analyse is het ook mogelijk om gecorrigeerde kengetallen op te stellen, waarbij de invloed van bewonerskenmerken en kenmerken die samenhangen met de markt en de institutionele omgeving die buiten het bereik van het management liggen uitgefilterd worden. Zoals reeds opgemerkt in sectie 4.1, is het overigens de vraag of een dergelijke benadering mogelijk en zinnig is om te corrigeren voor kwaliteitsverschillen tussen instellingen.

Een dergelijke benadering heeft een zelfde doel als het vergelijken met een selecte groep van instellingen uit een referentiegroep: je wilt niet dat verschillen tussen instellingen die buiten het bereik van het management liggen de vergelijking verstoren. Het voordeel van het filteren van kengetallen met behulp van regressie is dat dit doel bereikt wordt, terwijl toch met alle instellingen vergeleken kan worden. Dit maakt ook het, in bepaalde gevallen wellicht moeilijke, vaststellen van een referentiegroep overbodig.

Andere determinanten van verschillen, zoals kwaliteit en verschillen in bedrijfsvoering en productiekenmerken die binnen het bereik van het management liggen, dienen niet uitgefilterd te worden maar juist nader bestudeerd te worden. Hierbij kan gekeken worden op welke fronten er doelmatiger gewerkt kan worden door het productieproces anders in te richten (bijvoorbeeld meer of juist minder werk uit te besteden; of een andere verhouding tussen VOV en hotelmatig personeel te kiezen). De aanname is hierbij overigens dat als instellingen die hun productieproces op een bepaalde item anders inrichten dan andere instellingen goedkoper zijn, dit verband houdt met dit specifieke item.

Om te voorkomen dat correlatie al te gemakkelijk met causaliteit verward wordt, is het zinnig na te gaan of er geen achterliggende factoren zijn die een gevonden verband verklaren. Zo zou het bijvoorbeeld kunnen zijn dat het instellingen met hoog ziekteverzuim veel gebruik maken van uitzendkrachten. Als nu door een hoog ziekteverzuim de doelmatigheidsscores laag uitpakken, moet niet geconcludeerd worden dat het inhuren van uitzendkrachten de doelmatigheid negatief beïnvloed. Een dergelijke analyse van achterliggende factoren kan zowel kwalitatief als kwantitatief gebeuren. Een voorbeeld van een kwantitatieve aanpak is om in de regressievergelijking meerdere determinanten op te nemen, zodat haast 'automatisch' voor interacties wordt gecorrigeerd.

Het is ook goed mogelijk om eerst de relaties tussen determinanten te analyseren. Hiertoe kan gekeken worden naar correlaties tussen mogelijke determinanten, maar ook is het mogelijk om meer geavanceerde statistische technieken als principale componenten analyse toe te passen. In

de studie van het SCP naar de productiestructuur van verpleeghuizen is de laatste benadering gekozen (Blank en Eggink, 1996). Op basis van deze analyse is een selectie gemaakt van variabelen die nader beschouwd worden in relatie tot doelmatigheid. In te denken valt dat door zo'n analyse vooraf kan bijdrage aan het opstellen van een gerichte set van kengetallen die doelmatigheid beïnvloeden.

In de praktijk zal het waarschijnlijk niet mogelijk zijn om op voorhand alle determinanten te identificeren voor productiviteit. In dit geval ligt dan ook een meer iteratieve benadering voor de hand. Hierbij wordt een aantal van de 'slecht' en 'goed' scorende instellingen nader onderzocht dergelijk achterliggende factoren te identificeren, en indien wenselijk, bij alle instellingen voor deze factoren te corrigeren. Vervolgens kunnen van de gecorrigeerde kengetallen opnieuw de 'staarten' van de verdeling nader onderzocht worden. Op deze wijze kunnen ook veelvoorkomende meetfouten geïdentificeerd worden.

6.4 Voorbeelden van relevante kengetallen

Op dit moment is er nog geen verregaande empirische analyse uitgevoerd naar de samenhang tussen verschillende determinanten en de ratio van kosten per product, en de onderlinge samenhang tussen determinanten. Op basis van jarenlange praktijkervaring met het opstellen van MIPpen is het wel mogelijk om een overzicht te geven van potentieel belangrijke factoren voor doelmatigheid.

Naast de reeds uitvoerig besproken ratio's van kosten per productie-eenheid (op zo mogelijk verschillende niveaus van analyse) valt te denken aan:

kosten en opbrengsten:

- budget, onderverdeeld naar verschillende producten
- kosten, onderverdeeld naar verschillende producten
- kosten per product-eenheid, onderverdeeld naar verschillende producten
- exploitatieresultaat, absoluut en als percentage van het WTG-budget
- reserve aanvaardbare kosten (RAK)

Beïnvloedbare factoren: personeelssamenstelling

- personeel (fte's) per 100 bezette bedden/plaatsen (uitgesplitst naar leerlingen en overig personeel; uitgesplitst naar zorg buiten de muren)
- patiëntgebonden kosten per verpleegdag, voor verschillende typen personeel
- verplegend en verzorgend personeel (fte's) per 100 bezette bedden/plaatsen (uitgesplitst naar verschillende categorieën)
- paramedische behandelingen per verpleegdag
- inschaling personeel: percentage personeel in verschillende FWG-schalen
- ziekteverzuim (al het personeel, alleen verplegend en verzorgend personeel)
- verloop

Beïnvloedbare factoren: overige verschillen in bedrijfsvoering en productiekenmerken

- bezettingsgraad
- doorstromingscoëfficiënt
- verblijfsduur
- gemiddelde wachttijd
- uitbesteding

Onbeïnvloedbare factoren: verschillen in cliëntenkenmerken

- zorgzwaarte-index

Onbeïnvloedbare factoren: verschillen in markt en institutionele omgeving

- concurrentie van andere instellingen
- grootte van de instelling
- sociaal leefklimaat, aanwezigheid van mantelzorg
- regionale verschillen, ondermeer met betrekking tot beloningsverhoudingen

Voor de thuiszorg is overigens in 1996 overigens in opdracht van de LVT reeds gekeken op welke wijze idealiter een meetinstrument voor bedrijfstoetsing in de thuiszorg er uit zou moeten zien (Zemmelink en Van Rooij, 1996). Een groot deel van deze kengetallen is niet structureel beschikbaar. Dit betreft met name de meer kwalitatieve kengetallen. Deze zijn in het kader van benchmarking dan ook minder geschikt. De productiviteitsgegevens zijn veelal wel te berekenen, al is in een aantal gevallen clustering noodzakelijk. Ter illustratie wordt een aantal kengetallen, die voor alle productgroepen worden berekend, weergegeven in Bijlage 3.

7. Ontwerp dummy MIP

In bijlage 4 is een bedrijfsvergelijking uitgewerkt voor de sector verpleeghuizen. Voor de andere sectoren zijn vergelijkbare bedrijfsvergelijkingen op te stellen. Dit kan het best geschieden aan de hand van de in hoofdstuk 4 van deze notitie per sector beschreven producten, de wijze waarop deze tot één productiemaat gewogen kunnen worden en de deelniveaus die onderscheiden kunnen worden. De ingezette middelen en de correcties die daar op plaats dienen te vinden zijn per sector beschreven in hoofdstuk 5. In hoofdstuk 6 zijn tenslotte enkele achtergrondkenmerken genoemd die een mogelijke verklaring vormen voor de gevonden verschillen in de bedrijfsvoering.

We zien dat het in principe goed mogelijk is om op basis van de standaard verzamelde informatie te komen tot een nieuwe vormgeving van de bedrijfsvergelijkingen, management informatiepakketten of benchmarks. Niet mogelijk is het om voor iedere sector op het gewenste deelniveau of voor de diverse deelproducten uitputtend goede spiegelinformatie te construeren. Niettemin zien we dat steeds meer sectoren op de diverse deelproducten hun informatievoorziening hebben ingericht. Daarbij kan vooral gekeken worden naar de verpleeghuiszorg en de thuiszorg.

In de geestelijke gezondheidszorg zijn sinds kort behandelmodulen operationeel. De registratie hiervan moet in de nabije toekomst adequaat worden vormgegeven. In hoofdstuk 4 is beschreven dat op dat moment op routineachtige basis de gewenste spiegelinformatie kan worden geconstrueerd. De huidige verzamelde informatie sluit onvoldoende aan bij de in de praktijk voorkomende dienstverlening aan psychiatrische cliënten.

In de gehandicaptenzorg wordt momenteel gewerkt aan nieuwe producttyperingen op basis van een vergelijkbare methode als bij de geestelijke gezondheidszorg (behandelmodules). Alvorens veel energie te steken in een nieuw ontwerp van een bedrijfsvergelijking lijkt het aangewezen te wachten op het resultaat hiervan.

De *bedrijfsvergelijking voor de verpleeghuizen* is als volgt opgebouwd (bijlage 1). Er is gestart met het in beeld brengen van de capaciteit en de soorten zorg die het verpleeghuis aanbiedt (paragraaf 3). Vervolgens is het productievolume van het verpleeghuis beschreven en afgezet tegen het gemiddelde uit de referentiegroep (paragraaf 4). Daarna is het productievolume afgezet tegen de kosten. De kosten per eenheid product zijn geschoond voor de kosten van de verpleeghuiszorg buiten de muren en het werk voor derden. Deze twee laatste producten zijn apart in beeld gebracht wat betreft hun kosten/batenverhouding (paragraaf 5). Vervolgens zijn de ingezette middelen in beeld gebracht en zijn de omvang en samenstelling van het personeel en de materiële middelen geanalyseerd. Daarbij is tevens aandacht besteed aan de inschaling van het personeel, de verhouding patiëntgebonden / overig personeel en het ziekteverzuim (paragraaf 6). Tenslotte zijn in paragraaf 7 enkele achtergrondkenmerken van het verpleeghuis in beeld gebracht. Het betreft hier de wachttijden voor nieuwe patiënten, de bezettingsgraad en doorstroming, de zorgbehoefte en validiteit van de patiëntenpopulatie, enkele kwaliteitskengetallen, en de ouderdom van de gebouwen.

