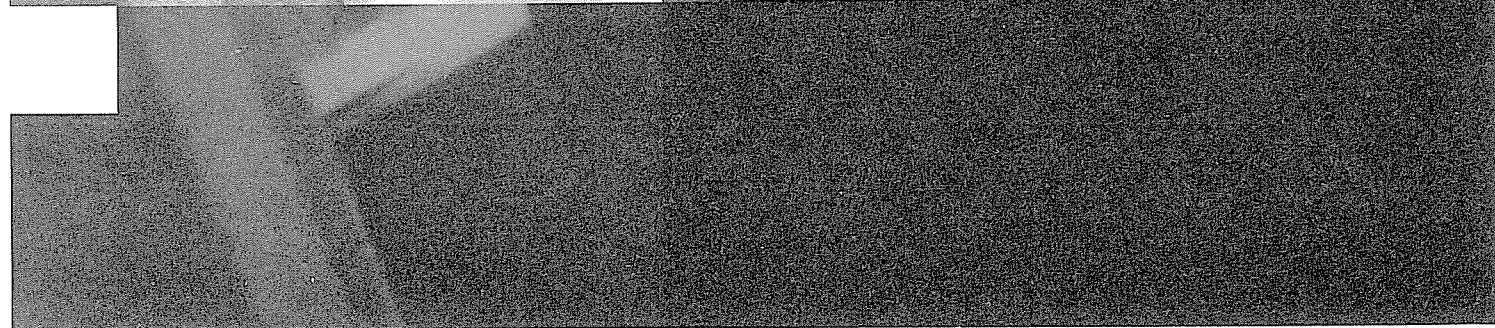
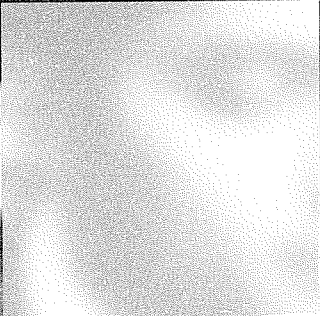


**Benchmarking
in de AWBZ
(bijlagen 5 t/m 8)**

**Interdepartementaal
beleidsonderzoek**



Inleiding

Voordat in de volgende hoofdstukken het benchmarkanalysemodel voor de sector thuiszorg wordt toegelicht, wordt eerst kort ingegaan op de achtergrond van benchmarken in de sector thuiszorg. De inleiding wordt afgesloten met een overzicht van de opbouw van deze brochure.

Waarom benchmarken in de sector thuiszorg?

Onder ‘benchmarken’ in algemene zin wordt verstaan: *“het continue en systematische proces om prestaties te verbeteren door prestatieniveaus, processen en werkwijzen te vergelijken met toonaangevende organisaties in de samenleving om op basis van excellente prestaties en werkwijzen verbeteringsmogelijkheden te identificeren en te implementeren”*.

Bij de beslissing van de Landelijke Vereniging voor Thuiszorg (LVT), Branchebelang Thuiszorg Nederland (BTN) en het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) om over te gaan tot de uitvoering van benchmarking in de sector thuiszorg hebben de volgende overwegingen een rol gespeeld:

- het realiseren van outputfinanciering in de sector met ingang van 2001;
- het inzichtelijk maken en vervolgens waar mogelijk verbeteren van de doelmatigheid en kwaliteit van thuiszorginstellingen.

Het uitvoeren van het benchmarkonderzoek voor de sector thuiszorg staat niet op zichzelf. Ook binnen de sectoren geestelijke gezondheidszorg, verstandelijk gehandicapten en verpleging en verzorging is in 1998 een start gemaakt met het onderzoeken van de mogelijke opzet en inrichting van vergelijkbare benchmarkinstrumenten. De wijze waarop het benchmarkonderzoek voor de sector thuiszorg specifiek vorm wordt gegeven, komt in deze brochure uitvoerig aan de orde.

Op weg naar outputfinanciering in 2001

Het benchmarkonderzoek heeft voor de sector thuiszorg op macroniveau geen bezuinigingsdoelstelling. De benchmark is erop gericht de productie en kwaliteit van instellingen onderling te kunnen vergelijken in relatie tot de per instelling beschikbaar gestelde middelen. Transparantie in en legitimering van de besteding van collectieve middelen zijn hierbij sleutelbegrippen.

De uitvoering van het benchmarkonderzoek is een bouwsteen in een traject dat beoogt om in 2001 binnen de sector thuiszorg outputfinanciering op een effectieve en doelmatige wijze te kunnen toepassen. Met andere woorden: de uitkomsten van het benchmarkonderzoek dienen er mede toe om bouwstenen aan te leveren om het vereiste inzicht in de kostenstructuur van vergelijkbare thuiszorginstellingen te verkrijgen. Teneinde de onderlinge vergelijkbaarheid van de instellingen te bevorderen, worden in het onderzoek instellingen met een gelijksoortige productenmix in groepen geclusterd.

Op basis van de resultaten van het benchmarkonderzoek en het project productregistratie, kunnen vervolgens per groep bij de best practice-instellingen op een gerichte wijze diepgaande activiteiten- en procesanalyses worden uitgevoerd. Op grond van de resultaten van deze verfijnde analyses kunnen vervolgens per groep de kostenstructuren van vergelijkbare instellingen worden geanalyseerd. Met behulp van de resultaten van het benchmarkonderzoek en het project productregistratie kunnen aldus op een verantwoorde en kwantitatief onderbouwde wijze realistische kostprijzen voor de door instellingen te leveren producten worden vastgesteld. Betrouwbare kostprijzen zijn essentieel om op een zinvolle en verantwoorde wijze outputfinanciering binnen de sector thuiszorg door te voeren.

Verbeteren van doelmatigheid en kwaliteit

Het benchmarkonderzoek dient een bijdrage te leveren aan het waar mogelijk identificeren van de mogelijkheden tot het verbeteren van de kwaliteit en de doelmatigheid van thuiszorginstellingen. Daartoe worden analyses gemaakt van de doelmatigheid van de bedrijfsvoering, de kwaliteit van de dienstverlening en mate waarin de instellingen in de vraag naar zorg weten te voorzien.

In het onderzoek worden op grond van geobjectiveerde waarnemingen per groep vergelijkbare instellingen de best practice-instellingen benoemd. Alle instellingen binnen een groep worden vergeleken met deze concreet bestaande best practice-instellingen. De hieraan ten grondslag liggende basisgedachte is, dat instellingen kunnen leren van de bedrijfsvoering van vergelijkbare best practice-instellingen. Op deze wijze worden concrete handvatten geboden voor het doorvoeren van mogelijke verbeteringen in de bedrijfsvoering gericht op het bevorderen van de kwaliteit en doelmatigheid van de desbetreffende instelling.

Het onderzoek dient ook aanbevelingen op te leveren over de wijze waarop gestructureerd verbeteringen in de sector kunnen worden gerealiseerd. In dit kader kan ondermeer worden gedacht aan het, binnen de onderscheiden groepen van vergelijkbare instellingen, gezamenlijk werken aan het realiseren van verbeteringen.

Alle thuiszorginstellingen worden bij het benchmarkonderzoek betrokken

Het benchmarkonderzoek wordt uitgevoerd bij alle thuiszorginstellingen in Nederland. Het onderzoek bestaat ondermeer uit het systematisch verzamelen en analyseren van zowel kwantitatieve als kwalitatieve gegevens. Hierbij wordt de kanttekening geplaatst dat wanneer een instelling ondanks uitgebreide ondersteuning niet in staat blijkt te zijn om betrouwbare gegevens te leveren, de gegevens van de instelling niet in het benchmarkonderzoek worden meegenomen. De gegevens zullen voor zover mogelijk wel door de onderzoekers worden verzameld. Aan de desbetreffende instellingen zal worden aangegeven op welke wijze een volledige participatie aan toekomstige benchmarkonderzoeken kan worden bevorderd. Voor deze aanpak is gekozen omdat niet-betrouwbare gegevens ongewenste ruis in de benchmarkanalyses introduceren die de uitkomst van het onderzoek kan vertroebelen.

De benchmark heeft betrekking op de door de thuiszorginstellingen in 1997 geproduceerde onderstaande vijf producten. Deze producten zijn geleverd vanuit de AWBZ aanspraak algemene thuiszorg 1997:

- Alphahulpverlening;
- HDL (huishoudelijke dagelijkse levensverrichtingen);
- ADL (algemene dagelijkse levensverrichtingen);
- Verzorging (een combinatie van HDL en ADL);
- Verpleging.

Resultaten van het onderzoek

De resultaten van het benchmarkonderzoek worden in twee soorten rapportages weergegeven:

- een generieke rapportage;
- een specifieke rapportage per instelling.

In de generieke rapportage worden de kenmerken van de geanonimiseerde best practice-instellingen beschreven en worden suggesties aangereikt voor de wijze waarop de doelmatigheid en de kwaliteit binnen de sector kunnen worden bevorderd. Hierbij zal aandacht worden besteed aan de wijze waarop de resultaten van het benchmarkonderzoek, in combinatie met de resultaten van het project productregistratie, als bouwstenen kunnen worden gebruikt om onderbouwde kostprijzen te ontwikkelen. Tevens wordt aangegeven hoe de resultaten van het benchmarkonderzoek kunnen bijdragen aan het herinrichten van het financieel besturingsconcept voor de bekostiging van de sector thuiszorg.

In de specifieke rapportages voor de individuele instellingen worden per instelling indicaties gegeven voor de factoren die de gemeten prestaties van de instellingen kunnen verklaren. Tevens worden aanbevelingen geformuleerd voor de richting waarin mogelijke verbeteringen in de bedrijfsvoering kunnen worden gerealiseerd waardoor de positie ten opzichte van vergelijkbare instellingen kan worden versterkt.

Planning van het benchmarkonderzoek kent vier fasen

De uitvoering van het benchmarkonderzoek bestaat uit vier fasen. De eerste twee fasen (het concipiëren en in de praktijk bij de klankbordinstellingen testen van het benchmarkanalysemodel) zijn bij het ter perse gaan van deze brochure nagenoeg afgerond. In de derde fase worden de voor het onderzoek benodigde gegevens bij alle instellingen opgevraagd en door de onderzoekers geanalyseerd. Voor de inventarisatie van de gegevens wordt in overleg met de instellingen een detailplanning opgesteld.

Eind oktober 1998 start de vierde fase van het benchmarkonderzoek. In deze laatste fase worden de generieke en specifieke rapportages opgesteld. De vierde fase wordt begin 1999 afgerond.

Opbouw van deze brochure

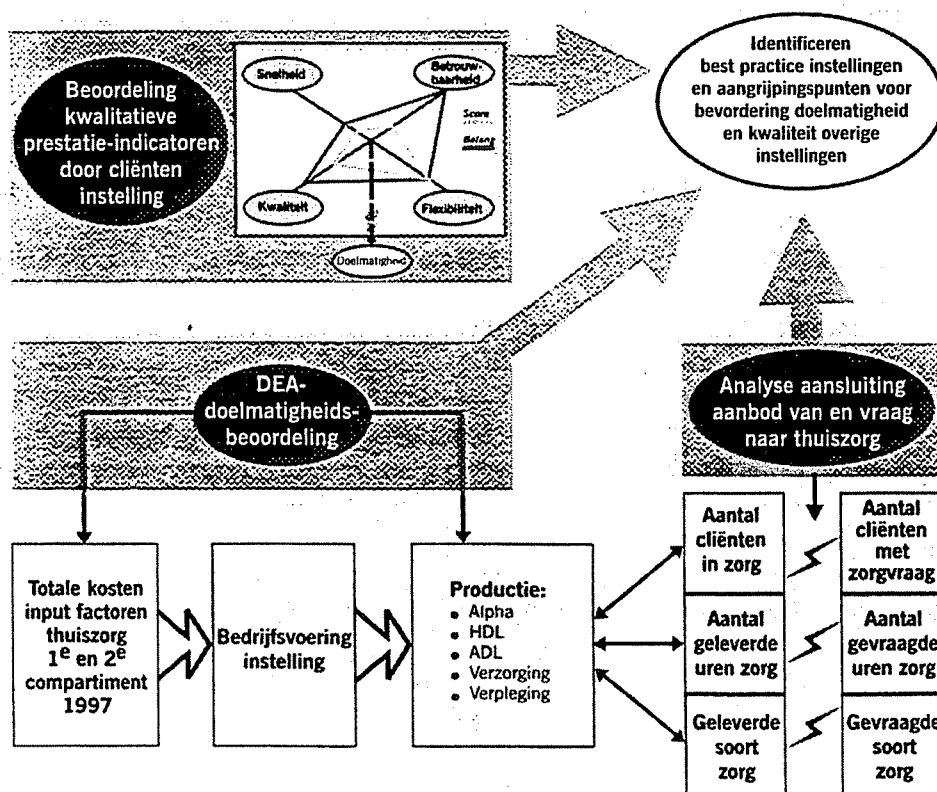
Zoals aangegeven beschrijft deze brochure het benchmarkanalysemodel zoals dat bij het onderzoek wordt gehanteerd. Hoofdstuk 1 bevat een overzicht van het te hanteren benchmarkanalysemodel. Het model bestaat uit drie bouwstenen te weten: de beoordeling van de doelmatigheid, de beoordeling van een aantal kwalitatieve dimensies en de aansluiting tussen zorgvraag en zorgaanbod. In het eerste hoofdstuk wordt het benchmarkanalysemodel in zijn geheel gepresenteerd en worden de drie bouwstenen in hun onderlinge samenhang gezien. Vervolgens worden de drie bouwstenen in de hoofdstukken 2 tot en met 4 nader uitgewerkt en toegelicht. In hoofdstuk 2 komt de opzet en werkwijze bij de beoordeling van de doelmatigheid aan de orde. Daarna wordt in hoofdstuk 3 nader ingegaan op de beoordeling van een aantal kwalitatieve dimensies door de cliënten van de instellingen. In hoofdstuk 4 komt de aansluiting tussen de zorgvraag en het zorgaanbod in een regio aan de orde. Hierbij wordt aandacht besteed aan de wijze waarop door het management van instellingen in de vraag naar thuiszorg wordt voorzien indien de beschikbare middelen niet toereikend zijn. In hoofdstuk 5 wordt de wijze waarop de verzameling van de benodigde gegevens bij de instellingen plaatsvindt, toegelicht. Tevens wordt aangegeven op welke wijze de instellingen tijdens het onderzoek desgewenst door de onderzoekers kunnen worden ondersteund.