Deze achtergrondkenmerken zullen ongetwijfeld effect hebben op de performance van het verpleeghuis. Alleen een grondige econometrische analyse kan aangeven in welke mate de kwaliteit en doelmatigheid van het beschouwde verpleeghuis wordt beïnvloed door deze achtergrondkenmerken.

Nadat een dergelijke econometrische analyse heeft plaatsgevonden, en indien deze analyse uitkomsten oplevert waarin de diverse achtergrondkenmerken een significante bijdrage leveren aan de performance van de instellingen kan voor dit effect worden gecorrigeerd. Aan de bedrijfsvergelijking kan dan nog een paragraaf worden toegevoegd die de bijdrage van diverse factoren op de doelmatigheid van de betreffende instelling in beeld brengt. Dit biedt het instellingsmanagement een extra instrument om gericht de performance van de instelling te verbeteren.

8. Conclusies en aanbevelingen

In deze notitie is voor de vier hoofdsectoren binnen de AWBZ te weten de verpleeghuizen, de algemene psychiatrische ziekenhuizen, de algemene instellingen voor verstandelijk gehandicapten en de thuiszorg een praktische voorzet gegeven voor de inrichting van management informatiepakketten ofwel bedrijfsvergelijkingen.

Determinanten of achtergrondkenmerken

Eén van de belangrijkste ontbrekende zaken in de huidige bedrijfsvergelijkingen is dat er geen relatie te leggen valt tussen de performance van een instelling (hoe goed scoort een instelling op doelmatigheid) en de omgeving waarin de instelling functioneert (de achtergrondkenmerken, zie paragraaf 6.2). Het is van groot belang na te gaan welk effect deze kenmerken hebben op de performance van de instelling. Ook de onderlinge relaties zullen hierbij in beeld gebracht dienen te worden. Daarvoor is het noodzakelijk dat er empirische studies plaatsvinden die de effecten in beeld brengen.

Het voordeel van toevoeging van het effect van de kenmerken op de performance van de instellingen is dat de uitkomsten hiermee worden gerefereerd en gecorrigeerd. Daarnaast geeft het toegeschreven effect van de kenmerken inzicht hoe de performance van een instelling kan worden verbeterd, door na te gaan op welke wijze deze kenmerken beïnvloedbaar zijn.

Deelniveaus

In de huidige registraties ontbreekt veelal de uitsplitsing van inzet van middelen op subniveaus. In enkele sectoren vindt deze uitsplitsing wel plaats. Zo wordt in de verpleeghuissector inmiddels de kosten per kostensoort toegerekend aan de producten intramurale zorg, dagbehandelingsdagen en zorg buiten de muren. Dat maakt het mogelijk om de doelmatigheidsratio's per instelling op productniveau met elkaar te vergelijken. Ook in de thuiszorg vindt er deels registratie op subniveau plaats.

Bij het ontwerp van deze subniveaus moet er wel voor worden gewaakt dat de gewenste informatie aansluit bij de instellingsregistraties. Als de kostentoerekening naar subniveaus voor de meeste instellingen alleen met behulp van sleutels kan worden vormgegeven dan ligt het voor de hand om de informatie niet door middel van enquêtering te laten plaatsvinden, maar te laten construeren door de beheerder van de registraties. Overigens wordt bij zulke sleutels uitgegaan van verhoudingen van personeelsinzet in gemiddelde instellingen, waardoor het niet goed zichtbaar als een instelling afwijkt van gemiddelde instelling bij het onderdeel dat opgeslagen wordt.

Schaalvergroting

Door schaalvergroting en samenwerking leveren instellingen in toenemende mate een breed scala van producten. De productie wordt steeds heterogener van samenstelling. Fusies en samenwerking van instellingen over de grens van de eigen sector heen (verpleeghuizen met verzorgingshuizen en/of ziekenhuizen, psychiatrische ziekenhuizen met riagg's, thuiszorg met verpleeghuizen etc.) bemoeilijkt in toenemende mate een goede vergelijking. Het belang van registraties op het sectorale niveau is noodzakelijk om ook in de toekomst bedrijfsvergelijkingen te kunnen organiseren.

Routinematige Bedrijfsvergelijking

Er dient een goede balans gevonden te worden enerzijds het niveau van de informatie die op periodieke wijze wordt verzameld en bewerkt en kan worden teruggekoppeld, en anderzijds de inspanning die het verstrekken van deze informatie voor de instelling met zich mee brengt en de consequenties voor de kwaliteit van de informatie die verdere specificatie met zich mee brengt.

De huidige MIP-pen van het NZi kenmerken zich door een grote hoeveelheid gegevens waarin de boodschap snel verloren kan gaan. Managementinformatie moet bondig zijn en zich tot hoofdzaak-ken beperken. Pas als de managementinformatie daartoe aanleiding geeft is het nodig diepgaandere analyses te maken.

Dit kan worden vormgegeven door aanvullend een specifieke doorlichting van de instelling te (laten) maken.

Een variant op een bedrijfsvergelijking zoals deze in deze notitie voor de verpleeghuizen is uitgewerkt zijn overzichten, waarbij instellingen niet worden vergeleken met een referentiegroep-gemiddelde maar met de uitkomsten van alle vergelijkbare of 'best-practice' instellingen. Hierdoor wordt het mogelijk om benchmark een letterlijke invulling te geven door een instelling te verwijzen naar een instelling die op een bepaald bedrijfsonderdeel goed scoort.

Kwaliteit

In deze notitie is vooral gefocust op doelmatigheid in enge zin: kosten per eenheid product.

Kwaliteit is echter naast doelmatigheid van vergelijkbaar belang. Voorkomen moet worden dat de 'doelmatigheid' van een kwalitatief slechte instelling als maat genomen wordt. Kwaliteit is in de praktijk zeer moeilijk te meten. In de determinanten/ achtergrondkenmerken zijn elementen van kwaliteit meegenomen. Door meer met deze determinanten rekening te houden is het mogelijk in grote lijn hiervoor te corrigeren.

Stappenplan en tijdpad

Een nieuw te ontwikkelen generatie bedrijfsvergelijkingen kenmerkt zich doordat niet alleen een algemeen oordeel over de performance van de individuele zorginstelling wordt gegeven, maar dat tevens wordt aangegeven welke factoren bepalend zijn voor de score en welke maatregelen het meest kunnen bijdragen aan de verbetering van de bedrijfsvoering.

Voor de uitvoering van de hierboven genoemde econometrische analyse zal allereerst duidelijk moeten zijn welke factoren in de analyse meegenomen dienen te worden. Gestart kan worden met een groslijst van kenmerken die routinematig in de diverse gegevensbestanden beschikbaar zijn.

Tegelijkertijd zal consensus moeten bestaan over de wijze waarop de performance van een instelling gemeten kan worden. Dat betekent allereerst dat de verschillende producten die door de instellingen binnen een bepaalde sector worden voortgebracht op een eenduidige wijze onder één noemer gebracht moeten worden (zie hoofdstuk 4).

De thuiszorg en de ouderenzorg bieden op korte termijn de grootste kans om succesvol zo'n econometrische analyse uit te voeren.

Bedacht moet worden dat binnen de verpleeghuiszorg momenteel wordt gewerkt aan de ontwikkeling van een zorgzwaarte-index. De huidige hulpindex discrimineert nauwelijks tussen de individuele instellingen en levert geen goed beeld op van de verschillen in zorgzwaarte. Op het moment dat de nieuwe zorgzwaarte-index operationeel is kan deze eenvoudig aan de analyse worden toegevoegd. Een ander voordeel is dat bij de verpleeghuizen de kosten aan de verschillende deel-niveaus worden toegerekend.

Binnen de thuiszorg wordt momenteel door Pricewaterhouse/Coopers een benchmarktraject uitgevoerd. Het projectplan laat een aanpak zien die vergelijkbaar is met de in deze notitie geschetste. De uitkomsten van dit onderzoek kunnen gebruikt worden om in de toekomst op routinematige wijze jaarlijks een benchmark uit te voeren. Nagegaan zal moeten worden welke gegevens niet routinematig jaarlijks worden verzameld en die volgens het onderzoeksbureau een belangrijke bijdrage aan de performance van de instelling leveren. Opgemerkt moet worden dat de respons op de enquêtes in de thuiszorg dit jaar laag is, hetgeen samenhangt met het PC-onderzoek. Indien het onderzoek bruikbare resultaten oplevert, zal de animo om aan de jaarlijkse enquêtes deel te nemen toenemen.

De instellingen in de geestelijke gezondheidszorg zijn sinds korte tijd op een andere wijze van bekostigen overgegaan. De productdefinities zijn gebaseerd op behandelmodules (zie paragraaf 4.2). De registratie van deze producten vindt momenteel nog niet systematisch plaats. Hiermee zal komend jaar een aanvang worden gemaakt. Het ligt voor de hand de econometrische analyses op basis van de nieuwe productdefinities plaatsvinden.

De gehandicaptenzorg werkt momenteel aan een nieuw stelsel van productdefinities, waarmee naar verwachting volgend jaar geëxperimenteerd gaat worden. Het verdient aanbeveling om gelijktijdig de registratie van de nieuwe producten over de gehele sector te laten plaatsvinden.

De invoering van een nieuwe generatie bedrijfsvergelijkingen moet als een ontwikkeltraject worden gezien. Op voorhand is niet aan te geven in hoeverre de diverse factoren een significante invloed zullen hebben op de scores van instellingen.

Een deel, bijvoorbeeld kwaliteitsaspecten zal nog nader geoperationaliseerd moeten worden. In paragraaf 6.2 is aangegeven welke gegevens nu reeds beschikbaar zijn en welke eventueel eenvoudig beschikbaar kunnen komen. Op voorhand kan reeds gesteld worden dat het in beeld brengen van kwaliteitsverschillen met behulp van eenduidige kengetallen zeer lastig zal blijken. Ondanks het gegeven dat voor een goede bedrijfsvergelijking veel meer rekening gehouden moet worden met de invloed van de verschillende achtergrondkenmerken, is het verstandig een nieuwe start te maken op het terrein van de bedrijfsvergelijkingen die beter aansluit bij de wensen van het instellingsmanagement. Een groot voordeel van een routinematige aanpak boven een eenmalig groot en diepgravend onderzoek is dat het mogelijk is om jaarlijks verbeteringen aan te brengen in de methode van bedrijfsvergelijkingen.

Referenties

- Blank J.L.T., E.Eggink. Zuinig op zorg. Sociaal en Cultureel Planbureau. Rijswijk, 1996.
- COTG, 1996: Herziening richtlijnen voor APZ/RIBW, COTG, Utrecht, november 1996
- COTG, 1997: Vademecum, band 2. Overzicht van richtlijnbedragen per peildatum (overheid), 1997.
- Elias J., J.T.H. van Iperen e.a. Doelmatigheid in de thuiszorg. De resultaten van vergelijkend onderzoek naar de doelmatigheid en bedrijfsvoering van thuiszorginstellingen. Voorburg: Bakkenist Management Consultants, 1997.
- GGZ-Nederland, 1998a: BDC-onderzoek Kinder- en Jeugdpsychiatrie, GGZ-Nederland, Utrecht, september 1998
- GGZ-Nederland, 1998b: BDC-onderzoek Verslavingszorg, GGZ-Nederland, Utrecht, september 1998
- Hoeksema e.a., 1995: Tijdbesteding in RIAGGS en psychiatrische poliklinieken, Hoeksema, Homans en Menting, Enschede, juni 1995
- Interdepartementale Werkgroep Benchmarking. IBO-onderzoek benchmarking in de AWBZ. Tussenrapportage. Den Haag, 1998.
- Iperen, J.Th. van. Benchmarking in de thuiszorg. In: ZM Magazine, 1998, 23-16, p. 772-774.
- Landelijke Vereniging voor Thuiszorg. Producten Thuiszorg. Bunnik, 1995.
- NVGGZ, 1996: Onderzoek herziening COTG-richtlijnen Geestelijke Gezondheidszorg, NVGGZ, Utrecht, april 1996
- NZi, 1998. Systematiek produkt-omschrijving en kostprijsbepaling binnen het project vraagge-richte gehandicaptenzorg (concept). NZi, Utrecht, 1998.
- Zemmelink HW van, Rooij PM van. Beheersen van thuiszorgorganisaties met behulp van kentallen; meetinstrument voor bedrijfsvoering in de thuiszorg. Utrecht: NZi, 1996.

Bijlage 1: gewichten op basis van loonkosten patiëntgebonden per bekostigingscategorie

KLINISCHE BEHANDELING

			na eerste fase		eerste fase (AD4)	
omschrijving	D-score	B-score	per bed per jaar	per verpleegdag	per bed per jaar	per verpleegdag
hoofdgroep 1: klinisch kort						
1,1 klinisch kort met bep. Begeleid.	AD1,AD2,AD3,AD4	B2,B3	46335	126,95	53235	145,85
1,2 klinisch kort met voll. Begeleid.	AD1,AD2,AD3,AD4	B4	62203	170,42	71479	195,83
1,3 klinisch kort met int. Begeleid.	AD1,AD2,AD3,AD4	B5,B6	94209	258,11	107469	294,44
totaal klinisch kort			58932	161,46	84108	230,43
hoofdgroep 2a: klinisch lang						
2,1 structuur met bep. begeleid.	LD1,LD2	B2,B3	23739	65,04		
2,2 structuur met voll. begeleid.	LD1,LD2	B4	52728	144,46		
2,3 verand. Gericht met bep. Begel.	LD3,LD4	B2,B3	33726	92,40		
2,4 verand. Gericht met int. Begel.	LD3,LD4	B4	57695	158,07		
2,5 crisisbehandeling met int. Beg.	LD5	B5,B6	79421	217,59		
totaal klinisch lang APZ			41775	114,45		

DEELTIJDBEHANDELING

			na eerste fase		eerste fase (AD4)	
omschrijving	D-score	B-score	per plaats per jaar	per deeltijd behand.	per plaats per jaar	per deeltijd behand.
hoofdgroep 3: deeltijd kort						
3,1 structurerende deeltijdbeh.	AD1,AD2,AD4	B0,B1	27125	106,37	37812	148,28
3,2 struct. Deeltijd met bep. Begel.	AD1,AD2,AD4	B2,B3	38101	149,42	53922	211,46
3,3 psychother. deeltijdbeh.	AD3	B0,B1	32720	128,31		
3,4 psychother. deeltijd bep. Begel.	AD3	B2,B3	44922	176,16		
totaal deeltijd kort			32437	127,20	38760	152,00
hoofdgroep 4: deeltijd lang						
4,1 stabilisatie	LD1,LD2	B0,B1	8751	34,32		
4,2 rehabilitatie	LD3	B0,B1	18247	71,56		
totaal deeltijd lang			15855	62,18		

Bijlage 2: nadere specificatie kostensoorten in de financiële statistiek

Financiële statistiek	totaal absoluut	personeel pat. geb.	personeel overig	materiële kosten	kapitaal kosten
411 pers. alg. en admin. functies	10972		10972		
412 pers. Hotelfuncties	3277		3277		
4131 manag./staf pat. Bew.geb.func.	1351		1351		
4132 pers. electr. + rev. Techniek	0	0			
4133 pers. Onderzoekfuncties	28	28			
4134 pers. Behandelfuncties	1457	1457			
4135 pers. psychosoc. Functies	4664	4664			
4136 pers. v.o.v.	32621	32621			
4137 pers. med. socwet functies	9659	9659			
414 leerlingen	130	130			
415 pers. terrein en geb.functies	1144		1144		
416 andere vormen honorering	68	68			
417 stagiaires	48	48			
41811 uitz. kr. alg. en adm. functies	707		707		
41812 uitz. kr. hotelfuncties	206		206		
41813 uitz. kr. v.o.v.functies	2059	2059			
41814 uitz. kr. overige pat. geb. func.	322	322			
41815 uitz. kr. terrein geb functies	6		6		
41821 overig alg. en adm. functies	782		782		
41822 overig hotelfuncties	135		135		
41823 overig v.o.v.functies	122	122			
41824 overig pat.geb. functies	188	188			
41825 overig terrein geb functies	231		231		
41991 ziekte alg. en adm. functies	-1132		-1132		
41992 ziekte hotelfuncties	-341		-341		
41993 ziekte v.o.v.functies	-6656	-6656			
41994 ziekte pat.geb.functies	-415	-415			
41995 ziekte leerlingen	-5	-5			
41996 ziekte terr. geb. functies	-1		-1		
41997 zwangersch. verlof	-534	-534			
41 totaal personeelskosten (in percentage)	61093 100,0%	43756 71,6%	17337 28,4%		
422 sociale kosten	20547	14716	5831		
423 andere personeelskosten	3525			3525	
43 kosten van voeding	4096			4096	
4411 schoonmaakkosten	1084		1218		
4499 andere hotelmatige kosten	2208			2208	
45 algemene kosten	9247			9247	
46 kosten patiënt gebonden kosten	2891			2891	
471 onderhoud	2096			2096	
472 onderhoudsvoorzieningen	770			770	
473 energiekosten	4862			4862	
4811 afschrijvingen terrein	39				39
4812 afschrijvingen gebouwen	2445				2445
4813 afschrijvingen installaties	1148				1148
4814 afschrijvingen inventarissen	1939			1939	
4815 afschrijvingen immateriëel	242				242
482 dotaties voorzieningen	120				120
483 huur en op. leasing kap. goed.	3963				3963
485 interest	5526				5526
TOTAAL GENERAAL	127842	58473	24386	31634	13483
in percentage t.o.v. totaal	100,0%	45,7%	19,1%	24,7%	10,5%
in percentage t.o.v. dir pat geb	218,6%	100,0%	41,7%	54,1%	23,1%

Bijlage 3: Voorbeeld kengetallen thuiszorg

Dit betreft het leveren van de volgende producten:

- controle lichaamsfuncties
- (in)continentieverzorging
- wond- en stomaverzorging
- medicijn toedienen
- medisch-technisch handelen
- psycho-sociale begeleiding
- advies, instructie en voorlichting

Algemene kengetallen

KENGETAL	METING
Markt	
1. Marktaandeel	aantal productie-eenheden / aantal inwoners in het werkgebied
2. Gerealiseerde productie-afspraak	aantal gerealiseerde eenheden / aantal afgesproken eenheden
Efficiency	
1. Kosten per product	materiële en personele kosten / aantal productie-eenheden
2. Tijd besteed aan cliënt per fte	aantal productieve uren / aantal betaalluren (/ 2080)
3. Inzet functieniveaus	aantal eenheden per functieniveau / totaal aantal eenheden
4. Span of control	aantal uitvoerende medewerkers / aantal leidinggevenden
Kwaliteit	
1. Informatievoorziening (schriftelijk)	aantal uitgereikte folders / aantal productie-eenheden
2. Bereikbaarheid	externe meting telefonische bereikbaarheid
3. Realisatie doelen	verschil tussen indicatie en realisatie in uren / aantal cliënten
4. Bejegening	score gebruikersraadpleging LVT