1 Het benchmarkanalysemodel: een overzicht

Om te komen tot een oordeel over het functioneren van een thuiszorg-instelling en het opstellen van een analyse van mogelijke verschillen, is een benchmarkanalysemodel ontwikkeld. Dit hoofdstuk bevat een korte beschrijving van de belangrijkste bouwstenen van het voor de sector thuiszorg ontwikkelde benchmarkanalysemodel. Het hoofdstuk wordt afgesloten met een schematische weergave van het benchmarkanalysemodel waarin de onderscheiden bouwstenen zijn opgenomen.

1.1 De bouwstenen van het benchmarkanalysemodel

Het benchmarkanalysemodel bevat drie bouwstenen: de doelmatigheid van een instelling, het presteren van de instelling op een aantal kwalitatieve dimensies en de aangeboden productiemix in relatie tot de zorgvraag. De bouwstenen van het benchmarkanalysemodel zijn in figuur 1 weergegeven.



Figuur 1: De drie bouwstenen van het benchmarkanalysemodel

1.1.1 Eerste bouwsteen: 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 algemene thuiszorg 1997 te relateren aan de daarvoor gemaakte kosten. Daarvoor wordt gebruik gemaakt van Data Envelopment Analysis (DEA). Door gebruik te maken van deze kwantitatieve analyse techniek is het niet noodzakelijk om de kosten van de instelling over de vijf bij het onderzoek betrokken producten te alloceren. Dit maakt het verzamelen van de voor het onderzoek benodigde kwantitatieve gegevens voor de instellingen eenvoudiger en minder arbitrair.

Bij de analyse van de verschillen in doelmatigheid zal een onderscheid worden gemaakt tussen factoren die wel en niet of nauwelijks beïnvloedbaar zijn door het management van de instelling. Bij het identificeren van factoren die van invloed zijn op de doelmatigheid zal empirisch te werk worden gegaan. Dit betekent dat in het onderzoek gegevens worden verzameld over factoren waarvan wordt verondersteld dat ze van invloed zijn op de doelmatigheid van de instelling. Bij de analyse van de gegevens wordt vervolgens onderzocht in welke mate deze factoren blijken samen te hangen met de uitkomsten voor doelmatigheid. Factoren die in het onderzoek worden gemeten en geanalyseerd, betreffen ondermeer:

- de bedrijfsvoering van de instelling in algemene zin;
- het aantal cliënten in zorg ten opzichte van het aantal cliënten dat is geïndiceerd;
- het beleid en de uitvoering rondom het rantsoeneren van zorg bij schaarse middelen;
- het beleid en de uitvoering rondom het inspelen op fluctuaties in de vraag naar zorg.

Met behulp van clustertechnieken is het mogelijk om vergelijkbare groepen van instellingen te identificeren. Deze clustering van instellingen wordt gemaakt op grond van een vergelijkbare samenstelling van het productenaanbod. De DEA-methodiek wijst binnen deze clusters de meest doelmatige instellingen aan en geeft met een percentage aan in welke mate instellingen hun kostenefficiëntie kunnen verbeteren.

1.1.2 Tweede bouwsteen: beoordelen en analyseren van kwalitatieve dimensies

De tweede bouwsteen voor het genuanceerd meten en vergelijken van de prestaties van instellingen is het prestatie-indicatorenmodel waarin vier dimensies worden onderscheiden:

- kwaliteit in enge zin;
- snelheid;
- betrouwbaarheid;
- flexibiliteit.

In het benchmarkanalysemodel wordt het oordeel van de cliënten in zorg (voice of the customer) over het presteren van een instelling 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 op de vier onderscheiden prestatie-indicatoren (kwaliteit in enge zin, snelheid, betrouwbaarheid en flexibiliteit) en het relatieve belang dat zij hieraan hechten.

Daarnaast zal tijdens het onderzoek met behulp van een vragenlijst en een aanvullend interview met het management van de instellingen worden onderzocht op welke wijze de bedrijfsvoering van de instelling is ingericht. Hierbij wordt ondermeer geïnventariseerd op welke wijze de prestaties van de instelling op de onderscheiden dimensies worden aangestuurd en welke acties zij daarbij ondernemen om het presteren van de instelling op deze indicatoren te meten en (continue) te verbeteren. 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 het doorvoeren van gerichte verbeteracties bijdragen aan het presteren op de genoemde dimensies.

1.1.3 Derde bouwsteen: aansluiting tussen zorgvraag en zorgaanbod

In een genuanceerde beoordeling van het functioneren van een thuiszorginstelling speelt de mate waarin het aanbod van een thuiszorginstelling aansluit bij de vraag naar thuiszorg in het werkgebied 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. Hierbij kan de in het werkgebied van de thuiszorginstelling beschikbare intramurale capaciteit en het aanbod van ziekenhuiszorg van invloed zijn op de ontwikkelingen en fluctuaties in de vraag naar thuiszorg.

Om de aansluiting van de productiemix van een instelling op de vraag naar thuiszorg in het oordeel over het functioneren van de instelling te kunnen opnemen, dienen ondermeer gegevens met betrekking tot de gemiddelde duur van de cliëntcontacten en de mate waarin de aangeboden zorg door een instelling wordt gerantsoeneerd in de analyses te worden betrokken. Ook gegevens met betrekking tot de demografische ontwikkelingen en relatieve beschikbaarheid van verpleeghuiszorg, verzorgingshuiszorg en ziekenhuiszorg worden hierbij van belang geacht

Over 1997 zijn over al deze vormen van zorgvraag en zorgaanbod nog onvoldoende betrouwbare en vergelijkbare kwantitatieve gegevens beschikbaar om te komen tot een volledig en valide oordeel over de aansluiting tussen zorgvraag en zorgaanbod in een regio.

In het komende benchmarkonderzoek kan derhalve beperkt rekening worden gehouden met de mate waarin het aanbod van de instelling aansluit bij de zorgvraag in de regio. Wel kan met behulp van een ons ter beschikking staande database worden nagegaan of in het werkgebied van een thuiszorginstelling in 1997 sprake is van een relatief groot, gemiddeld of klein aanbod van verpleeg- en verzorgingshuiscapaciteit. Bij deze analyse zal de ontwikkeling in deze vormen van intramurale capaciteit in de periode 1997 - 2001 worden betrokken. In het benchmarkonderzoek zal ook worden beoordeeld in hoeverre de instellingen een beleid voeren dat is gericht op het beheer van wachttijden, indien de vraag naar zorg groter is dan het aanbod.

Daarnaast zal worden nagegaan of door een verbetering van de doelmatigheid een verkorting van de wachtlijst kan worden bereikt. Uiteraard dient daarbij te worden meegenomen dat dit niet gepaard mag gaan met een onverantwoord verlies van kwaliteit. Het onderzoek biedt mogelijk aanknopingspunten om inzicht te krijgen in de regio's waarin, ook met doelmatige instellingen, niet in de vraag naar thuiszorg kan worden voorzien.

1.2 Bouwstenen benchmarkanalysemodel in onderlinge samenhang

In figuur 2 worden de in dit hoofdstuk beschreven bouwstenen van het benchmarkanalysemodel in onderlinge samenhang weergegeven. Hierbij zijn volledigheidshalve enkele componenten die in een toekomstig benchmarkonderzoek kunnen worden opgenomen, reeds weergegeven. Een van deze componenten betreft een vragenlijst waarmee de medewerkers van een instelling kunnen worden gevraagd hun oordeel te geven over de doelmatigheid, professionaliteit en kwaliteit van de organisatie waarin zij werkzaam zijn.

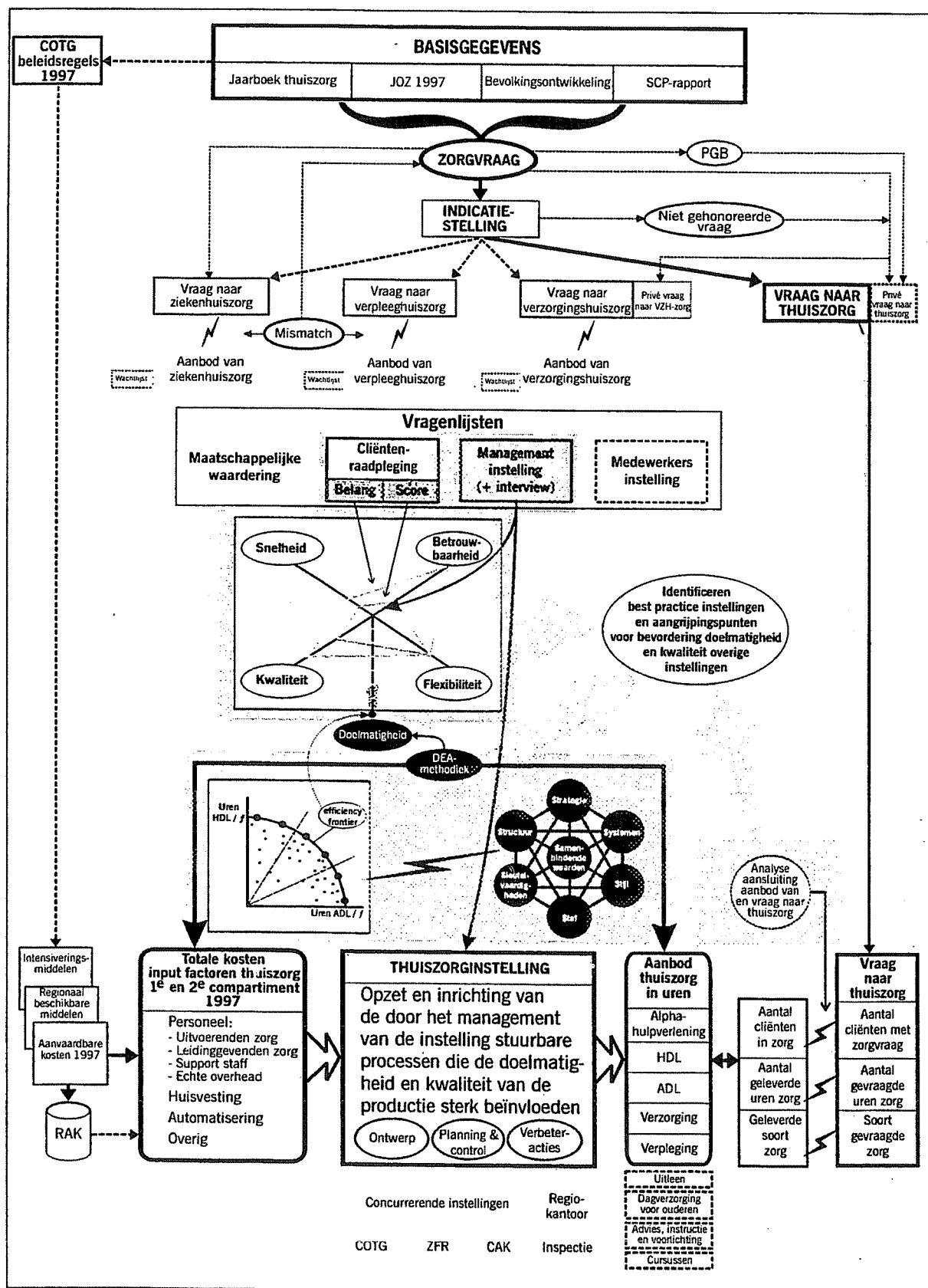
Ook een vragenlijst maatschappelijke waardering is opgenomen. Via deze invalshoek kan gelet op het maatschappelijke belang van thuiszorginstellingen aan vertegenwoordigers van instellingen die binnen de gezondheidszorg een centrale positie innemen, worden gevraagd een oordeel te geven over het functioneren van de verschillende thuiszorginstellingen.

De identificatie van de best practice-instellingen vindt plaats door een gecombineerde beoordeling van de:

- doelmatigheid;
- scores op de kwalitatieve prestatie-indicatoren;
- aangeboden productiemix in relatie tot de zorgvraag.

In figuur 2 is schematisch weergegeven op welke wijze de deelresultaten van het benchmarkonderzoek ten aanzien van doelmatigheid van de productie en de mate waarin op een kwalitatief hoogwaardige wijze in de zorgvraag van de cliënten wordt voorzien aan elkaar worden gerelateerd.

Volledigheidshalve wordt opgemerkt dat het benchmarkanalysemodel zodanig is opgezet, dat de resultaten van het project productregistratie te zijkertijd bij een herhaling van het benchmarkonderzoek kunnen worden verwerkt, zonder dat de conceptuele opzet van het benchmarkanalyse-model behoeft te worden aangepast.



Figuur 2: Benchmarkanalysemodel

2 De doelmatigheid van thuiszorginstellingen

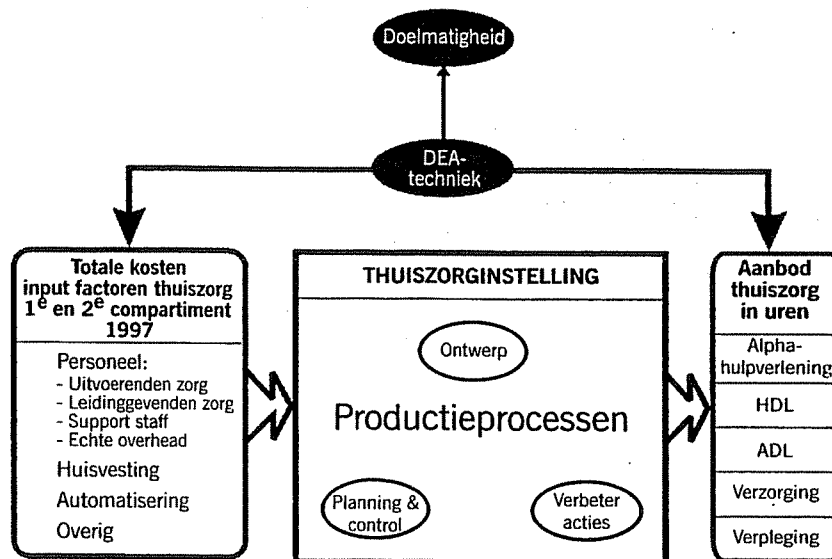
Een belangrijk onderdeel van het benchmarkonderzoek is de beoordeling van de doelmatigheid van de instellingen. In het onderzoek zal hiervoor gebruik worden gemaakt van de Data Envelopment Analysis-methodiek (DEA). De werking van deze methodiek wordt in dit hoofdstuk uitgelegd. Vervolgens wordt een nadere toelichting gegeven op de wijze waarop de verschillen in de uitkomsten voor doelmatigheid worden geanalyseerd en waar mogelijk verklaard. Hierbij worden zowel het aantal uren als het aantal cliënten betrokken. Aansluitend wordt ingegaan op het aanleveren van gegevens door de instellingen ten behoeve van de meting en de analyse van de doelmatigheid.