Productgroepgebonden kengetallen:

KENGETAL	METING
Efficiency	
1. Werkdruk	gemiddeld aantal cliënten per medewerker
2. Hulpverlening buiten reguliere kantooruren	aantal geleverde uren 's nachts, 's avonds en in het weekend / totaal aantal geleverde uren verpleging
3. Uitstroom naar verschillende bestemmingen	aantal uitgeschreven cliënten per bestemming / totaal aantal uitgeschreven cliënten
4. Indirecte cliëntgebonden uren per cliënt	aantal uren besteed aan administratie en overleg t.b.v. cliënt / aantal cliënten
Kwaliteit	
1. Continuïteit	gemiddeld aantal medewerkers per cliënt
2. Flexibiliteit in tijd	score gebruikersraadpleging LVT
3. Zorgplan	aantal maal dat een zorgplan (volgens LVT-lidmaatschapseisen) is opgesteld / totaal aantal cliënten

BEDRIJFSVERGELIJKING

**VERPLEEGHUIS VLIETMOLEN
TE ZAMEN**

BETREFT : GEGEVENS 1994 -1996

NZi

Utrecht, september 1998

INHOUDSOPGAVE

1 SAMENVATTING	5
2 INLEIDING	7
2.1 Opzet Bedrijfsvergelijking	7
2.2 Gebruikte bronnen	7
3 CAPACITEIT EN ZORGVRAAG	9
3.1 Capaciteitsgegevens	9
3.2 Zorgverlening binnen en buiten de muren van het verpleeghuis	9
4 PRODUCTIE	11
4.1 Verpleegdagen	11
4.2 Patiënten dagbehandeling	11
4.3 Patiënten klinisch en dagbehandeling	11
4.4 Zorg buiten de muren	12
4.5 Werk voor derden	12
5 KOSTEN EN OPBRENGSTEN	13
6 PERSONEEL	15
6.1 Totale personeelsformatie	15
6.2 Personeel/kosten per functiecategorie	15
6.3 Nadere analyse patiëntgebonden personeel	16
6.4 Inschaling personeel	17
6.5 Ziekteverzuim personeelsverloop	19
7 ACHTERGRONDKENMERKEN	20
7.1 Wachttijden	20
7.2 Bezettingsgraad en doorstroming	20
7.3 Kwaliteit	21
7.4 Uitbesteding	22
7.5 Zorgbehoefte/validiteit	22

Bijlage 1 Gehanteerde definities en begrippen

1 Samenvatting

Hierbij ontvangt u de Bedrijfsvergelijking van uw verpleeghuis Vlietmolen. Hierbij zijn de eigen verpleeghuisgegevens/kengetallen vergeleken met die van een referentiegroep. Het uitvoeren van een dergelijke prestatievergelijking tussen organisaties wordt ook wel “benchmarking” genoemd.

Het bedrijfsresultaat is in 1997 negatief. De kosten zijn in dat jaar sneller gestegen dan de inkomsten, waardoor een aanzienlijk negatief exploitatieresultaat van ruim f 160.000,- is geboekt.

Om de werkelijkheid achter het exploitatieresultaat in beeld te brengen is aan de hand van een aantal “prestatie-indicatoren” (kengetallen zoals personeel per verpleegdag) Vlietmolen vergeleken met die van een groep referentieverpleeghuizen. De vergelijking van “prestaties” heeft in dit verband echter alleen betrekking op bedrijfseconomische resultaten in 1997. Dat hangt samen met het gegeven dat momenteel nog onvoldoende enquêtes van vergelijkbare instellingen bij het NZi zijn ontvangen. De wijze waarop deze resultaten tot stand zijn gekomen (beleid, organisatie van werk, etc.) behoort wel tot benchmarking, maar valt buiten het bestek van deze Bedrijfsvergelijking.

De meest opmerkelijke prestatieverschillen in vergelijking met de referentiegroep zijn:

■ Minder en andere bedrijfsdrukte

In Vlietmolen is sprake van een afwijkende bedrijfsdrukte.

De wachttijden (zie hoofdstuk 7) liggen voor zowel de somatische als de psychogeriatrische patiënten opvallend laag in vergelijking met zowel de referentieverpleeghuizen als het gemiddelde verpleeghuis in Nederland. Dit is echter niet het gevolg van een snelle doorstroming van patiënten binnen Vlietmolen. Zowel de somatische als de psychogeriatrische patiënt verblijven namelijk langer in uw verpleeghuis dan in andere verpleeghuizen.

De hulpbehoefte van de patiënten ligt voor wat betreft de algemeen dagelijkse levensverrichtingen in Vlietmolen duidelijk hoger.

Bovendien ondergaan zij minder paramedische (fysiotherapie) behandelingen (hoofdstuk 6) dan in de referentieverpleeghuizen, hetgeen opvallend is omdat de formatie fysiotherapeuten in 1996 wel gelijk is aan die van de referentiegroep. Minder fysiotherapie betekent niet dat er minder tijd aan de patiënten wordt besteed. De behandelingen duren gemiddeld langer. De behandelactiviteiten blijken bovendien anders te worden ingevuld: de nadruk binnen de behandelactiviteiten in Vlietmolen ligt sterker op het personeel in de psychosociale begeleidingsfuncties.

■ **Minder handen aan het bed**

Het voorgaande verklaart wellicht mede de opvallend lage formatie verplegend en verzorgend personeel ("handen aan het bed"). De totale personeelsformatie van Vlietmolen ligt uitgedrukt in verpleegdagen - na correctie voor zorg buiten de muren - circa 14% lager dan in de referentiegroep (hoofdstuk 6). De kosten blijken echter wel in de buurt van het referentieprofiel te komen. Dit betekent dus bij minder formatie relatief hoge kosten. Een andere FWG-opbouw met een accent op de lagere schalen 45 speelt hier een rol, mede een gevolg van meer leidinggevenden binnen de verpleging en verzorging.

Minder personeel kan leiden tot een toenemende werklast met als gevolg meer ziekteverzuim en/of personeelsverloop. Het ziekteverzuim is echter laag en het personeelsverloop gemiddeld.

■ **Meer patiëntgebonden functies niet in loondienst**

De gemiddelde personeelskosten per verpleegdag liggen zo'n 4% lager, hetgeen spoort met de lagere maar duurder personeelsformatie. Dit betreft echter alleen het personeel in loondienst. Het is opvallend, dat de personeelskosten voor personeel niet in loondienst meer dan de helft hoger liggen (52%) dan in de referentieverpleeghuizen. Deze kosten bestaan grotendeels uit salariskosten voor de patiëntgebonden functies (ruim f 1 mln.). Inclusief het personeel niet in loondienst komen de totale personeelskosten van de patiëntgebonden functies vrijwel op hetzelfde niveau uit als in de referentieverpleeghuizen.

■ **Hogere sociale kosten**

Als gevolg van de lage personeelsformatie blijven de salarissen (inclusief onregelmatigheidstoeslag) per verpleegdag in 1996 circa 3,6% achter bij de referentiegroep. Dit verschil wordt echter meer dan gecompenseerd door de hogere sociale kosten (+ 12%), waardoor de totale personeelskosten (per verpleegdag) vrijwel vergelijkbaar zijn. Vooral de stijging van de sociale kosten in 1996 ten opzichte van het voorgaande jaar valt op (+18%), terwijl de referentieverpleeghuizen slechts een toename van 4,6% laten zien (landelijk slechts + 3,5%).

■ **Overheadkosten hoger**

De overheadfuncties, uitgezonderd de algemene en administratieve functies liggen qua kosten hoger dan de referentieverpleeghuizen. Bij de hotelfuncties hangt dit samen met een ander uitbestedingspatroon: Minder personeel maar wel hogere materiële kosten (na aftrek voor werk voor derden). Alleen de algemene/administratieve functies liggen zowel qua formatie als qua kosten duidelijk lager dan de referentieverpleeghuizen.

Aandachtspunten voor beleid

- Relatief weinig handen aan het bed. In 1997 verscherpt door verdere reductie personeelsformatie. De in 1997 ingevoerde arbeidsduurverkortings zal deze situatie verder kunnen beïnvloeden (afhankelijk van herbezetting).
- Relatief veel leidinggevenden binnen verpleegkundige- en verzorgende functies. In 1997 is formatie leidinggevenden toegenomen.
- Hoge kosten personeel niet in loondienst (patiëntgebonden functies).
- Opvallend hogere sociale kosten.
- Kosten uitbesteding hotelfuncties.

2 Inleiding

2.1 Opzet Bedrijfsvergelijking

In deze bedrijfsvergelijking, de *Bedrijfsvergelijking*, wordt uw verpleeghuis vergeleken met een aantal vergelijkbare verpleeghuizen (de *referentiegroep*). Deze vergelijking is gemaakt op basis van de gegevens uit de Enquêtes Verpleeghuizen 1994 tot en met 1996, zoals die jaarlijks door de verpleeghuizen aan het NZi worden toegestuurd.

De referentiegroep bestaat uit de volgende verpleeghuizen:

■ Algemeen verpleeghuis	te Groesbeek
■ Huize de Wiekenstreek	te Utrecht
■ Verpleeghuis Nagtegaal	te Terneuzen
■ Huize Toberoseweg	te Winterswijk
■ Stg. Frederika	te Waalwijk
■ Huize de Randstreek	te 's Gravenhage
■ Huize Angeloos	te Amsterdam
■ Huize de Grote Ree	te Amersfoort
■ Amaroos	te Zwolle
■ Kleekeksteijn	te Rotterdam

Met behulp van de bedrijfsgegevens uit de databank Verpleeghuizen van het NZi en het Management Informatie pakket 1994-1996 zijn de belangrijkste bedrijfsmatige verschillen tussen Vlietmolen en de referentiegroep in beeld gebracht. In deze vergelijking wordt Vlietmolen vergeleken met gemiddelden van de referentiegroep.