2.1 DEA-methodiek meet doelmatigheid en clustert vergelijkbare instellingen

Met behulp van de DEA-methodiek wordt de doelmatigheid van de thuiszorginstellingen gemeten door de productie van een instelling te confronteren met de daarvoor gemaakte kosten. Het gebruik van deze methodiek maakt het mogelijk om de doelmatigheid van gelijksoortige instellingen met elkaar te vergelijken en de meest doelmatige instellingen te identificeren.

De DEA-methodiek gaat uit van een ‘productiegedachte’. Dit betekent dat ‘inputs’ van een organisatie door middel van een productieproces in ‘outputs’ worden omgezet. Door nu de geleverde producten (outputs) en de hiervoor gemaakte kosten (gebruikte middelen) aan elkaar te relateren ontstaat inzicht in de doelmatigheid van een instelling. Hierbij ligt uitdrukkelijk de nadruk op middelen die in een eenduidige relatie staan tot hetgeen gerealiseerd moet worden: meer van het één (input) leidt tot meer van het ander (output). Hierbij is onderkend dat in 1997 niet alle instellingen de vijf aan het onderzoek ten grondslag liggende producten hebben geproduceerd. Bij de clustering van de met elkaar te vergelijken instellingen wordt met dit aspect expliciet rekening gehouden. In figuur 3 is de kern van de DEA-methodiek weergegeven.

Ronde 1997 - Rapport 12
november 1998



Figuur 3: DEA koppelt kosten aan productie

Binnen de DEA-methodiek worden drie soorten efficiëntie onderscheiden, te weten:

- technische (in)efficiëntie: de mate waarin het mogelijk is tegen lagere kosten dezelfde productie in (vrijwel) dezelfde samenstelling te realiseren;
- allocatieve (in)efficiëntie: de mate waarin het mogelijk is tegen minder kosten dezelfde productie te realiseren, door substitutie van middelen (inputs) met verschillende prijzen;
- schaafefficiëntie: de mate waarin er sprake is van schaalvoordelen.

De eerste twee vormen van efficiëntie worden tezamen kostenefficiëntie genoemd. In het benchmarkonderzoek in de sector thuiszorg worden in het doelmatigheidsonderzoek alledrie de vormen van efficiëntie onderzocht.

2.1.1 Een voorbeeld van de werking van de DEA-methodiek

De werking van de DEA-methodiek wordt hieronder met behulp van een (eenvoudig) voorbeeld geïllustreerd. In het voorbeeld wordt uitgegaan van de situatie waarbij de instellingen twee producten leveren binnen de AWBZ-aanspraak algemene thuiszorg, bijvoorbeeld HDL en ADL. Om de productie voor deze twee producten te kunnen leveren, worden door de desbetreffende instellingen kosten gemaakt.

Tabel 1 bevat een overzicht van de totale kosten en productie voor 15 denkbeeldige instellingen. Voor de eenvoud is er van uitgegaan dat alle instellingen dezelfde totale kosten hebben en alleen de productie varieert.

Productie in:			
Instelling	Kosten	Uren ADL	Uren HDL
1	100	80	0
2	100	100	0
3	100	90	40
4	100	70	60
5	100	70	70
6	100	60	60
7	100	60	70
8	100	50	100
9	100	40	70
10	100	40	120
11	100	30	150
12	100	30	130
13	100	20	120
14	100	0	160
15	100	0	140

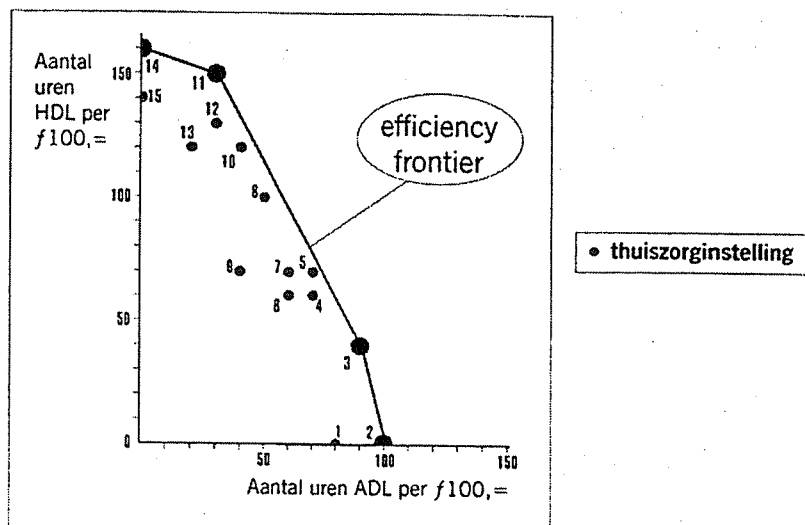
Tabel 1: Gegevens ter illustratie toepassing DEA-methodiek

Uit tabel 1 is af te lezen dat instelling 2 doelmatiger is dan instelling 1, omdat instelling 2 voor dezelfde kosten meer uren ADL produceert. Op het moment dat instellingen zowel ADL als HDL leveren, is uit de tabel minder eenvoudig af te lezen welke instelling het meest doelmatig is. Om de meest doelmatige instellingen te kunnen bepalen, wordt in de DEA-methodiek de productie per product gedeeld door de totale kosten. Aangezien in dit voorbeeld twee verschillende producten worden onderscheiden, kan het resultaat van de toepassing van de DEA-methodiek per instelling in een grafiek worden uitgezet in de vorm van:

- het aantal uren ADL ten opzichte van de hiervoor gemaakte kosten;
- het aantal uren HDL ten opzichte van de hiervoor gemaakte kosten.

In figuur 4 zijn instelling 1 en 2 goed herkenbaar. Omdat zij geen uren HDL produceren, komen ze op de X-as terecht. Instelling 2 (de meer doelmatige) is hierbij verder van de oorsprong van de grafiek gepositioneerd omdat deze instelling ten opzichte van instelling 1 meer uren ADL realiseert voor dezelfde kosten. Deze redenering kan ook doorgetrokken worden voor de instellingen die twee producten leveren.

De meest doelmatige instellingen bevinden zich zo ver mogelijk van de oorsprong van de grafiek. De denkbeeldige lijn die tussen deze meest doelmatige instellingen kan worden getrokken in de DEA-grafiek wordt de efficiency frontier genoemd.



Figuur 4: DEA-grafiek

De instellingen die zich onder deze lijn bevinden, kunnen in principe doelmatiger werken. Daartoe kunnen zij zich spiegelen aan vergelijkbare instellingen die zich op de efficiency frontier bevinden. Hierbij geldt dat het niet realistisch is dat een instelling alleen maar efficiënt kan zijn als zij haar productenmix volledig aanpast. De suggestie om instelling 1 efficiënt te maken door haar net zo te laten werken als instelling 14, is niet erg bruikbaar. De DEA-methodiek ondervangt dit door een voorstel voor een streefprofiel (*target*) te doen, dat is samengesteld uit *bestaande* instellingen op de efficiency frontier en waarin een vergelijkbare productenmix wordt aangeboden. Hiermee wordt de nadruk op de “technische efficiëntie” gelegd.

2.1.2 DEA-analyse kan met meerdere factoren rekening houden

In voorgaand voorbeeld is eenvoudigheidshalve gekozen voor twee producten en zijn de totale kosten niet uitgesplitst in de verschillende soorten middelen die zijn gebruikt voor de productie. Met de DEA-methodiek is het mogelijk om in de analyse rekening te houden met een groter aantal factoren dat een rol speelt bij de doelmatigheid van thuiszorginstellingen. Door het opnemen van meer factoren is het echter gezien het aantal dimensies, niet langer mogelijk om de resultaten grafisch inzichtelijk te maken. De werking van de techniek blijft uiteraard hetzelfde.

Voor de analyse van de doelmatigheid van de thuiszorginstellingen zullen meerdere input- en outputfactoren worden gebruikt. Aan de productenkant worden de uren voor de vijf producten binnen de AWBZ-aanspraak thuiszorg 1997 gehanteerd. De kosten van de instellingen kunnen in de analyse worden onderverdeeld naar bijvoorbeeld personeel (direct en indirect) en faciliteiten, zoals huisvesting en automatisering. Met het aantal factoren neemt het aantal efficiënte instellingen overigens toe: er zijn dan namelijk navenant meer mogelijkheden om op een onderdeel als 'beste' te 'scoren'.

2.1.3 Kanttekeningen bij de toepassing van de DEA-methodiek

Toepassing van de DEA-methodiek heeft zowel een aantal voor- als nadelen. Als eerste voordeel geldt dat voor de analyse geen inzicht nodig is in de toerekening van de kosten aan de vijf producten afzonderlijk. Dit betekent dat de instellingen geen gedetailleerde gegevens behoeven aan te leveren over de toerekening van kosten aan de vijf producten afzonderlijk. Opgemerkt wordt dat de toerekening van kosten aan de andere producten die een instelling levert (bijvoorbeeld kraamzorg, Ouder- en Kindzorg en dieetadvisering), wel moet plaatsvinden. Voor een zinvolle meting en vergelijking van de doelmatigheid is het essentieel dat alleen die middelen als input in de analyse worden betrokken die ook daadwerkelijk voor de productie van de vijf in het benchmarkonderzoek betrokken producten worden ingezet.

Een tweede voordeel van deze methode is dat deze resulteert in een streefprofiel dat is samengesteld uit *bestaande* instellingen. Voor iedere minder doelmatige instelling wordt een eigen streefprofiel opgesteld. Er is dus geen sprake van één best practice waaraan iedere instelling zich dient te spiegelen.

Een derde voordeel van de DEA-methodiek is dat de uitkomsten aangeven met welke kostenefficiënte instellingen een instelling zich kan vergelijken. Dit argument is in die zin belangrijk omdat het meten van de doelmatigheid op zichzelf geen positieve invloed heeft op de doelmatigheid binnen de sector. De doelmatigheid binnen de sector wordt pas vergroot als de minder doelmatige instellingen ook kunnen leren van instellingen die beter presteren zonder hierbij aan kwaliteit te verliezen.

Als vierde voordeel geldt dat het mogelijk is om de DEA-methodiek toe te passen binnen verschillende groepen van instellingen en de vergelijking toe te spitsen op de instellingen binnen een dergelijke groep. Voorbeelden van dergelijke groepen zijn instellingen in landelijk of grootstedelijk gebied en instellingen die landelijk of regionaal opereren.

Door instellingen te clusteren voorafgaand aan de DEA-analyse neemt de zeggingskracht van de analyseresultaten toe en wordt de bruikbaarheid van de uitkomsten groter.

Er is echter ook een keerzijde aan deze medaille: er zijn instellingen aan te wijzen die een specifieke productiemix hebben. Deze instellingen zijn te karakteriseren als *'niche players'* of *'specialisten'*. Uit de DEA-analyse zullen deze als efficiënt tevoorschijn komen, aangezien er geen vergelijkbare instellingen zijn aan te wijzen die (samengesteld) efficiënter zijn dan deze uitzonderingen.

Voorts geldt als nadeel van de DEA-methodiek dat de doelmatigheid van de thuiszorginstellingen niet wordt vergeleken met de doelmatigheid van instellingen in andere (zorg)sectoren. Op grond van de DEA-uitkomsten kan dan ook geen oordeel worden gegeven over de doelmatigheid van de sector thuiszorg ten opzichte van andere (zorg)sectoren. Ook het gegeven dat toepassing van de DEA-methodiek specifieke software vereist, kan voor sommigen als een nadeel gelden.

2.2 Analyse van de doelmatigheid

In het voorgaande is beschreven op welke wijze in het onderzoek de doelmatigheid wordt gemeten en hoe tot vergelijkbare instellingen wordt gekomen. Aanvullend is van belang op welke wijze de verschillen in de uitkomsten voor doelmatigheid tussen de instellingen kunnen worden verklaard. Hierbij kan een onderscheid worden gemaakt tussen factoren die wél en factoren die niet of nauwelijks door het management kunnen worden beïnvloed.

2.2.1 Bedrijfsvoering van de instelling

In de analyse van de doelmatigheid zal onderzocht worden in hoeverre de bedrijfsvoeringsaspecten van goed presterende instellingen overeenkomsten vertonen. Deze overeenkomsten kunnen vervolgens aanwijzingen zijn voor potentiële verbeteringsmogelijkheden bij minder goed presterende instellingen. Op deze wijze worden succesfactoren geïdentificeerd die zich in de praktijk bewezen hebben en wordt niet louter gesteund op theoretische succesfactoren. De onderzoekers zullen op voorhand dan ook geen referentiemodel hanteren voor een 'goede' of een 'slechte' bedrijfsvoering.

Onderdelen van de algemene bedrijfsvoering die in het onderzoek worden 'gemeten' zijn bijvoorbeeld de structuur van de organisatie, de inrichting van de bedrijfsprocessen en de besturing hiervan, de opzet en inrichting van de planning & controlcyclus, de aanwezigheid van kwaliteitsrichtlijnen en het personeelsmanagement.