Alvorens de uitkomsten van de bedrijfsvoering van Vlietmolen en die van de referentiegroep met elkaar te vergelijken wordt aandacht besteed aan een aantal verschillen in capaciteit en zorgvraag (hoofdstuk 3). Vervolgens wordt aandacht besteed aan de verschillen in productievolume (hoofdstuk 4), kosten en opbrengsten (hoofdstuk 5), aan de verschillen in de personeelsformatie per functiecategorie (hoofdstuk 6) en aan verschillen in diverse achtergrondkenmerken (hoofdstuk 7).

2.2 Gebruikte bronnen

- Management Informatie Pakket 1994-1996/Databank NZi.
- Jaarenquête Verpleeghuizen 1997 van Vlietmolen.
- Jaarrekening verpleeghuis Vlietmolen 1996.

3 Capaciteit en Zorgvraag

Voor de bedrijfsvergelijking is het van belang te weten dat er tussen Vlietmolen en de referentiegroep capaciteits- en organisatorische verschillen bestaan die (mede) van invloed zijn op de bedrijfsvoering.

3.1 Capaciteitsgegevens

Uw verpleeghuis beschikt in 1996 over 222 bedden, waarvan 38% voor somatische patiënten (85 bedden) en 62% voor psychogeriatrische patiënten (137 bedden).

De referentieverpleeghuizen hebben gemiddeld 205 bedden. De verhouding somatische /psychogeriatrische bedden bij de verpleeghuizen uit de referentiegroep wijkt iets af; respectievelijk 83 bedden (41%) en 122 bedden (59%).

Het aantal somatische dagbehandelingsplaatsen wijkt iets af: 6 plaatsen in uw verpleeghuis tegen 7 plaatsen gemiddeld in de referentiegroep.

Het aantal psychogeriatrische dagbehandelingsplaatsen wijkt meer af: 4 plaatsen in uw verpleeghuis tegen 8 plaatsen gemiddeld in de referentiegroep.

In uw verpleeghuis ligt dus een sterker accent op de psychogeriatrische functie.

3.2 Zorgverlening binnen en buiten de muren van het verpleeghuis

Verpleeghuizen leveren in toenemende mate zorg buiten de muren van het eigen verpleeghuis.

Hiervoor was in 1996 een aantal specifieke regelingen van kracht, zoals:

- de 4%-regeling;
- de zwevende bedden regeling;
- substitutieregeling.

Deze regelingen zijn inmiddels samengebracht in het zogenaamde Zorgvernieuwingsfonds.

De mate, waarin zorgverlening buiten het eigen verpleeghuis plaatsvindt kan van verpleeghuis tot verpleeghuis verschillen en heeft dan ook invloed op de vergelijking van kosten en personeel tussen het eigen verpleeghuis en de referentiegroep.

In 1996 bedroeg het totale bedrag van bovengenoemde regelingen f 860.600,- (in 1997: f 910.000,-).

In onderstaand overzicht blijkt er voor wat betreft het aandeel van zorg buiten de muren binnen de totale exploitatie sprake te zijn van een beperkt verschil tussen Vlietmolen en de referentiegroep.

Plaats van zorg	Vlietmolen	Referentiegroep
Kliniek	94,8 %	92,4%
Dagbehandeling	1,1	2,4
Zorg buiten de muren	4,1	3,3
Werkzaamheden voor derden	=	0,2

tabel 3.1 Aandeel van de kosten naar plaats van zorg (1996)

Van de totale kosten in uw verpleeghuis wordt bijna 96% binnen de kliniek/dagbehandeling gemaakt. De overige kosten (met name personeelskosten) komen voor rekening van de zorgverlening buiten het eigen verpleeghuis.

Met deze verschillen zal bij de vergelijking van personeels- en kosten ratio's tussen uw verpleeghuis en de referentiegroep rekening worden gehouden.

4 Productie

In dit hoofdstuk wordt een vergelijking gemaakt van de productie in uw verpleeghuis.

4.1 Verpleegdagen

Het aantal verpleegdagen voor somatische patiënten ligt in Vlietmolen circa 14% hoger dan in de referentiegroep. Dit is meer dan op grond van het verschil in het aantal somatische bedden (circa + 2%) verwacht mag worden. Dus is er sprake van een hogere bedbezetting. Bovendien is het aandeel eerste opnamen binnen het totaal in uw verpleeghuis lager dan in de referentiegroep: 68% tegen 82%. Het aantal verpleegdagen psychogeriatric ligt ruim 10% hoger dan in de referentiegroep. Dit is vrijwel in lijn met het capaciteitsverschil (+13%).

	Somatische verpleegdagen	Psychogeriatric verpleegdagen	Totaal verpleegdagen
Uw verpleeghuis	31.451	50.601	82.052
Referentiegroep	27.481	45.931	73.412

tabel 4.1 Verpleegdagen somatische en psychogeriatric patiënten (1996)

4.2 Patiënten dagbehandeling

In vergelijking met de referentiegroep blijft het aantal dagbehandelingsdagen somatiek 22% achter, terwijl de capaciteit slechts 15% lager ligt. Het aantal dagbehandelingsdagen psychogeriatric is in Vlietmolen ligt conform het verschil in capaciteit ruim 40% lager.

	Somatische Dagbeh. Dagen	Psychogeriatric. Dagbeh. Dagen	Totaal Dagbeh. Dagen
Uw verpleeghuis	1.783	1.605	3.388
Referentiegroep	2.262	2.716	4.978

tabel 4.2 Dagverplegingsdagen somatiek en psychogeriatric (1996)

4.3 Patiënten klinisch en dagbehandeling

In onderstaande tabel zijn verpleegdagen en dagbehandelingsdagen (met gewicht 0,5) bij elkaar geteld. Het totaal aantal gewogen verplegingsdagen ligt in uw verpleeghuis 10,3% hoger als in de referentiegroep.

	Somatische dagen (gew.)	Psychogeriatric. Dagen (gew.)	Totaal dagen (gew.)
Uw verpleeghuis	32.342	51.404	83.746
Referentiegroep	28.612	47.289	75.901

tabel 4.3 Gewogen verplegingsdagen somatiek en psychogeriatric (1996)

4.4 Zorg buiten de muren

In onderstaande tabel blijkt het budget voor wat betreft zorg buiten de muren in uw instelling zowel absoluut als relatief beperkt hoger te liggen dan in de referentiegroep. De activiteiten in het kader van zorgvernieuwing zijn nog te verschillend om ze in eenheden uit te drukken.

Zorg buiten de muren	Vlietmolen	Referentiegroep
budget	970.605	850.740
relatief aandeel	3,9%	3,8%

tabel 4.4 Aandeel van het budget zorg buiten de muren (1996)

4.5 Werk voor derden

Het Vlietmolen voert geen werk voor derden uit. In de referentiegroep zijn de opbrengsten hieruit beperkt

Werk voor derden	Vlietmolen	Referentiegroep
opbrengsten	-	30.000
relatief aandeel	0,0%	0,1%

tabel 4.5 Aandeel van de opbrengsten vanwege werk voor derden (1996)

5 Kosten en opbrengsten

In dit hoofdstuk wordt de budgetopbouw van uw verpleeghuis vergeleken met die van de referentiegroep. De budgetopbouw is deels geconstrueerd op basis van de werkelijke productie, zoals die is vermeld in de enquête jaarcijfers. Vervolgens wordt de budgetopbouw vergeleken met de kostenopbouw volgens een vergelijkbare indeling.

Uw verpleeghuis heeft relatief weinig budget uit dagbehandelingsdagen. Het budget voor de kapitaal-kosten ligt op een relatief laag niveau.

Budget	Totale budget	kapitaal kosten	kliniek	dag-behandeling	zorg buiten de muren	werk voor derden
Uw verpleeghuis	23.108	3.175	18.692	270	971	-
Referentiegroep	22.343	3.785	17.127	550	851	30

tabel 5.1 Budget kliniek, dagbehandeling en zorg buiten de muren (* f 1.000)

De kosten voor zorg buiten de muren liggen op een relatief hoog niveau. Uw verpleeghuis levert geen diensten aan derden.

Kosten	Totale kosten	Kapitaal kosten	Netto kosten	kosten kliniek	kosten dagbehand	zorg buiten de muren	werk voor derden
Uw verpleeghuis	23.270	3.175	19.995	18.790	255	1.050	-
Referentiegroep	22.393	3.785	18.508	17.215	535	835	23

tabel 5.2 Netto kosten kliniek, dagbehandeling en zorg buiten de muren (* f 1.000, 1996)

Het verpleeghuis Vlietmolen kent in 1996 een nadelig resultaat van f 162.283, terwijl er in 1995 nog sprake was van een beperkt tekort van bijna f 17.000,--. Op basis van de cijfers uit de Jaarenquête 1997 blijkt dat dit tekort in 1997 verder is opgelopen tot circa f 224.177,--.

Budget	exploitatie- resultaat	als % van WTG-budget	RAK als % WTG-budget
Uw verpleeghuis	= 162,3	-0,7 %	9,3 %
Referentiegroep	= 50,0	-0,2 %	12,7 %

tabel 5.3 Exploitatieresultaat, reserve aanvaardbare kosten (* f 1.000, 1996)

De vraag is nu waardoor dit tekort is ontstaan.