2.2.2 *Het aantal cliënten in zorg*

Verondersteld wordt dat het aantal cliënten in zorg ten opzichte van het aantal geleverde uren zorg één van de verklarende factoren is voor de uitkomsten van de doelmatigheid van een instelling. Onderzocht zal worden of er een daadwerkelijke relatie bestaat tussen deze twee factoren (versnippering van de zorg/minutenzorg).

2.2.3 *Beleid en uitvoering rondom rantsoenering van zorg*

In het onderzoek zal worden geïnventariseerd hoe de instellingen omgaan met de inzet van schaarse middelen en de effecten daarvan op de doelmatigheid. Voorlopig onderkennen wij drie manieren waarop de instelling bij schaarste kan opereren:

- het beperken van het aantal cliënten in zorg (het gevolg is het ontstaan van wachtlijsten en mogelijk het verhogen van de doelmatigheid);
- het beperken van het aantal geleverde uren per cliënt (rantsoeneren van zorg);
- het inzetten van een zo laag mogelijk deskundigheidsniveau.

2.2.4 *Beleid en uitvoering rondom fluctuaties in de vraag naar zorg*

Een instelling wordt geconfronteerd met fluctuaties in de vraag naar zorg. Bijvoorbeeld in de vorm van seizoenspatronen en weekpatronen. In het onderzoek wordt meegenomen in hoeverre het beleid van instellingen is gericht op het anticiperen op deze fluctuaties van de vraag en of een dergelijk beleid van invloed is op de uitkomsten voor de doelmatigheid.

2.3 *Doelmatigheid en gegevensverzameling*

Om de doelmatigheid van de instellingen te kunnen bepalen, worden bij de instellingen productie- en kostengegevens opgevraagd. Daarnaast worden de benodigde gegevens met betrekking tot de opzet en inrichting van de bedrijfsvoering met behulp van een vragenlijst geïnventariseerd.

De door het management van de instelling ingevulde vragenlijst wordt in een interview met de onderzoekers besproken.

2.3.1 Toerekenen kosten aan vijf producten algemene thuiszorg

De instellingen worden gevraagd gegevens aan te leveren over de in 1997 gerealiseerde productie in uren voor de vijf producten binnen de AWBZ aanspraak thuiszorg 1997 en over de daarvoor door de instelling gemaakte kosten. Hierbij worden de productie en kosten van een instelling en de eventueel hieraan gelieerde stichtingen als een geheel beschouwd. In het voorgaande is al aangehaald dat deze kosten niet toegerekend hoeven te worden aan de vijf producten afzonderlijk om tot een oordeel te komen over de doelmatigheid van de instelling.

In de kostenstructuur van een thuiszorginstelling zal op hoofdlijnen het volgende onderscheid worden gemaakt (zie figuur 5):

- kosten die worden gemaakt voor de productie in het kader van de AWBZ aanspraak algemene thuiszorg (vijf producten algemene thuiszorg);
- kosten die worden gemaakt voor de met de vijf producten algemene thuiszorg te vergelijken productie zoals de verleende thuiszorg in het kader van de reikwijdteverbreding verzorgingshuiszorg, de privéverzorging en de uitvoering van de AAW;
- kosten die worden gemaakt voor andere producten zoals bijvoorbeeld Ouder- en Kindzorg, kraamzorg, collectieve preventie en dieetadvisering.

Om te komen tot een oordeel over de doelmatigheid van de productie binnen de AWBZ aanspraak algemene thuiszorg worden in het benchmarkonderzoek bij de productie en kosten van de vijf producten algemene thuiszorg de productie en kosten van de vergelijkbare producten die echter een andere financiering kennen (zoals AAW, reikwijdteverbreding verzorgingshuiszorg en particuliere thuiszorg) opgeteld. Hierdoor kan een arbeidsintensieve en arbitraire toedeling van productie en kosten aan de verschillende producten AWBZ aanspraak thuiszorg worden voorkomen.

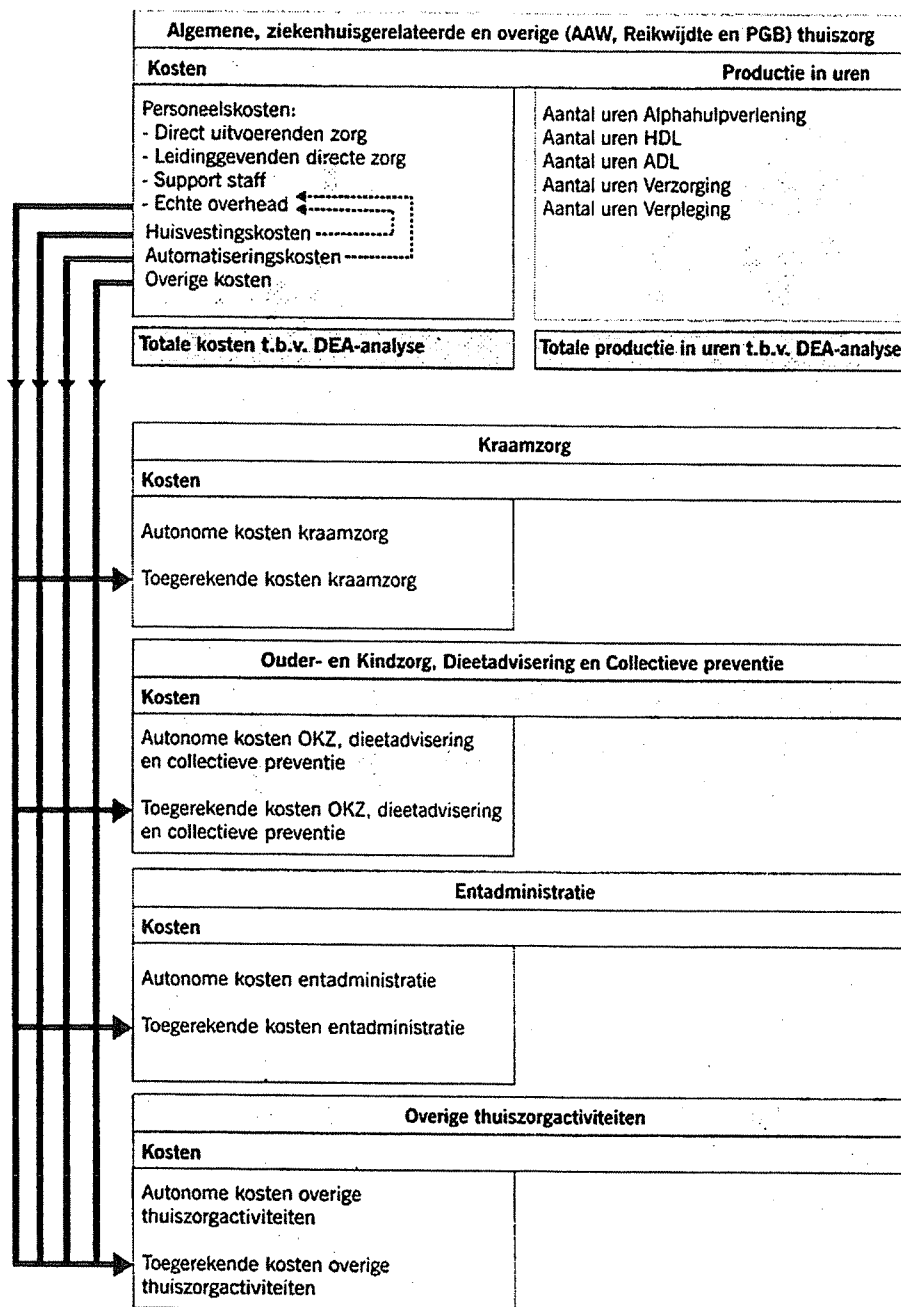
De kosten die worden gemaakt voor andere producten zoals Ouder- en Kindzorg, kraamzorg, collectieve preventie en dieetadvisering dienen wel te worden verbijzonderd omdat deze niet worden aangewend voor de productie algemene thuiszorg.

Het toerekenen van kosten aan deze andere producten is eenvoudig voor zover het direct toewijsbare kosten betreft, zoals personeel dat specifiek is toegewezen aan een bepaald product. Voor de verdeling van de kosten die niet direct toewijsbaar zijn, zoals bijvoorbeeld de kosten van de directie, een afdeling P&O, automatisering en huisvesting worden in het kader van het benchmark onderzoek twee methoden naast elkaar toegepast.

Ten eerste zal aan de instellingen worden gevraagd om de niet direct toewijsbare kosten toe te rekenen aan de verschillende producten op basis van de methode zoals die door de instelling in de (concept) jaarrekening over 1997 is c.q. wordt toegepast. Aangezien wij onderkennen dat bij het opstellen van de jaarrekening door de instellingen (binnen grenzen) verschillende methoden van kostentoerekening kunnen worden gehanteerd, bestaat het gevaar dat verschillen in doelmatigheid tussen instellingen voor een (belangrijk) deel worden veroorzaakt door verschillen in de allocatie van de niet direct toewijsbare kosten tussen de verschillende producten.

Derhalve worden de niet direct toewijsbare kosten in het benchmark-onderzoek tevens op een voor alle instellingen uniforme wijze over de verschillende soorten producten verdeeld. Hiertoe worden vooraf verdeelsleutels voor de toerekening van de niet direct toewijsbare kosten vastgesteld. Hierdoor wordt een genuanceerd inzicht verkregen in de mate waarin de toerekening van de niet direct toewijsbare kosten van invloed is op de doelmatigheid van een instelling en kan worden vastgesteld of het verschil in kostenallocatie een marginaal of substantieel effect heeft op de doelmatigheid van een individuele instelling.

De resultaten van de twee werkwijzen ten aanzien van het alloceren van de niet direct toewijsbare kosten worden met elkaar vergeleken en betrokken bij het eindoordeel over de doelmatigheid van een instelling.



Figuur 5: Schematische weergave vaststelling kosten en productie t.b.v. de DEA-analyse

3 De kwaliteit van thuiszorginstellingen

Een tweede onderdeel van het benchmarkonderzoek is het beoordelen van de kwaliteit van de door een instelling geleverde producten. In het onderzoek zal in dit kader een vergelijking worden gemaakt tussen de instellingen op grond van een aantal kwalitatieve dimensies.

3.1 Cliënten beoordelen instellingen op vier kwalitatieve dimensies

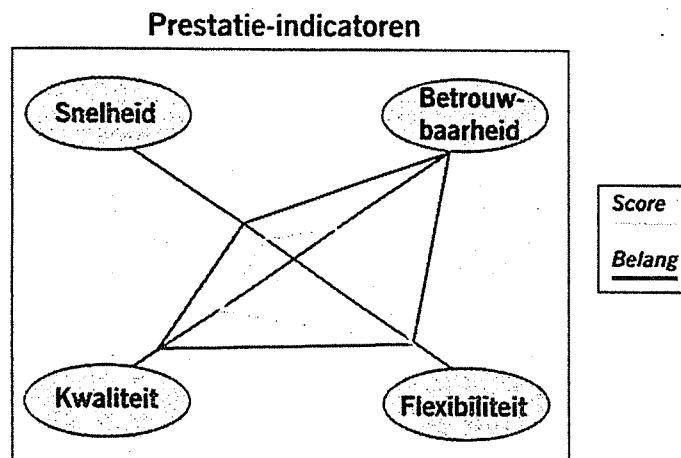
Het functioneren van de instelling vanuit het gezichtspunt van de cliënt is bepalend geweest bij het formuleren van de kwalitatieve dimensies. In het benchmarkanalysemodel worden de volgende dimensies onderscheiden:

- kwaliteit in enge zin (de mate waarin de geleverde producten voldoen aan specificaties);
- snelheid;
- betrouwbaarheid;
- flexibiliteit.

Om het presteren van de instelling op deze dimensies vast te kunnen stellen, wordt per instelling een representatieve cliëntenraadpleging gehouden. In dit onderzoek worden de cliënten schriftelijk vragen gesteld over het functioneren van de instellingen en over het belang van de onderkende dimensies ten opzichte van elkaar. In de cliëntenraadpleging komen de dimensies kwaliteit in enge zin, snelheid, betrouwbaarheid en flexibiliteit naar voren door middel van vragen over de volgende items:

- de aansluiting tussen de geboden hulp en benodigde hulp;
- het inspelen op specifieke wensen en veranderende omstandigheden;
- het nakomen van afspraken;
- het respect voor de zelfstandigheid van de cliënt;
- de bejegening;
- de deskundigheid;
- de inhoud van de hulpverlening;
- de informatieverstrekking;
- de rechten van de cliënt;
- de bereikbaarheid van de instelling.

De resultaten van de cliëntenraadpleging kunnen worden weergegeven in een grafiek waarin de score per dimensie wordt afgezet tegen het door de cliënt aangegeven relatieve belang. In figuur 6 is dit geïllustreerd door middel van een voorbeeld van een fictieve instelling.



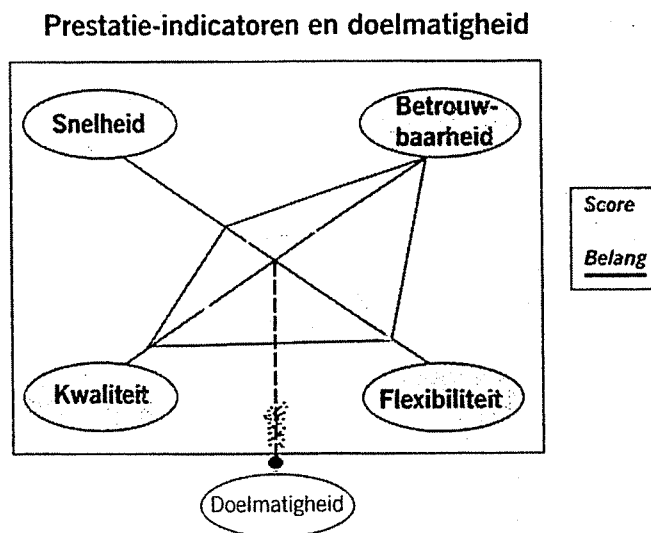
Figuur 6: Prestatie-indicatorenmodel

Uit het voorbeeld blijkt dat de instelling naar het oordeel van de cliënten goed presteert op de dimensie flexibiliteit en dat daaraan door de cliënten een relatief groot belang wordt gehecht. Ook voor de dimensie snelheid geldt dat de score van de instelling redelijk aansluit bij het belang dat cliënten aan dit aspect hechten. De dimensie betrouwbaarheid vinden de cliënten zeer belangrijk, maar de instelling presteert niet goed op deze dimensie. Ook voor de kwaliteit in enge zin is er een duidelijk verschil tussen de score en het belang van deze dimensie zichtbaar. De verbeteracties door het management van de instelling zouden derhalve gericht moeten zijn op het waar mogelijk verhogen van de betrouwbaarheid en kwaliteit in enge zin.

3.2 Kwalitatieve dimensies ten opzichte van de doelmatigheid

In het benchmarkonderzoek worden de resultaten van de doelmatigheidsanalyse gerelateerd aan de scores van de instelling op de kwalitatieve dimensies. In figuur 7 is de dimensie doelmatigheid in dit kader toegevoegd aan het prestatie-indicatorenmodel.

Bij de analyse van de verschillen tussen de instellingen zal worden beoordeeld in welke mate de door het management te beïnvloeden factoren betreffende de opzet en inrichting van de bedrijfsvoering en het realiseren van (continue) verbeteracties, bijdragen aan het presteren van de instelling op de kwalitatieve dimensies.



Figuur 7: Prestatie-indicatorenmodel en doelmatigheid

Daartoe worden aan het management van de instellingen vragen gesteld over ondermeer het kwaliteitsbeleid, de wijze waarop wordt ingespeeld op regionale omstandigheden in de arbeidsmarkt, het sociaal beleid, het informatiebeleid en eventuele samenwerkingsverbanden die door de instelling zijn aangegaan.

3.3 Kwalitatieve dimensies en gegevensverzameling

Samenvattend: Om de kwalitatieve dimensies te kunnen meten en analyseren, worden de volgende gegevens verzameld:

- gegevens uit de cliëntenraadpleging, waarin de cliënten gevraagd wordt hun mening te geven over het presteren van de instellingen en het relatieve belang daarvan;
- gegevens die worden verkregen van het management van de instelling betreffende de bedrijfsvoering en de (continue) verbeteracties teneinde in de wensen van de cliënten te kunnen voorzien.

De beoordeling van de kwalitatieve gegevens vormt de tweede bouwsteen van het benchmarkanalysemodel.

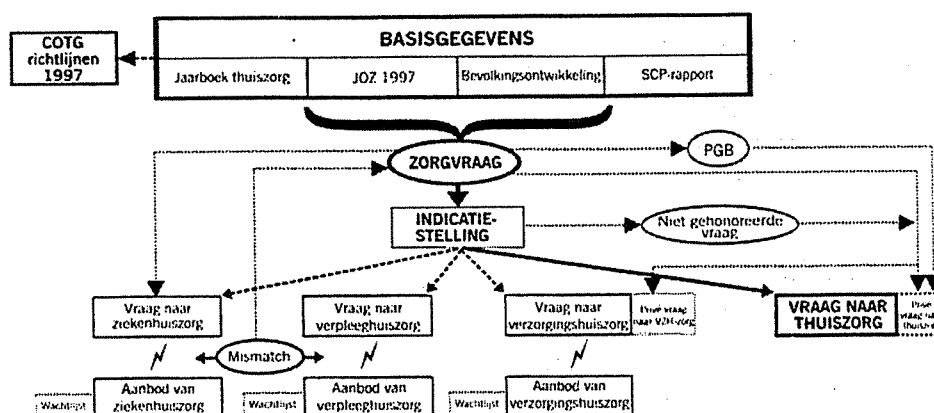
4 De aansluiting tussen zorgvraag en zorgaanbod

In het benchmarkanalysemodel wordt beoordeeld in hoeverre de door de thuiszorginstellingen aangeboden producten aansluiten op de vraag naar thuiszorg. In het benchmarkonderzoek over de periode 1997 zal slechts een beperkte analyse kunnen worden uitgevoerd naar de aansluiting tussen zorgvraag en zorgaanbod. Dit als gevolg van het feit dat objectieve gegevens over de vraag naar en het aanbod van thuiszorg in de regio's slechts beperkt beschikbaar zijn.

Voor de toekomst geldt dat als onderdeel van een benchmarkonderzoek voor de sector thuiszorg de aansluiting tussen vraag en aanbod een essentiële rol dient te spelen. Met een dergelijke meting en analyse wordt het mogelijk de maatschappelijke bijdrage van een instelling in zijn werkgebied te beoordelen. Als eerste zal hieronder worden ingegaan op het model waarmee de vraag naar thuiszorg in een regio kan worden bepaald. Vervolgens worden de mogelijkheden tot analyse van vraag en aanbod voor het benchmarkonderzoek over de periode 1997 geschetst. Dit hoofdstuk wordt afgesloten met een paragraaf waarin de bouwstenen van het benchmarkanalysemodel aan elkaar worden gerelateerd. Hierbij wordt aangegeven op welke wijze de best practice instellingen worden geïdentificeerd.

4.1 Modelmatige benadering voor bepalen vraag naar thuiszorg

In figuur 8 is de vraag naar thuiszorg modelmatig weergegeven.



Figuur 8: De aansluiting tussen vraag naar en aanbod van zorg

Onderkend wordt dat een thuiszorginstelling met een ontwikkeling in de vraag naar thuiszorg wordt geconfronteerd die in relatie staat tot het aanbod van de overige zorgaanbieders en de ontwikkeling hierin in de desbetreffende regio.

De ontwikkeling van de zorgvraag in een regio is mede bepaald door de demografische ontwikkelingen in de desbetreffende regio. Belangrijke kenmerken van de demografie die bepalend zijn voor de zorgvraag, zijn de omvang en de samenstelling van de bevolking. Uit verschillende onderzoeken van ondermeer het Sociaal en Cultureel Planbureau is gebleken dat met name de leeftijd, de samenstelling van het huishouden en het opleidingsniveau belangrijke parameters zijn voor de omvang en samenstelling van de zorgvraag in een regio. De algemene vraag naar zorg wordt voorzover die betrekking heeft op mogelijke verpleeghuiszorg, verzorgingshuiszorg en thuiszorg met ingang van 1 januari 1998 formeel geïndiceerd door Regionale Indicatie Organen. Daarnaast leidt de algemene zorgvraag in voorkomende gevallen tot een vraag naar ziekenhuiszorg.

Om nu een diepgaande analyse te kunnen maken van het gewenste aanbod van een thuiszorginstelling in relatie tot de huidige en toekomstige situatie in de regio dienen alle in het figuur onderkende stromen van vraag en aanbod naar zorg en de onderlinge verbanden te worden gekwantificeerd. Bovendien dient een vertaling te worden gegeven van de demografie in de regio naar de algemene zorgvraag. Op dit moment zijn hiertoe (nog) niet alle benodigde gegevens beschikbaar.

4.2 Beperkte analyse van vraag en aanbod

Het gebrek aan betrouwbare en vergelijkbare gegevens over vraag en aanbod van zorg in de werkgebieden van de instellingen noodzaakt voor het benchmarkonderzoek over 1997 tot een beperkt beoordeling van de mate waarin het aanbod van de instelling aansluit bij de zorgvraag in de regio.

In dit kader zal wel worden nagegaan of in het werkgebied van een thuiszorginstelling in 1997 sprake is van een relatief groot, gemiddeld of klein aanbod van verpleeg- en verzorgingshuiscapaciteit. Bij deze analyse zal zowel de ontwikkeling in deze vormen van intramurale capaciteit als de demografische ontwikkeling in de periode 1997 - 2001 worden betrokken. Hierbij maken wij gebruik van de Primos-bevolkingsprognoses 1997 en de intramurale capaciteitsgegevens zoals die in de plannen verzorgingshuizen 1997 - 2000, het JOZ 1998 en de bouwprioriteitenlijst d.d. 22 juli 1997 zijn vermeld.

Daarnaast zal worden nagegaan of door verbetering van de doelmatigheid zonder verantwoord verlies van kwaliteit een wachtlijst voor de thuiszorg kan worden verkort. Dit betekent dat derhalve een analyse wordt uitgevoerd naar de oorzaken van het bestaan van een wachtlijst:

- heeft de instelling ‘niet doelmatig’ geproduceerd?
- is de vraag groter dan het mogelijke aanbod, gegeven het budget van de instelling en maximaal mogelijke doelmatigheid?
- is er sprake van schaarste op de (regionale) arbeidsmarkt?

Voor instellingen die te maken hebben met een vraag die groter is dan het aanbod zal worden beoordeeld of zij een beleid voeren dat is gericht op het wachttijdbeheer waarbij, eventueel in samenwerking met andere zorgaanbieders in de regio, het voorzien in de zorgbehoefte van cliënten wordt gemaximeerd. In dit kader wordt ook geïnventariseerd welke initiatieven de instellingen hebben genomen om samen met andere zorgaanbieders in de regio te voorzien in de zorgvraag.

In het onderzoek wordt geïnventariseerd op welke wijze de instellingen anticiperen op fluctuaties in de zorgvraag en situaties waarin de zorgvraag het aanbod overstijgt of situaties waarin de zorgaanbod de zorgvraag overtreft. Wat betreft de situatie waarin de zorgvraag het aanbod overstijgt, wordt een onderscheid gemaakt naar:

- het beperken van het aantal cliënten in zorg; onderzocht zal worden in hoeverre dit leidt tot een verhoging van de doelmatigheid;
- het beperken van het aantal geleverde uren zorg per cliënt;
- het inzetten van een zo laag mogelijk deskundigheidsniveau.

4.3 Identificatie van best practice-instellingen

In deze slotparagraaf worden de in dit hoofdstuk en de twee voorgaande hoofdstukken beschreven bouwstenen van het benchmarkanalysemodel met elkaar in verband gebracht. Bij de analyse van de gegevens van de instellingen en de cliëntenraadpleging worden de doelmatigheid, de scores op de kwalitatieve dimensies en de aangeboden productiemix in de relatie tot de zorgvraag aan elkaar gerelateerd.

Hierbij geldt als uitgangspunt dat de instellingen die doelmatig zijn en goed scoren op de kwalitatieve dimensies als best practice worden benoemd. Ten aanzien van deze best practice-instellingen wordt gezien in hoeverre de gerealiseerde doelmatigheid en de scores op de kwalitatieve prestatie-indicatoren kunnen worden verklaard door de aangeboden productiemix in relatie tot de zorgvraag.

Voor deze analyses zijn de gemiddelde duur van de cliëntcontacten alsmede de mate waarin het aanbod van zorg door een best practice-instelling wordt gerantsoeneerd van belang. Ook zal worden gezien of in het werkgebied van de best practice instellingen sprake is van een relatief groot, gemiddeld of klein aanbod van intramurale voorzieningen.

5 Instellingen hebben centrale rol bij aanleveren gegevens

In de voorgaande hoofdstukken is ingegaan op de opzet van het benchmark-onderzoek en de wijze waarop het functioneren van de instellingen zal worden geanalyseerd. Daarbij is aangegeven welke gegevens nodig zijn om met behulp van de verschillende bouwstenen van het benchmarkanalysemodel tot een genuanceerd oordeel te komen over het functioneren van de thuiszorginstellingen.

In dit hoofdstuk wordt de procedure voor het aanleveren van gegevens door de instelling toegelicht. Bovendien wordt hierbij ingegaan op de ondersteuning die hierbij aan de instellingen wordt gegeven in de vorm van een 'supportdesk' die tijdens het onderzoek door de instellingen kan worden geraadpleegd.

5.1 Werkwijze rondom aanlevering van gegevens

Bij het inventariseren van de voor het benchmarkonderzoek benodigde gegevens wordt een onderscheid gemaakt tussen:

- kwantitatieve gegevens over productie en kosten;
- gegevens over de bedrijfsvoering en de kwalitatieve prestatie-indicatoren;
- gegevens over de kwalitatieve prestatie-indicatoren te verkrijgen uit de cliëntenraadpleging.

In de onderstaande paragrafen is aangegeven op welke wijze de verschillende soorten gegevens worden geïnventariseerd.

5.2 Kwantitatieve gegevens over productie en kosten

Voor de inventarisatie van de benodigde gegevens die in fase 3 van het onderzoek plaats vindt, wordt een separaat draaiboek met een detailplanning opgesteld. In het draaiboek is aangegeven op welk moment de individuele instellingen door de onderzoekers worden bezocht om de door de instelling geïnventariseerde kwantitatieve en kwalitatieve gegevens te bespreken.

Alle instellingen ontvangen begin juli 1998 een formulier waarin vragen worden gesteld over de door de instelling gerealiseerde productie en hiervoor gemaakte kosten in 1997. De instellingen wordt gevraagd dit formulier in te vullen.

Indien er vragen zijn over het invullen van het formulier kan contact opgenomen worden met de supportdesk die door de onderzoekers wordt bemand.

Nadat het formulier door de instelling is ingevuld, wordt dit doorgenomen met een (assistent) accountant. Deze zal tijdens zijn werkbezoek een toets uitvoeren op de betrouwbaarheid van de gegevens. Hierbij zal ook gebruik worden gemaakt van gegevens die reeds bij het COTG en het CAK bekend zijn. De toets dient bij te dragen tot zo goed mogelijk vergelijkbare gegevens tussen de verschillende instellingen.

Na het doornemen van de vragenlijst en het uitvoeren van de toets, dient de vragenlijst naar de onderzoekers te worden opgestuurd (of afgegeven tijdens het bezoek). De gegevens van de instellingen worden in een benchmarkdatabase opgenomen. De gegevens in de database worden aan de instelling teruggekoppeld. De instellingen worden gevraagd de gegevens op juistheid te controleren en vervolgens te accorderen. Door deze laatste controle door de instellingen worden eventuele invoerfouten gesignaleerd en kunnen misinterpretaties op basis van invoerfouten worden voorkomen.