In 1997 heeft een correctie op het toegekend wettelijk budget plaatsgevonden van f 340.000,--. Inclusief deze correctie zijn de totale opbrengsten met 2,4% toegenomen, terwijl de kosten exclusief afschrijvingen met slechts 0,6% zijn gestegen. Hierdoor is er in 1997 sprake van herstel waardoor het tekort nog slechts f 20.000,-- bedraagt. (NB op basis van de gegevens in de Jaarenquête 1997). Het bovengenoemde exploitatietekort is veroorzaakt door een door het COTG bepaalde vermogenskorting van f 220.000,--.

De vraag is nu of het verpleeghuis qua bedrijfsvoering goed heeft gepresteerd. Omdat op het moment van deze analyse de gegevens van andere verpleeghuizen nog niet bij het NZi aanwezig zijn is voor de beantwoording van deze vraag gebruik gemaakt van de gegevens van het jaar 1996.

In Vlietmolen zijn de totale nettokosten (= totale kosten minus afschrijvingen en interest) in 1996 met 4,1% gestegen (1997 + 0,6 %), terwijl het budget in dezelfde periode een afname laat zien van circa

2,6%. Indien de overige opbrengsten worden meegerekend is er echter sprake van een kleine stijging van 1,7%. Kortom: de uitgaven zijn in 1996 sterker gestegen dan de inkomsten. De kosten per verpleegdag liggen desondanks laag.

	Kosten kliniek per verpleegdag	kosten dagbeh per dagbehandeling	kosten per gewogen verpleegdag	zorg buiten de muren. expl.saldo	werk voor derden
Uw verpleeghuis	229,0	75,0	227,4	-79,4	
Referentiegroep	234,5	107,5	233,9	15,7	7

tabel 5.4 Netto kosten kliniek, dagbehandeling per eenheid product, exploitatiesaldo zorg buiten de muren, werk voor derden.

We zien dat uw verpleeghuis vooral veel meer kosten maakt op de zorg buiten de muren, in vergelijking met de referentiegroep, en dat u op dit onderdeel van de bedrijfsvoering duidelijk meer kosten maakt dan daar budgettair tegenover staan.

De kosten per (gewogen) verpleegdag liggen lager dan die in de referentiegroep. Vooral dagbehandeling vergt duidelijk minder kosten in uw verpleeghuis.

De nettokosten per verpleegdag in 1996 bedragen voor uw verpleeghuis f 229,--.

In vergelijking met de gemiddelde kosten van de referentiegroep (f 235,--) zijn uw nettokosten ruim 2,6% lager.

Vergeleken met het landelijk gemiddelde (f 237,--) zijn uw nettokosten zelfs 3,4% lager.

	1994	1995	1996
Uw instelling	f 222,-	f 224,30	f 229,-
Referentiegroep	f 223,80	f 230,00	f 234,50
Landelijk	f 223,70	f 227,50	f 237,10

tabel 5.5 Nettokosten per verpleegdag

6 Personeel

In dit onderdeel wordt de totale personeelsinzet bekeken in relatie tot de capaciteit c.q. het patiëntenbestand. Vervolgens worden deze gegevens vergeleken met de referentiegroep. Specifieke aandacht is er voor het relatieve aandeel patiëntgebonden personeel met daarbinnen aandacht voor de functie verpleging en verzorging en de paramedische functie.

Oorzaken van afwijkingen ten opzichte van de referentiegroep kunnen gelegen zijn in de personeels-samenstelling, de patiëntenmix, de organisatie (werk voor derden of uitbesteden/zelf doen) en of (on)doelmatig werken.

6.1 Totale personeelsformatie

In absolute zin is de totale personeelsformatie van uw verpleeghuis en de referentiegroep in 1996 nage-noeg vergelijkbaar (respectievelijk 231 fte's en 232 fte's). Dit is opvallend, gegeven het grotere patiën-tenbestand.

Uit de vergelijking met de referentiegroep blijkt dan ook dat uw verpleeghuis opvallend weinig perso-neel in dienst heeft per 100 bedden in vergelijking met de referentieverpleeghuizen (-11,6%).

Exclusief de zorg buiten de muren, de leerlingen en het personeel dat werkzaamheden voor derden ver-richt bedraagt het verschil bijna -14%.

De vraag is nu of dit verschil zich bij alle functiecategorieën in dezelfde mate voordoet.

	Uw instelling	Referentiegroep
Personeel per 100 bezette bedden	98.1	111.0
<i>waarvan zorg buiten de muren</i>	3.0	2.8
<i>waarvan leerlingen</i>	9.3	8.6
Personeel per 100 bezette bedden zonder leerlingen, stagiaires en zorg b.d. muren en werk voor derden	85.8	99.6

tabel 6.1 Personeelsformatie per 100 bezette bedden in 1996 (in fte's)

6.2 Personeel/kosten per functiecategorie

In onderstaande tabel zijn de personeels- en kostenratio's weergegeven, exclusief het personeel (en de kosten) dat buiten het eigen verpleeghuis wordt ingezet en/of voor derden werkzaamheden verricht.

Bij de kosten zijn bovendien de afschrijvingen en intrest buiten beschouwing gelaten.

Duidelijk wordt dat, uitgezonderd de terrein- en gebouwgebonden functies, de formatie bij de overige functies duidelijk lager ligt. Bij de hotelfuncties is de lage personeelsformatie mede het gevolg van de uitbesteding van schoonmaak en wasserij linnenvoorziening, waardoor de kosten 2% hoger uitkomen.

Bij de patiëntgebonden functies blijken de kosten (personeel en materieel) lager te liggen, voorzover het de kosten van het personeel in loondienst betreft. Omdat de kosten voor het patiëntgebonden personeel niet in loondienst 52% hoger ligt, wijken de kosten van het totale patiëntgebonden personeel nauwelijks af (-0,7%).

Funcatiecategorie.		Uw verpleeghuis	Referentiegroep	Vershil
patiëntgebonden	<i>fte's</i>	19.8 fte's	22.1 fte's	10 % lager
functies/gew.	<i>kosten</i>	f 146.60	f 152,70	4 % lager
Verpleegdag				
hotelfuncties/gew.	<i>fte's</i>	4.1 fte's	5.3 fte's	23 % lager
Verpleegdag	<i>kosten</i>	f 51.7	f 50.6	2 % hoger
algemene en	<i>fte's</i>	4.5 fte's	5.2 fte's	13 % lager
adm.functies/bed	<i>kosten</i>	f 7,10	f 8,80	19 % lager
terrein- en	<i>fte's</i>	2.5 fte's	1.6 fte's	56 % hoger
geb.geb.funct./bed	<i>kosten</i>	f 4,40	f 4,20	5% hoger

tabel 6.2 Personeelsformatie en kosten (personeel en materieel) per categorie per 10.000 gewogen verpleegdagen resp. per 100 bedden (excl. Zorg buiten de muren/werk voor derden) (1996)

Uw verpleeghuis heeft een relatief iets geringer aandeel patiënt gebonden functies.

	Uw instelling	Referentiegroep	Landelijk
fte's	229	230	126
aandeel zorg buiten de muren/werk v. derden	3,1 %	2,9 %	2,0 %
aandeel administratieve functies	4,4 %	4,5 %	5,8 %
aandeel hotelfuncties	14,8 %	15,3 %	17,0 %
aandeel patiëntgebonden functies	71,6 %	73,1 %	72,3 %
w.v. verpleging en verzorging	52,4 %	56,9 %	53,8 %
leerlingen	9,2 %	6,4 %	10,3 %
behandelfuncties	10,0 %	9,8 %	8,2 %
aandeel terrein en gebouwgebonden functies	2,6 %	1,9 %	1,6 %
aandeel pers. niet in loondienst	3,5 %	2,3 %	1,3 %

tabel 6.3 Formatie direct patiëntgebonden personeel per 100 bezette bedden (1996)

6.3 Nadere analyse patiëntgebonden personeel

6.3.1 De functie verpleging en verzorging

Wanneer leerlingen en personeel werkzaam voor zorg buiten de muren niet worden meegerekend, blijkt in uw verpleeghuis ruim 10% minder patiëntgebonden personeel per 100 bezette bedden werkzaam te zijn. Het verplegend en verzorgend personeel ("handen aan het bed") blijft nog verder achter: -14%.

	Uw instelling	Referentiegroep	Landelijk
fte's per 100 bezette bedden	72.6	80.5	80.4
waarvan verplegend en verzorgend	52.9	61.6	59.5
waarvan zorg-buiten de muren/werk v. derden	0.3	1.5	1.0
waarvan leerlingen	9.3	8.6	10.9
waarvan behandelfuncties (met name psychosociale en begeleidingsfuncties)	10.1	8.8	9.3
fte's per 100 bezette bedden zonder ll., werk v. derden en zorg buiten de muren	63.0	70.4	68.5

tabel 6.4 Formatie direct patiëntgebonden personeel per 100 bezette bedden (1996)

Het personeel in de behandelfuncties is in vergelijking met de referentiegroep anders opgebouwd: 2,8 fte's per 100 bezette bedden fysiotherapie, ergotherapie en logopedie (referentiegroep 3,5 fte) en 7,3 fte's in de psychosociale behandelingsfuncties (5,3 fte's in de referentiegroep).

6.3.2 De paramedische functie

De psychogeriatrisch dagbehandelingspatiënten krijgen duidelijk minder paramedische verrichtingen in Vlietmolen in vergelijking met de referentiegroep.

	Fysio	Ergo	Logo
Uw verpleeghuis	8.1	*	*
Referentiegroep	17.0 *)	3.9	0.2

tabel 6.5 Paramedische behandelingen per 100 dagverplegingsdagen (1996)

*) landelijk gemiddelde is gebruikt (referentiegroepgegevens niet betrouwbaar)

De formatie fysiotherapeuten is vergelijkbaar (4,0 fte's in Zamen tegen 4,1 fte's in de referentiegroep). De productie wijkt echter af. Er worden minder verrichtingen uitgevoerd dan in de referentiegroep (24,8 behandelingen per 100 verpleegdagen tegen 42,8 voor de referentiegroep), maar de behandelingen per patiënt duren in Vlietmolen wel gemiddeld langer (42% van de behandelingen duren langer dan een half uur, terwijl dit in de referentiegroep slechts in 27% het geval is). Opvallend is voorts het nagenoeg ontbreken van ergotherapie verrichtingen, ondanks de aanwezigheid van 1 fte ergo therapeut (referentiegroep 1,5 fte)

	Fysio	Ergo	Logo
Uw verpleeghuis	24.2	0.2	2.7
Referentiegroep	42.3	6.0	2.1

tabel 6.6 Paramedische behandelingen per 100 verpleegdagen (1996)

NB. Bij de vergelijking van de paramedische verrichtingen worden alleen de behandelingen geïmpresenteerd. De gegevens met betrekking tot onderzoeken en adviezen zijn minder goed ingevuld en daarom niet in de vergelijking meegenomen.

Evenals bij de klinische patiënten ligt het aantal fysiotherapiebehandelingen van de somatische dagbehandelingspatiënten aanzienlijk lager dan in de referentiegroep. Ook hier geldt echter dat de gemiddelde tijd per behandeling in Vlietmolen hoger ligt.

Opvallend is het ontbreken van verrichtingen logopedie en ergotherapie.

	Fysio	Ergo	Logo
Uw verpleeghuis	75.7	-	-
Referentiegroep	96.2	11.4	4.5

tabel 6.7 Paramedische behandelingen per 100 dagbehandelingsdagen (1996)

Het aantal fysiotherapiebehandelingen per 100 verpleegdagen liggen in tegenstelling tot de somatische patiënten iets hoger dan in de referentiegroep.

	Fysio	Ergo	Logo
Uw verpleeghuis	13.5	0.2	=
Referentiegroep	12.1	0.4	=

tabel 6.8 Paramedische behandelingen per 100 verpleegdagen (1996)

6.4 Inschaling personeel

De personeelskosten in uw instelling liggen na correctie voor het personeel dat buiten de muren van het eigen verpleeghuis werkt slechts een fractie lager (-1.2%) Dit is opvallend gegeven de relatief

beperkte personeelsformatie in vergelijking met de referentiegroep. Dit is met name het gevolg van een verschil in salarisstructuur tussen Vlietmolen en de referentieverpleeghuizen.

Bij de patiëntgebonden functies blijken de kosten lager te liggen, voorzover het de kosten van het personeel in loondienst betreft. Omdat de kosten voor patiëntgebonden personeel niet in loondienst 52% hoger ligt, wijken de kosten van het totale patiëntgebonden personeel nauwelijks af (-0,7%).

	Uw instelling	Referentiegroep
Personeelskosten	188.6	188.2
waarvan voor zorg buiten de muren/werkz. voor derden	10.6	8.2
Personeelskosten exclusief	178.0	180.0

tabel 6.9 Totale personeelskosten (in guldens per verpleegdag) (1996)

Uit onderstaande indeling van het personeel naar de FWG-categorieën blijkt duidelijk, dat het personeel van Vlietmolen minder sterk aan de onderbouw van de FWG-schalen vertegenwoordigd is en sterker in FWG 35 en FWG 45.

FWG	Uw Instelling	Referentiegroep	Nederland
FWG t/m 20	15.1	18.1	20 %
FWG 25	3.4	4.4	7,1 %
FWG 30	8.2	8.9	6,2 %
FWG 35	49.6	47.7	43,3 %
FWG 40	3.4	6.0	5,6 %
FWG 45	9.9	3.2	5,5 %
FWG 50	5.6	6.4	6,8 %
FWG 55	0.9	2.2	2,1 %
FWG >55	3.9	3.0	3,4 %

tabel 6.10 Indeling FWG schalen totaal personeel (1996)

Het geconstateerde verschil in FWG-opbouw komt versterkt naar voren indien de indeling van het verplegend personeel wordt vergeleken. De relatief sterke bezetting binnen FWG 45 hangt nauw samen met de leidinggevende structuur.

FWG	Uw Instelling	Referentiegroep	Nederland
FWG t/m 20	0.7	7.7	6.4%
FWG 25	2.8	3.0	6.0%
FWG 30	10.6	11.6	6.1%
FWG 35	65.5	63.9	63.5%
FWG 40	2.1	6.2	6.1%
FWG 45	13.4	2.0	6.2%
FWG 50	3.5	4.8	4.3%
FWG 55	-	0.6	1.1%
FWG >55	1.4	0.4	0.2%

tabel 6.11 Indeling FWG schalen totaal verplegend personeel (1996)

In Vlietmolen is duidelijk meer leidinggevend personeel aanwezig: 21,4 fte tegen 17,5 fte in de referentiegroep. Dit kan als een onevenwichtigheid binnen de personeelsformatie worden beschouwd. Opvallend is dat in 1997 het aantal leiding-gevend met 1 fte is uitgebreid, terwijl de formatie niet-leidinggevend met 4 fte's is afgenomen, waardoor de conclusie uit 1996 verder is aangescherpt (bron: Jaarenquête 1997).

Bovenstaande indeling naar FWG-schalen resulteert in een gemiddeld maandsalaris voor het verplegend en verzorgend personeel, dat in 1996 3,2 % hoger ligt.

Ook het gemiddelde maandsalaris van het personeel in de medische en wetenschappelijke staf ligt (opvallend) hoger: +11,6%.

De salarissen van het overig patiëntgebonden personeel zijn vergelijkbaar.

NB. De salarisgegevens van de overheadfuncties ontbreken in de geraadpleegde bronnen.

6.5 Ziekteverzuim personeelsverloop

Opvallend is het lage ziekteverzuimpercentage in Vlietmolen. Berekend over kalenderdagen bedraagt dit in 1996 3% tegenover 6.9% voor de referentieverpleeghuizen en 6.7% gemiddeld voor alle Nederlandse verpleeghuizen. Bij de categorie verplegenden en verzorgenden is dit verschil nog scherper: 4.8% tegen respectievelijk 10.1% en 9.3%.

Het verloop het verpleegkundig/verzorgend personeel is exact gelijk aan het referentieprofiel: 12.3% in 1996.

De relatief lage personeelsformatie verplegenden/verzorgenden werkt dus niet door in een hoger ziekteverzuim en/of personeelsverloop.

7 Achtergrondkenmerken

7.1 Wachttijden

Uw verpleeghuis heeft in vergelijking met de referentiegroep:

- een kortere gemiddelde wachttijd voor somatische patiënten én
- een kortere gemiddelde wachttijd voor psychogeriatrische patiënten.

Opvallend is daarbij de sterk teruggelopen wachttijd voor psychogeriatrische patiënten in 1996.

	1994	1995	1996
Uw verpleeghuis	1,9	*)	2,5
Referentiegroep	5,9	3,1	3,4
Regio	4,0	4,9	2,9
Landelijk	5	4,1	4,9

tabel 7.1 Ontwikkeling gemiddelde wachttijd somatische patiënten in weken (1996)

*) geen betrouwbare gegevens

	1994	1995	1996
Uw verpleeghuis	16	*)	8,0
Referentiegroep	10,3	9,7	14,6
Regio	28,6	25,1	8,7
Landelijk	18,9	17,1	14,9

tabel 7.2 Ontwikkeling gemiddelde wachttijd psychogeriatrische patiënten in weken (1996)

*) geen betrouwbare gegevens

7.2 Bezettingsgraad en doorstroming

7.2.1 kliniek

Een hoge bezettingsgraad en doorstroming draagt bij tot extra bedrijfsdruk en is medebepalend voor verschillen in inzet van personeel en kosten van uw verpleeghuis. In deze paragraaf wordt gekeken naar de bezettingsgraad en de doorstroming.

Wat betreft de doorstroming van somatische patiënten komt uit de vergelijking naar voren dat het aantal opnamen per somatisch bed c.q. de doorstroming van patiënten in Vlietmolen lager ligt dan in de referentieverpleeghuizen. Bovendien is het aandeel eerste opnamen binnen het totaal aantal opnamen in uw verpleeghuis lager dan in de referentiegroep: 68% tegen 82%. Minder doorstroming resulteert in een relatief lange gemiddelde verblijfsduur (13 maanden in uw verpleeghuis tegen 7 maanden voor de referentiegroep).

	Bezettingsgraad	Doorstr. coëff.	Verblijfsduur
Uw verpleeghuis	102,3%	0,77	13 mnd
Referentiegroep	91,6%	1,46	7 mnd

tabel 7.3 Bezettingsgraad, doorstroming en gemiddelde verblijfsduur somatische patiënten (1996)

Ook bij de psychogeriatrische patiënten is er sprake van een relatief lage doorstroming en een lange gemiddelde verblijfsduur.

	Bezettingsgraad	Doorstr. Coëff.	Verblijfsduur
Uw verpleeghuis	102,4%	0.39	2.86
Referentiegroep	104,6%	0.59	1.94

tabel 7.4 Bezettingsgraad, doorstroming en gemiddelde verblijfsduur psychoger. patiënten (1996)

Samenvattend geldt voor uw patiënten een relatief hoge bezettingsgraad, een lage doorstroming en een lange gemiddelde verblijfsduur.