5.3 Gegevens over de bedrijfsvoering en de kwalitatieve dimensies

Tegelijk met de kwantitatieve vragenlijst, zal aan de instellingen een vragenlijst worden verstrekt waarin de kwalitatieve gegevens die voor het onderzoek benodigd zijn, worden verzameld. De instellingen worden gevraagd deze vragenlijsten (voor het management van de instelling) in te vullen, waarbij wederom indien gewenst een beroep kan worden gedaan op de supportdesk. De vragenlijst bestaat uit de volgende categorieën vragen:

- algemene gegevens over de instelling;
- personeel;
- organisatie;
- kwaliteit;
- beheersing financiële middelen.

In een separaat interview worden de ingevulde vragenlijsten door de onderzoekers met de directie van de instelling besproken.

5.4 Cliëntenraadpleging

Onderdeel van het benchmarkonderzoek is de uitvoering van een cliëntenraadpleging per instelling. De instellingen worden ten behoeve van de cliëntenraadpleging gevraagd naam- en adresgegevens van cliënten beschikbaar te stellen. De cliënten ontvangen een vragenlijst waarin hen wordt gevraagd hun mening over de kwaliteit van de geleverde thuiszorg te geven. Ook wordt aan hen gevraagd aan te geven welke aspecten zij het meest en het minst belangrijk vinden.

Teneinde de instellingen zo min mogelijk te belasten kunnen de bij het onderzoek betrokken cliënten eventuele vragen direct bij de onderzoekers stellen. De cliënten worden verzocht de ingevulde vragenlijsten aan de onderzoekers te retourneren, waarna de verwerking van de gegevens plaats vindt.

De vragenlijst voor de cliëntenraadpleging is zoveel mogelijk afgestemd met door de stichting KIEN ten behoeve van de regionale patiënten en consumentenplatforms ontwikkelde vragenlijst.

5.5 Ondersteuning van de instellingen door een supportdesk

De instellingen worden bij het invullen van de vragenlijsten desgewenst ondersteund door een supportdesk, die door de onderzoekers wordt bemand.

Door de medewerkers van de supportdesk zal ondersteuning worden geboden door:

- het telefonisch beantwoorden van vragen van de instellingen over het invullen van de vragenlijsten;
- een bezoek aan de desbetreffende instelling indien de vragen niet telefonisch kunnen worden afgehandeld;
- over de meest voorkomende vragen alle instellingen gericht van informatie te voorzien.

Ten slotte

In deze brochure heeft u kennis kunnen maken met het benchmarkanalyse-model zoals dat door de onderzoekers in overleg met Branchebelang Thuiszorg Nederland, de Landelijke Verenging voor Thuiszorg, het ministerie van VWS, het ministerie van Financiën, het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg, de Ziekenfondsraad, Zorgverzekeraars Nederland en acht klankbordinstellingen is ontwikkeld.

Wij verwachten dat het hier toegelichte benchmarkanalysemodel in de toekomst geen statisch instrument zal zijn. Zo hebben wij in deze brochure al aangegeven dat aanvullingen en eventuele verbeteringen mogelijk zijn bij het beoordelen van de aansluiting tussen de zorgvraag in de regio en het zorgaanbod van de thuiszorginstellingen. Voor een toekomstige toepassing van het benchmarkanalysemodel zien wij bovendien nog wenselijke uitbreidingen door het oordeel van medewerkers van de instellingen in het instrument op te nemen. Ook door het opnemen van de maatschappelijke waardering voor een instelling in een toekomstig benchmarkanalysemodel kan naar ons oordeel het inzicht in het functioneren van een instelling verder worden verscherpt. Wel denken wij dat met het in deze brochure beschreven benchmarkanalysemodel door de betrokken partijen een goede basis is gelegd voor het benchmarkonderzoek in de sector thuiszorg.

Wij vertrouwen erop u door middel van deze brochure voldoende te hebben geïnformeerd over de wijze waarop in het benchmarkonderzoek 1998 gegevens zullen worden verzameld en geanalyseerd. Indien u nadere vragen heeft over het benchmarkonderzoek 1998 verzoeken wij u vriendelijk contact op te nemen met de supportdesk. Het telefoonnummer van de supportdesk is aan de binnenzijde van de eerste pagina vermeld.

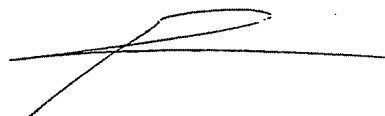
Wij vinden het een uitdaging om bij te dragen aan de uitvoering van het benchmarkonderzoek in de sector thuiszorg. Wij realiseren ons dat het op een succesvolle wijze inzichtelijk maken van de mogelijkheden tot verbetering van de doelmatigheid en kwaliteit binnen de sector thuiszorg en het vervolgens daadwerkelijk realiseren daarvan slechts uitvoerbaar is indien alle instellingen bereid zijn inzicht te geven in de eigen bedrijfsvoering, de financiële gegevens en de productie. In het belang van de sector vragen wij dan ook uw medewerking aan het doen welslagen van het benchmarkonderzoek 1998.

drs. P.R. Tiebout



PricewaterhouseCoopers

Dr. M.A. Dutrée, arts



Berenschot

Benchmarkonderzoek thuiszorginstellingen

CONCEPT

HAALBAARHEIDSONDERZOEK
BENCHMARK VERPLEGING EN VERZORGING

BEVINDINGEN OP HOOFDLIJNEN

Utrecht, 24 juni 1998

MEMO

Datum : 1 juli 1998

Van : de (plaatsvervangend) voorzitter van de subwerkgroep verpleeg- en verzorgingshuizen

Aan : de hoofdwerkgroep

Betreft : een eerste reactie op het tussenproduct van Coopers&Lybrand en Berenschot

Inleiding

Hierbij een eerste oordeel over het "tussenproduct" van Coopers&Lybrand/Berenschot. Omdat het door tijdgebrek niet gelukt is dit stuk met de subwerkgroep te bespreken, is onderstaande niet meer dan een persoonlijke visie, overigens wel gebaseerd op informele gesprekken over dit onderwerp.

Algemeen

Het rapport "Tussenrapportage haalbaarheidsonderzoek benchmark verpleging en verzorging" is op 23 juni besproken in de subwerkgroep. Uit die contacten blijkt dat men zich in hoofdlijnen kan vinden in de tekst zoals die er nu ligt. Daarbij is nadrukkelijk gesteld dat in positief oordeel nog niet betekent dat ook de koepel zich in het rapport kan vinden: een bestuurlijke fiattering dient begin juli plaats te vinden.

Aanloop tot het rapport

In de aanloop naar dit rapport bleken bij de koepel van zowel de verzorgingshuizen en verpleeghuizen er vragen over aard en inhoud bij het voornemen van de overheid te komen tot benchmarking.

De verduidelijking van deze vraagpunten en de bestuurlijke afhechting ervan heeft de nodige tijd gekost, waardoor het oorspronkelijke tijdschema niet kon worden gehaald. Dat heeft tot gevolg gehad dat niet alle voorgenoemde stappen zijn gevolgd.

Het nu voorliggende concept is dat ook niet meer (maar ook niet minder) dan een eerste belangrijke aanzet op weg naar een haalbaarheidsanalyse over de mogelijkheden van benchmarking. Met name door het ontbreken van een praktijktoets in de instellingen is het niet mogelijk thans meer concreet uitspraken te doen over benchmarking in de sector verzorging en verpleging.

Bevindingen

Het is te vroeg om een definitief eindoordeel te geven. Door het (te) korte tijdsbeslag is voor een wat ander aanpak gekozen dan oorspronkelijk gepland: niet eerst een model geheel doorspreken en vaststellen in de subwerkgroep en dan het veld in, maar het theoretisch model van de onderzoekers aan een eerste praktijkproef onderwerpen bij aan de onderzoekers "bekende" verzorging- en verpleeghuizen. Pas daarna is de concept-rapportage besproken in de subwerkgroep.

Door de onderzoekers is een model ontwikkeld waarbinnen alle relevante factoren (bij het bepalen van de effectiviteit van de) zorgverlening op enigerlei wijze een plaats hebben gekregen. Zowel bewoners/patiënten als omgevingsfactoren worden betrokken bij het bepalen van de benchmarks. In de concept-rapportage van de onderzoekers wordt duidelijk weergegeven dat er nog een groot aantal factoren moeten worden uitgewerkt voordat een afgewogen oordeel over de mogelijkheden van benchmark kan worden gegeven. Met name een goede omschrijving van de producten en de wijze waarop inzet en output van middelen aan deze producten worden toegerekend is essentieel. Op dit punt zal nog veel werk moeten worden verzet.

Mede gezien de belangstelling vanuit het veld voor het fenomeen benchmarking, de positieve opstelling van de vertegenwoordigers van de koepels kan de conclusie vanuit het conceptrapport te kunnen worden onderschreven: het instrument van benchmarking kan in de sector verzorging en verpleging worden benut ter verbetering van de effectiviteit en doelmatigheid van de instellingen.

CONCEPT

HAALBAARHEIDSONDERZOEK
BENCHMARK VERPLEGING EN VERZORGING

BEVINDINGEN OP HOOFDLIJNEN

INHOUD

Blz.

SAMENVATTING	1
1. INLEIDING.....	4
2. VRAAGSTELLING, DOELSTELLING EN REIKWIJDTE.....	7
2.1 INLEIDING.....	7
2.2 VRAAGSTELLING EN DOELSTELLING.....	7
2.3 REIKWIJDTE VAN HET ONDERZOEK	7
2.4 FASERING VAN HET ONDERZOEK.....	8
3. STRUCTUUR.....	9
4. HET DENKMODEL.....	10
4.1 INLEIDING.....	10
4.2 HET DENKMODEL IN BEELD	10
4.3 DE KWALITATIEVE DIMENSIES	10
4.4 AANSLUITING OP DE ZORGVRAAG.....	12
4.5 DOELMATIGHEID IN ENGERE ZIN.....	13
4.6 DE WIJZE WAAROP DE PRESTATIES WORDEN BEREIKT	15
4.7 SAMENVATTEND: HET TRAJECT	17
4.8 DE TOEKOMST	17

INHOUD (vervolg)

Blz.

5.	AANDACHTSPUNTEN.....	18
5.1	INLEIDING.....	18
5.2	HET BASISMODEL IN HET IBO-REFERENTIEKADER.....	18
5.3	DE PRODUCTDEFINIËRING	19
6.	INSTRUMENTARIUM.....	21
6.1	INLEIDING.....	21
6.2	VRAGENLIJSTEN INSTELLINGEN	21
6.3	MOGELIJKE VRAGEN AAN MEDEWERKERS.....	23
6.4	CLIËNTENRAADPLEGING	23
7.	DE VRAAG NAAR DE HAALBAARHEID EN HET VERVOLGTRA- JECT.....	25
7.1	INLEIDING.....	25
7.2	DE HAALBAARHEID.....	25
7.3	HET VERVOLGTRAJECT.....	25
7.4	COMMUNICATIE.....	27

Bijlage: De Data Envelopment Analysis

SAMENVATTING

Deze notitie betreft een tussenrapportage waarin de hoofdlijnen van de bevindingen die zijn opgedaan in het haalbaarheidsonderzoek "benchmarking voor de sector Verpleging en Verzorging", zijn weergegeven.

Het onderzoek gaat uit van de vraagstelling of de ontwikkeling van een integraal benchmark-model voor de sector haalbaar moet worden geacht. Tijdens het onderzoek is regelmatig van gedachten gewisseld met de koepelorganisaties en andere betrokkenen.

In de ten behoeve van het onderzoek vastgestelde startnotitie is weergegeven dat het gaat om een beoordeling van prestaties van instellingen op de terreinen zorg, bedrijfsvoering, infrastructuur en sociaal beleid. 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 denkmodel ontwikkeld, dat de volgende drie bouwstenen kent:

- Een meting van het functioneren van een instelling op vier kwalitatieve prestatie-indicatoren: kwaliteit in enge zin, snelheid, flexibiliteit en betrouwbaarheid. Daartoe zal een cliëntenraadpleging plaatsvinden en zullen vragen worden gesteld aan het management en de medewerkers van instellingen.
- 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.
- 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 met de DEA-methode instellingen met een vergelijkbare productenmix worden geclusterd, kan een zinvolle vergelijking van instellingen plaatsvinden.

Op basis van de drie onderscheiden bouwstenen kunnen de best-practice-organisaties worden geïdentificeerd. Vervolgens worden de opzet en inrichting van de bedrijfsvoering, de zorg, de infrastructuur en het sociaal beleid van deze instellingen diepgaand geanalyseerd.

Gegevens inzake deze bedrijfsprocessen worden bij alle instellingen geïnventariseerd door middel van vragenlijsten gericht aan het management en de medewerkers van instellingen. Aan de hand van deze analyse kunnen vervolgens suggesties worden geformuleerd voor potentiële verbetermogelijkheden.

Het conceptuele denkmodel 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 bestaande zorgzwaarteregistraties hebben 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 gebruikgemaakt 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 passend instrumentarium in ontwikkeling waarbij, indien 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.

Op basis van de geïnventariseerde gegevens kan een aantal kengetallen worden ontwikkeld. Deze zullen kritisch worden bezien op hun verklarende kracht bij het identificeren van best-practice-instellingen. Kengetallen inzake doelmatigheid in engere zin dienen te allen tijde te worden bezien in nauwe samenhang met gegevens inzake de kwalitatieve dimensies en relevante omgevingsfactoren.

Het onderzoek tot nu toe leidt tot de voorlopige conclusie dat voldoende gegevens beschikbaar zijn om een benchmark-instrument te formuleren. Wel zal nader onderzoek dienen plaats te vinden naar de productdefiniëring en zullen bovendien de hierna aangegeven aspecten nog verder moeten worden uitgewerkt.