	Bezettingsgraad	Doorstr. Coëff.	Verblijfsduur
Uw verpleeghuis	102,3%	0.54	2.08
Referentiegroep	99,6%	0.94	1.20

tabel 7.5 Bezettingsgraad, doorstroming en gemiddelde verblijfsduur patiënten (1996)

7.2.1 Dagbehandeling

De doorstroming van patiënten van de dagbehandeling in Vlietmolen ligt hoger dan de (gemiddelde) doorstroming van de patiënten in de referentiegroep.

Het is daarom opvallend dat de gemiddelde verblijfsduur toch hoger ligt. Het beschikbare cijfermateriaal biedt daar geen afdoende verklaring voor.

	Bezettingsgraad Dagbeh.dagen	Doorstr. Coëff.	Verblijfsduur
Uw verpleeghuis	92,6%	3.9	0.98
Referentiegroep	90,7%	3.8	0.85

tabel 7.6 Bezettingsgraad en doorstromingscoëfficiënt dagbehandeling: aantal in behandeling genomen patiënten per plaats per jaar (1996)

7.3 Kwaliteit

Een element van kwaliteit is terug te vinden in het aantal éénpersoonskamers. Onderstaande tabel laat zien dat Uw verpleeghuis over relatief weinig éénpersoonskamers beschikt.

Een aantal verpleeghuizen werkt inmiddels volgens het protocol xxx.

	Aandeel één- persoons- kamers	vrijwilligers als % op personeel	werkt geprotocoleerd	eigen verpleeghuisarts
Uw verpleeghuis	7,9%	9 %	n.b.	ja
Referentiegroep	15,7%	12 %	n.b.	80 % wel

tabel 7.7 Aandeel éénpersoonskamers, aandeel vrijwilligers op personeel (1996)

7.4 Uitbesteding

De mate waarin bepaalde diensten zijn uitbesteed is bepalend voor de samenstelling van het personeelsbestand en de kosten.

Onderstaande tabel laat zien in welke mate de restauratieve dienst, de schoonmaak en de linnenvoorziening zijn uitbesteed. Uw verpleeghuis heeft de restauratieve dienst in eigen beheer. In de referentiegroep betrekken 2 instellingen de catering van buiten.

	Aandeel uitbesteding restauratieve dienst	Aandeel uitbesteding schoonmaak	Aandeel uitbesteding linnenvoorziening
Uw verpleeghuis	2,0%	92%	100 %
Referentiegroep	19,7%	82%	77 %

tabel 7.8 Aandeel uitbesteding diensten (1996)

7.5 Zorgbehoefte/validiteit

De validiteit van de bewoners geeft een indicatie voor de zorgbehoefte van de patiënten. In deze paragraaf wordt gekeken naar de scores op (delen van) de hulpindex.

De hulpindex is een maat voor de mate van hulp die een bewoner c.q. bezoeker nodig heeft. Een hogere hulpindex betekent dat de hulpbehoefte hoger is.

De hulpindex bestaat uit verschillende deel-indexen:

- ADL-index (maximale score 5);
- mobiliteitsindex (maximale score 3);
- continentie-index (maximale score 2).

Ook voor deze deel-indexen geldt: hoe hoger de score, hoe groter de hulpbehoefte.

Verschillen in ADL en mobiliteit hebben consequenties voor de inzet van personeel, terwijl de (in)continentie en het rolstoelgebruik ook invloed hebben op de hoogte van de materiële kosten.

7.5.1 Somatische patiënten

Kliniek

De somatische patiënten in uw verpleeghuis hebben gemiddeld een hogere hulpindexscore dan de referentiegroep en landelijke groep verpleeghuizen.

	1994	1995	1996
Uw instelling	8,9	7,7	9
Referentiegroep	7,9	7,8	8
Landelijk	8,1	8,2	8,2

tabel 7.9 Ontwikkeling gemiddelde hulpindexscore somatische patiënten (1996)

In onderstaande tabel is uitgezonderd de categorie "mobiliteit" sprake van iets zwaardere patiënten voorzover het de hulpbehoefte met betrekking tot de "Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen" en

“Continentie” betreft. Het rolstoelgebruik ontloopt elkaar weinig: in Vlietmolen gebruikt 23% geen rolstoel tegen 27% in de referentiegroep.

	Uw instelling	Referentiegroep	Landelijk
ADL 4 of 5	82%	72%	75%
Mobiliteit 3	17 %	39%	32 %
Continentie 2	36 %	28 %	34 %

tabel 7.10 Percentage somatische patiënten met hoge hulpindex scores (1996)

Dagbehandeling

Ook de dagbehandelingspatiënten hebben gemiddeld een hogere score op de hulpindex in 1996.

	1994	1995	1996
Uw instelling	6.5	6.6	6.9
Referentiegroep	5.6	6.2	5.9
Landelijk	5.4	5.5	5.5

tabel 7.11 Ontwikkeling gemiddelde hulpindexscore somatische patiënten (1996)

Uit onderstaande tabel blijkt dat de somatische patiënten alleen wat betreft de Algemeen Dagelijkse levensverrichtingen hulpbehoevender zijn dan dezelfde patiënten in de referentiegroep. Het rolstoelgebruik is vergelijkbaar (61% in Vlietmolen heeft een rolstoel tegen 58% in de referentiegroep).

	Uw instelling	Referentiegroep	Landelijk
ADL 4 of 5	78 %	53 %	48 %
Mobiliteit 3	28 %	35 %	26 %
Continentie 2	0 %	5 %	5 %

tabel 7.12 Percentage patiënten dagbehandeling somatiek met hoge hulpindex scores (1996)

7.5.2 Psychogeriatrische patiënten

Kliniek

De psychogeriatrische patiënten in uw verpleeghuis hebben een iets hogere hulpindexscore in 1996 dan in de referentieverpleeghuizen en de groep Nederlandse verpleeghuizen.

	1994	1995	1996
Uw instelling	8.3	8.5	8.6
Referentiegroep	8.3	8.5	8.2
Landelijk	8.2	8.2	8.1

tabel 7.13 Ontwikkeling gemiddelde hulpindexscore psychogeriatrische patiënten (1996)

Uitgezonderd de algemeen dagelijkse levensverrichtingen (ADL) is bij de overige categorieën sprake van een min of meer vergelijkbare hulpbehoevendheid.

Bij deze patiënten is sprake van iets minder rolstoelgebruik (45% is rolstoelgebruiker in Vlietmolen en 38% in de referentiegroep).

	Uw instelling	Referentiegroep	Landelijk
ADL 4 of 5	90 %	84 %	82 %
Mobiliteit 3	23 %	23 %	22 %
Continentie 2	60 %	58 %	58 %

tabel 7.14 Percentage psychogeriatrische patiënten met hoge hulpindexscores (1996)

Dagbehandeling

Het beeld van de dagbehandelingspatiënten is vergelijkbaar met dat van referentiegroep.

	1994	1995	1996
Uw instelling	4.6	3.9	4.7
Referentiegroep	4.2	4.9	4.8
Landelijk	4	4	4

tabel 7.15 Ontwikkeling gemiddelde hulpindexscore bezoekers dagbehandeling psychogeriatric (1996)

De hulpbehoevendheid van de dagbehandelingspatiënten is ook per deelindex min of meer vergelijkbaar met die van de referentieverpleeghuizen.

	Uw instelling	Referentiegroep	Landelijk
ADL 4 of 5	50 %	52 %	40 %
Mobiliteit 3	-	12 %	8 %
Continentie 2	6 %	14 %	8 %

tabel 7.16 Percentage bezoekers dagbehandeling psychogeriatric met hoge hulpindexscores (1996)

7.6 Bouwjaar

De ouderdom van de gebouwen kan van invloed zijn op de bedrijfsvoering en de kwaliteit. Uw verpleeghuis is 32 jaar geleden gebouwd. Vier jaar geleden heeft een grote renovatie plaatsgehad. In de referentiegroep is de gemiddelde ouderdom van het hoofdgebouw 26 jaar. Zes instellingen hebben minder dan vijf jaar geleden een grote renovatie uitgevoerd.

Bijlage 1 Gehanteerde definities en begrippen

Referentiegroep	Een tiental verpleeghuizen die op grond van de volgende criteria vergelijkbaar zijn met het uw verpleeghuis: aantal bedden, soort erkenning kliniek (somatiek, psychogeriatric of gecombineerd), aanwezigheid dagbehandeling.
Landelijk gemiddelde	Het gemiddelde van alle verpleeghuizen in Nederland, ongeacht de grootte of de soort erkenning
Doorstromingscoëfficiënt	Een maat voor de doorstroming van patiënten is de doorstromings-coëfficiënt: het aantal opgenomen respectievelijk in behandeling genomen patiënten gedeeld door het aantal erkende bedden respectievelijk dag-behandelingsplaatsen
Gewogen verpleegdag	Een verpleegdag met gewicht 1; een dagverplegingsdag telt voor 0,5 verpleegdag. Op deze wijze kan de productie tot één maat worden ge-aggregeerd.
Hulpindex	De hulpindex is een maat voor de mate van hulp die een bewoner c.q. bezoeker nodig heeft. Een hogere hulpindex betekent dat de hulpbehoefte hoger is. De hulpindex bestaat uit verschillende deel-indexen: • ADL-index (maximale score 5) • mobiliteitsindex (maximale score 3) • continentie-index (maximale score 2)
Fte	Full-time-equivalent (fte): één volledige arbeidsplaats
Netto kosten	Totale kosten minus de kosten voor afschrijving, dotaties aan voorzieningen, intrest, leasing van kapitaalgoederen. Tevens wordt er gecorrigeerd voor de zorg buiten de muren en werk voor derden.
FWG-schalen	Functie Waardering Gezondheidszorg

datum: oktober 1998