Om tot een definitief advies over de haalbaarheid te komen, wordt voorgesteld het vervolgtraject als volgt in te richten:

- nadere uitwerking van de te hanteren productdefinities
- completering en afronding van de vragenlijst voor instellingen, inclusief verdere uitwerking van een aantal begrippen
- ontwikkeling van een voorstel inzake het betrekken van de perceptie van medewerkers bij het onderzoek
- ontwikkeling van een voorstel voor de cliëntenraadpleging
- aangeven van de wijze waarop de aspecten bedrijfsvoering, zorg, infrastructuur en sociaal beleid in het model worden verwerkt
- uitwerking van de wijze waarop best-practice-instellingen worden geïdentificeerd
- omschrijven van de wijze waarop voor het management aanknopingspunten voor verbeteringen kunnen worden geformuleerd
- uitvoering van een praktijktest gericht op de bruikbaarheid van de meetinstrumenten en de meerwaarde voor de instellingen
- uitwerking van voorstellen voor de organisatie van een eventueel benchmark-onderzoek
- opstellen van de eindrapportage met daarin het definitieve advies inzake de haalbaarheid.

Voorgesteld wordt om op korte termijn, in samenwerking met de koepelorganisaties en in overleg met de opdrachtgevers, een uitgewerkt stappenplan voor het vervolgtraject op te stellen en in de deelwerkgroep vast te stellen.

1. INLEIDING

Deze notitie is opgesteld als onderdeel van het haalbaarheidsonderzoek benchmarking in de sector Verpleging en Verzorging. Doel van de notitie is het weergeven van de voornaamste bevindingen ten aanzien van het ontwikkelde benchmarkdenkmodel. Het lijkt ons wenselijk en zinvol om de praktische toepassing van het denkmodel door middel van een praktijktest te onderzoeken, alvorens tot een definitief oordeel over de opzet en inrichting van benchmark-mogelijkheden voor de sector te komen.

Het haalbaarheidsonderzoek benchmark verpleging en verzorging maakt deel uit van het benchmark-onderzoek in de AWBZ-sector, dat een onderdeel is van de reeks efficiencyonderzoeken die in het kader van de financiële vernieuwing door het kabinet zijn geïnitieerd. Het onderzoek in de sector Verpleging en Verzorging wordt uitgevoerd door Coopers & Lybrand en Berenschot B.V.

De oorspronkelijke planning van het haalbaarheidsonderzoek was zodanig, dat het project per 15 juni 1998 zou zijn afgerond. Per die datum zou er een benchmarkdenkmodel ontwikkeld zijn dat:

- theoretisch verantwoord wordt geacht
- in de praktijk bij een aantal instellingen op zijn bruikbaarheid is getest
- getoetst is op toegevoegde waarde voor het management van deze instellingen.

Op basis van de uitkomsten van het haalbaarheidsonderzoek moet een verantwoord oordeel gegeven kunnen worden over de mogelijkheid om voor de sector Verpleging en Verzorging een benchmark-traject te ontwikkelen.

De oorspronkelijke planning is niet in alle opzichten gehaald, mede omdat de formulering van uitgangspunten en het creëren van adequate randvoorwaarden zorgvuldigheid en dus tijd vereisten.

Ter voorbereiding op het project is op 3 februari 1998 in bestuurlijk overleg tussen de staatssecretaris van VWS en de koepelorganisaties, de WoonZorg Federatie (WZF) en de Nederlandse Vereniging van Verpleeghuiszorg (NVVz), afgesproken dat de beide koepelorganisaties een bijdrage zouden leveren aan het onderzoek.

De WZF en NVVz hebben in vervolg daarop hun visie en uitgangspunten in een voorstel vastgelegd.

In de opdrachtverlening van 16 maart 1998 is door het Ministerie van VWS vastgelegd dat de onderzoeksbureaus bij de uitvoering van het haalbaarheidsonderzoek met de inhoud van dit voorstel rekening dienden te houden. Tevens moest rekening gehouden worden met het referentiekader dat is opgesteld door de werkgroep Interdepartementaal Beleidsonderzoek (IBO). Indien van het referentiekader zou worden afgeweken, dienden de redenen daarvoor te worden aangegeven.

Na de opdrachtverlening is een startnotitie opgesteld, waarin het doel, de reikwijdte en de onderzoeksaanpak worden omschreven. Tegelijkertijd is een begin gemaakt met een inhoudelijke verdieping van het onderwerp.

In wisselwerking met de koepelorganisaties, enkele instellingen en andere betrokkenen is de afgelopen periode door de onderzoekers een denkmodel opgesteld en is een aanzet ontwikkeld voor een stramien ten behoeve van de gegevensverzameling voor de operationalisering van het denkmodel.

In deze notitie wordt op hoofdlijnen verslag gedaan van het project en de projectresultaten. De notitie is als volgt opgebouwd.

In hoofdstuk 2 komen vraagstelling, doelstelling, en reikwijdte van het onderzoek aan de orde. Hoofddoel van het onderzoek is na te gaan in hoeverre benchmarking mogelijk is, gericht op de ondersteuning van het management van instellingen bij het versterken van de kwaliteit en doelmatigheid van de instelling.

In hoofdstuk 3 wordt de projectstructuur beschreven. Hoofdstuk 4 is gewijd aan het denkmodel; de drie bouwstenen (meting kwalitatief functioneren, analyse omgevingsfactoren en beoordeling doelmatigheid in engere zin) worden in dit hoofdstuk toegelicht. In hoofdstuk 5 worden enkele specifieke aandachtspunten uit het denkmodel uitgewerkt.

In de volgende hoofdstukken staan de mogelijke meetinstrumenten centraal. Hoofdstuk 6 gaat in op de vragen die in het kader van benchmark gesteld zouden kunnen worden aan de instellingen, de medewerkers en de cliënten.

In hoofdstuk 7 ten slotte wordt op grond van de bevindingen tot nu toe een voorlopig advies geformuleerd inzake de vraag of een integraal benchmark-instrument voor de sector kan worden ontwikkeld; daarnaast wordt aandacht besteed aan de vraag welke vervolgactiviteiten in de gegeven omstandigheden dienen te worden ondernomen om het advies te completeren.

De afgelopen maanden is soms onder grote tijdsdruk gewerkt aan het onderzoek. Wij zijn degenen die een bijdrage hebben geleverd aan de totstandkoming van de onderzoeksresultaten, zeer erkentelijk. Zonder de informatie, reacties, aanvullingen en opmerkingen van individuele instellingen, het COTG, de WZF, de NVVz en de hoofdwerggroep hadden wij dit doel nooit kunnen bereiken. Voor het onderdeel cliëntenraadpleging hebben wij een beroep kunnen doen op de informatie vanuit de Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie (NPCF).

Telefonische bereikbaarheid supportdesk benchmarkonderzoek thuiszorg 1998

Telefoon: (030) 21 94 343

In de periode juni 1998 tot en met januari 1999 is de supportdesk telefonisch bereikbaar van 09.00 uur tot 17.00 uur.

Foto: Benelux Press

Utrecht, juni 1998

© 1998, PricewaterhouseCoopers. Alle rechten voorbehouden. 98.6.140.286.

2. VRAAGSTELLING, DOELSTELLING EN REIKWIJDTE

2.1 INLEIDING

In dit hoofdstuk gaan wij kort in op de uitgangspunten voor het onderzoek: de centrale vraagstelling, de doelstelling, de reikwijdte en de fasering. Daarbij baseren wij ons op de vastgestelde startnotitie, waarin deze elementen zijn beschreven.

2.2 VRAAGSTELLING EN DOELSTELLING

Als centrale vraagstelling is in de startnotitie geformuleerd: "Kan voor de sector Verpleging en Verzorging één integraal benchmark-instrument worden ontwikkeld en zo ja, onder welke condities?". Benchmarking wordt daarbij gezien als het vergelijken van prestaties van instellingen. De instellingen die het best presteren (best-practice-instellingen) worden daarbij geïdentificeerd op basis van de drie bouwstenen in het denkmodel; de door hen gehanteerde sturingsinstrumenten kunnen aanknopingspunten bieden voor het verbeteren van efficiency of kwaliteit in andere instellingen. Een benchmark-instrument dient er dus toe het management van instellingen te ondersteunen bij het optimaliseren van de kwaliteit, doelmatigheid en transparantie van de organisatie. In dit kader wordt het zinvol geacht om de aspecten zorg, bedrijfsvoering, infrastructuur en sociaal beleid in hun onderlinge samenhang te bezien. Het onderzoek is niet bedoeld voor de opzet en inrichting van bekostigingsmodellen.

Een specifiek onderdeel in dit verband is de vraag of voor de sector Verpleeghuizen en de sector Verzorgingshuizen volstaan kan worden met één benchmark-model, dan wel dat de ontwikkeling van twee modellen noodzakelijk is.

2.3 REIKWIJDTE VAN HET ONDERZOEK

Het onderzoek in de sector Verpleging en Verzorging is gericht op de zorg- en dienstverlening die geboden wordt door verpleeghuizen en verzorgingshuizen. Daaronder worden in principe alle intramurale, semi-murale en extramurale producten van deze instellingen verstaan.

Het onderzoek betreft niet alleen de doelmatigheid in engere zin (producten versus de daarvoor gemaakte kosten), maar ook de kwaliteit van de producten en de rol van relevante omgevingsfactoren.

In het onderzoek is een praktijktest bij een beperkt aantal instellingen voorzien, met het doel om de bruikbaarheid van het te ontwikkelen instrument te toetsen. Het haalbaarheidsonderzoek omvat niet de ontwikkeling van normen of de uitvoering van verdere benchmark-activiteiten.

2.4 FASERING VAN HET ONDERZOEK

Het haalbaarheidsonderzoek is in drie fases onderverdeeld:

- Fase I: een analyse van de haalbaarheid van de ontwikkeling van een denkmodel. Aan het eind van deze fase dient inzicht te bestaan in:
 - de theoretische haalbaarheid van een integraal model
 - de wijze waarop de relatie gelegd kan worden tussen productie, inzet van menskracht en middelen, kwaliteit en de dimensies zorg, bedrijfsvoering, infrastructuur en sociaal beleid
 - de beschikbaarheid van de informatie die benodigd is om het model te "vullen"
 - de selectie van instellingen voor een praktijktest.
- Fase II: uitvoering van een praktijktest bij een aantal instellingen. Aan het eind van deze fase dient inzicht te bestaan in:
 - de mate waarin de resultaten zouden kunnen bijdragen aan het vergroten van het inzicht dat het management heeft in de kwaliteit en doelmatigheid van de bedrijfsprocessen
 - eventuele knelpunten in de toepassing van het model en mogelijke oplossingen daarvoor
 - de verklaring van verschillen die zijn geconstateerd tussen de aan de praktijktest deelnemende instellingen en de eventuele gevolgen daarvan voor het denkmodel.
- Fase III: opstellen van een eindrapportage waarin wordt aangegeven onder welke voorwaarden een benchmark-model in de sector haalbaar wordt geacht.

3. STRUCTUUR

De werkgroep IBO heeft voor ieder van de vier AWBZ-sectoren (geestelijke gezondheidszorg, gehandicaptenzorg, thuiszorg en verpleging en verzorging) een deelwerkgroep ingesteld. Deze groepen hebben tot taak de voortgang van het onderzoek te bewaken en conceptonderzoekresultaten te bespreken en vast te stellen.

In de deelwerkgroep verpleging en verzorging hebben zitting vertegenwoordigers van de ministeries van VWS en Financiën, het COTG, de WZF en de NVVz. Ook de onderzoeksbureaus nemen aan de bijeenkomsten deel. Voorzitter is de heer drs. H.J. Visser van de directie Ouderenbeleid van het Ministerie van VWS; het secretariaat wordt gevoerd door de onderzoeksbureaus.

In het kader van het onderzoek is verder regelmatig contact geweest tussen de onderzoeksbureaus en de beide koepelorganisaties. Daarbij werden conceptnotities en -voorstellen besproken en werden de onderzoeksbureaus voorzien van achtergrondinformatie. Met het COTG is gesproken over de inrichting van het financiële gedeelte van het denkmodel en de inventarisatie van de kwantitatieve gegevens.

Daarnaast hebben de onderzoeksbureaus een beroep gedaan op de medewerking van zes individuele instellingen met in totaal zeven aangesloten verpleeghuizen en veertien aangesloten verzorgingshuizen. Deze instellingen hebben een eerste reflectie gegeven op de ontwikkeling van het denkmodel en de mogelijke benchmarkvragen. Bovendien hebben zij de onderzoekers inzage geboden in registraties en procedures, zodat beter kon worden aangesloten bij de in de praktijk gebruikelijke terminologie en indelingen.

COTG-richtlijnen 1997

Basisgegevens sector Verpleging & Verzorging								
Wetgeving	Protocol en organisatie	COG rapport	Plannen verzorgingshuis 1997-2000	COG 1998	Beleef of overleef 1997	Demografische gegevens	Prognoses van overleving	Plaatje van nu

ZORGVRAAG

INDICATIESTELLING

PGB
Niet gemonitord vraag

Vraag naar verpleeghuis zorg

Vraag naar verzorgingshuis zorg
Privé-vraag naar zorg

Vraag naar thuiszorg
Privé-vraag naar zorg

Vraag naar ziekenhuis zorg

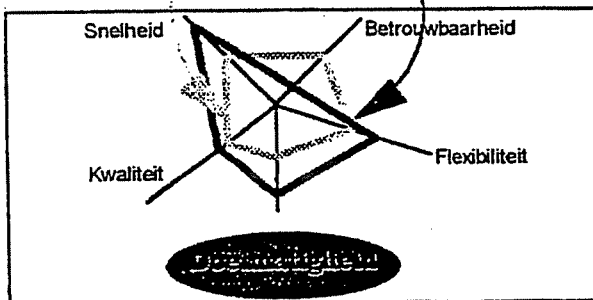
Wachtlijst
Aanbod verpleeghuis zorg

Wachtlijst
Aanbod verzorgingshuis zorg

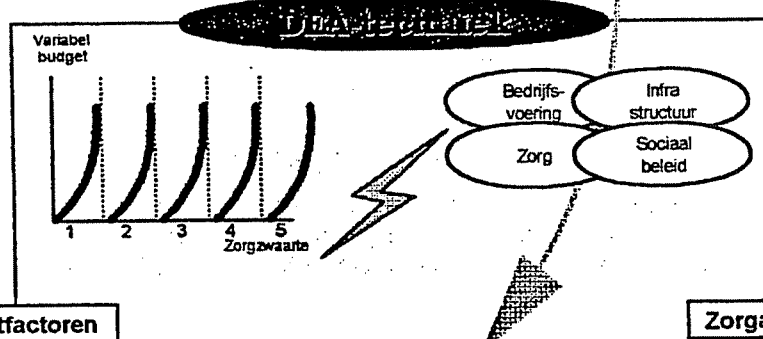
Wachtlijst
Aanbod thuiszorg

Wachtlijst
Aanbod ziekenhuis zorg

Vragenlijst Maatschappelijke Waardering	Vragenlijst Clienten Score Belang	Vragenlijst Medewerkers
---	--------------------------------------	-------------------------



Identificeren best practice instellingen en aangrijpingspunten voor bevordering doelmatigheid en kwaliteit overige instellingen



Analyse aansluiting aanbod van en vraag naar zorg

COTG-richtlijnen 1997
17 Prov. plannen 1997-2000

Inputfactoren

- Totale Variabele Kosten:
- personeel
 - infrastructuur
 - huisvesting
 - automatisering

Verpleeghuis
Verzorgingshuis

Zorgaanbod

Hulpindex 1.9
Ebis 1.5
Zwevend bed Verpleegunit Dagopvang
Dagverzorging KDO Reikwijdte

mismatch

Vraag naar verzorging en verpleging etc.

4. HET DENKMODEL

4.1 INLEIDING

Dit hoofdstuk bevat een weergave van het denkmodel dat als basis voor de benchmark in de sector Verpleging en Verzorging zou kunnen dienen. Het model komt tot op zekere hoogte overeen met het model zoals wij dat in samenwerking met partijen voor de sector Thuiszorg hebben ontwikkeld. In het denkmodel is gedeeltelijk sprake van uniformiteit voor de verpleeghuizen en verzorgingshuizen, en gedeeltelijk van een gescheiden traject.

Het denkmodel is meerdere malen besproken met enkele individuele instellingen die als gesprekspartner hebben gefungeerd, en met de koepelorganisaties. De waardevolle suggesties die in deze gesprekken zijn gedaan, hebben wij in het model verwerkt.

4.2 HET DENKMODEL IN BEELD

Het denkmodel kent drie bouwstenen:

- Het meten van prestaties op een aantal kwalitatieve dimensies door middel van een cliëntenraadpleging en vragen aan het management en medewerkers van instellingen.
- Het analyseren van de aansluiting van het zorgaanbod op de zorgvraag en de rol van overige relevante omgevingsfactoren.
- Het meten van de doelmatigheid in engere zin.

Op de nevenstaande pagina is het denkmodel grafisch weergegeven.

4.3 DE KWALITATIEVE DIMENSIES

Uitgangspunt van het denkmodel is de ontwikkeling in de vraag naar verpleeghuis- en verzorgingshuiszorg.

De kern van het denkmodel voor een benchmark-traject wordt gevormd door het middelste blok in het schema. Dit blok toont het zogenoemde prestatie-indicatormodel, dat vier dimensies heeft:

- kwaliteit
- flexibiliteit

- betrouwbaarheid
- snelheid.

Uitgaande van de gedachte dat benchmarking het vergelijken van prestaties van instellingen is, gaat het erom in het benchmark-traject uiteindelijk die instellingen te identificeren die het best scoren op de kwalitatieve dimensies in combinatie met een optimale doelmatigheid. De mogelijke en gerealiseerde aansluiting van het zorgaanbod op de zorgvraag wordt daarbij als verklarende factor betrokken.

Met doelmatigheid wordt hier bedoeld op de doelmatigheid in enge zin, dus een vergelijking tussen productie enerzijds en kosten anderzijds. Met de dimensie kwaliteit in engere zin, wordt bedoeld op producten die voldoen aan de daarvoor opgestelde specificaties en normen. Met flexibiliteit wordt bedoeld op de mate waarin de instelling in staat is tegemoet te komen aan individuele wensen van de cliënt en de mate waarin de instelling inspeelt op wijzigingen in de zorgvraag in de regio. De dimensie betrouwbaarheid geeft aan in hoeverre de instelling afspraken (met cliënten of derden) over bijvoorbeeld de te leveren zorg maakt en nakomt. De dimensie snelheid ten slotte geeft aan hoe lang de cliënt moet wachten op hulp, nadat een bepaalde hulpvraag is gesteld.

De kern van het model is voor verpleeghuizen en verzorgingshuizen gelijk, hetgeen nog niet wil zeggen dat alle prestaties op gelijke wijze kunnen worden gemeten en gewaardeerd. De gedachte echter, dat niet uitsluitend de doelmatigheid van belang is maar dat de andere dimensies evenzeer een rol spelen, is voor verpleeghuizen niet anders dan voor verzorgingshuizen.

In een benchmark-traject gaat het erom de prestaties van instellingen te meten door op alle dimensies via vragenlijsten, gesprekken, schriftelijke informatie of anderszins inzicht te krijgen in omvang en aard van de productie en in de daarvoor in te zetten middelen.

Om een volledig beeld te krijgen, is het onvoldoende om uitsluitend het management van instellingen te bevragen. Wij achten het zinvol en noodzakelijk om ook de medewerkers van instellingen aan het woord te laten komen. Zij hebben immers vaak een directer inzicht in aspecten als productiviteit, kwaliteit, flexibiliteit, betrouwbaarheid en snelheid. De vraag, in hoeverre het in een benchmark-traject haalbaar zou zijn om medewerkers van instellingen in het onderzoek te betrekken, verdient nadere bestudering.

Behalve het management en mogelijk de medewerkers van instellingen, is het oordeel van de bewoners over de prestaties van de instelling van cruciaal belang in het model. Zij zijn degenen die het meest direct bij de producten zijn betrokken en die onafhankelijk van instellingsbelangen hun visie kunnen geven.

Wij gaan in hoofdstuk 8 in op de wijze waarop wij de cliëntenraadpleging zouden willen uitvoeren.

Ten slotte zou het aanbeveling verdienen om de prestaties van de instellingen te bezien door de ogen van "de maatschappij". In het kader van de maatschappelijke verantwoordingsplicht zouden bijvoorbeeld vragen gesteld kunnen worden aan de zorgkantoren of andere zorgaanbieders. Wij hebben dit aspect nog niet verder uitgewerkt.

4.4 AANSLUITING OP DE ZORGVRAAG

Het denkmodel bevat niet uitsluitend een model voor de prestatievergelijking, maar ook een weergave van de omgeving waarin de instellingen verkeren. Het ligt immers voor de hand dat prestaties van instellingen niet worden geleverd in een geïsoleerde positie, maar in de context van de situatie in de regio waarvan de instelling deel uitmaakt. Bij de beoordeling van prestaties dient dit aspect te worden meegewogen. Zo zal het bijvoorbeeld van belang kunnen zijn of een instelling gelegen is in een stedelijk of een landelijk gebied, of door de instelling specifieke functies binnen de regio worden uitgeoefend en of er sprake is van een zorgvraag in de regio die het aanbod overstijgt zodat uitsluitend ouderen met een zeer hoge zorgzwaarte worden opgenomen. Instellingen die geconfronteerd worden met een capaciteitsreductie, zullen op onderdelen een ander profiel vertonen dan instellingen die daarmee geen rekening behoeven te houden.

In deze bouwsteen van het schema wordt een aantal omgevingsaspecten geschetst. De ontwikkelingen in de zorgvraag en het zorgaanbod zijn in kaart te brengen vanuit bestaande gegevensbronnen, zoals de bevolkingscijfers, het Jaaroverzicht Zorg, de bouwprioriteitenlijst, de plannen verzorgingshuizen, onderzoeken inzake de zorgvraag en de zorgzwaarte van ouderen (zoals onder meer de rapportages van het Sociaal en Cultureel Planbureau en de onderzoeken van Van Loveren & Partners B.V.).

Via de indicatiestelling leidt de zorgvraag tot een vraag naar thuiszorg, hulpverlening door een verpleeghuis of door een verzorgingshuis (om de belangrijkste categorieën in de ouderenzorg te benoemen). Er is een relatief bescheiden vraag naar het aanbod van particuliere instellingen.

Een relatieve over- of ondercapaciteit in bijvoorbeeld de thuiszorg heeft consequenties voor de vraag naar verpleeghuis- en verzorgingshuiszorg.

Het benchmark-denkmodel wil daarmee uitdrukkelijk aangeven dat aansluiting op de zorgvraag een essentieel element is, ook van een benchmark-traject.

Feitelijk raakt het benchmark-model hier aan een beleidsmodel voor de verpleging en verzorging, waarin een kwalitatief goede afstemming van het aanbod op de vraag centraal staat.

Ook dit gedeelte van het denkmodel is voor verpleeghuizen in conceptuele zin gelijk aan het denkmodel voor verzorgingshuizen.

4.5 DOELMATIGHEID IN ENGERE ZIN

Het laatste bouwsteen van het denkmodel betreft de doelmatigheid in engere zin. Hier is een gedeeltelijke scheiding gemaakt tussen het model voor verpleeghuizen en dat voor verzorgingshuizen.

Geheel linksonder zijn de inputfactoren afgebeeld. Het gebruik van de middelen wordt in kosten vertaald.

Voor verpleeghuizen gaat het voornamelijk om AWBZ-middelen, middelen uit het Zorgvernieuwingsfonds en eventueel derdegeldstromen.

Voor verzorgingshuizen gaat het grotendeels om subsidies vanuit het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten; deze zijn nog gebaseerd op de variabele budgetten die de provincies, grote steden en VWS (deze laatste voor de verzorgingshuizen met een bijzondere functie) in hun plannen voor verzorgingshuizen hebben vastgelegd. Er is dus sprake van verschillende budgetten per provincie/grote stad. Deze hebben betrekking op intramurale zorg, flankerend beleid en reikwijdteverbreding. Daarnaast kan er sprake zijn van gemeentelijke subsidies of van derdegeldstromen. Voor zowel verpleeghuizen als verzorgingshuizen dient rekening gehouden te worden met input "in natura", zoals vrijwilligers of gesubsidieerde arbeidsplaatsen.

De middelen worden deels ingezet ten behoeve van de infrastructuur (de vaste kosten) en deels ten behoeve van de zorg- en dienstverlening. Voor een benchmark-traject is deze laatste categorie het meest interessant. Van de middelen ten behoeve van zorg- en dienstverlening wordt verreweg het grootste gedeelte ingezet voor de financiering van de personele kosten. Vandaar dat in het model deze kosten zijn uitgesplitst in meerdere categorieën, conform de in de sector gebruikelijke indeling. Dit betekent overigens niet dat een uitsplitsing van de overige kosten achterwege kan blijven.

Middenonder in het schema zijn in twee grote blokken de bedrijfsprocessen van de verpleeghuizen respectievelijk de verzorgingshuizen afgebeeld. Het gaat in een benchmark-onderzoek vooral om die processen die door het management beïnvloedbaar zijn. De bedrijfsprocessen kunnen nader worden onderverdeeld in primaire processen en ondersteunende processen en deze kunnen weer worden gekoppeld aan functies en activiteiten. De managementactiviteiten bestaan uit de opzet en inrichting van bedrijfsprocessen, de opzet en uitvoering planning- en controlcyclus en de doorvoering van verbeteracties.

In het benchmark-traject nemen vragen over bedrijfsprocessen een prominente plaats in, omdat daar de verklaring te vinden is voor de geleverde prestaties. Het hanteren van een bepaalde zorgvisie bijvoorbeeld kan een verklaring zijn voor een bepaalde score, en datzelfde geldt voor een organisatiestructuur, een automatiseringsbeleid, enzovoort. In het benchmark-traject zoals dat volgens het denkmodel zou worden uitgevoerd, worden de bedrijfsprocessen echter pas in een later stadium nader beschouwd.

Voor een goed begrip van het denkmodel is het nodig eerst de output, de productie, in beschouwing te nemen.

Het gaat dus om de producten die de instellingen leveren. Op de vraag hoe de productdefiniëring moet plaatsvinden gaan wij in het volgende hoofdstuk in.

Een doelmatigheidsanalyse in enge zin vergelijkt de input en de output van instellingen.

Voor de sector Verzorgingshuizen kan het gegeven dat er nog sprake is van verschillende budgetten per provincie of grote stad, veel inzicht verschaffen in de dimensie doelmatigheid. Een instelling die met een lager budget dezelfde productie weet te maken als een instelling met een hoger budget, kan op de dimensie doelmatigheid hoger scoren. Over de kwaliteit behoeft dit uiteraard nog niets te zeggen.

Voor de sector Verpleeghuizen zijn de budgetverschillen minder groot, afgezien van afspraken die er gemaakt kunnen worden met de zorgkantoren over bijvoorbeeld bijzondere projecten.

In beide gevallen kan het nuttig zijn om niet (alleen) de vergelijking te maken tussen de totale kosten en de productie, maar ook de vergelijking tussen de personeelskosten en de productie, of zelfs tussen de kosten van uitvoerend personeel en de productie. Op deze wijze kan een aantal kengetallen worden ontwikkeld. Daarbij zal kritisch worden nagegaan welke van deze kengetallen daadwerkelijk een relatie heeft met het identificeren van best-practice-instellingen.

In ieder geval is het uitgangspunt dat kengetallen inzake doelmatigheid in engere zin altijd in combinatie moeten worden gezien met kwaliteitsaspecten en relevante omgevingsfactoren.

Een zinvolle vergelijking tussen instellingen op het punt van kosten en productie vereist dat er *vergelijkbare* instellingen met elkaar worden vergeleken. Dat betekent dat instellingen met een vergelijkbare mix van producten voor het benchmark-traject met elkaar in één groep worden ondergebracht.

Verpleeghuizen en verzorgingshuizen zullen bijvoorbeeld in verschillende groepen terechtkomen, maar er zal ook gedifferentieerd kunnen worden binnen de verpleeghuis- en de verzorgingshuissector.

Hiertoe wordt in het model de Data Envelopment Analysis (DEA) gebruikt. Deze methodiek maakt het mogelijk om instellingen met een vergelijkbare productenmix te clusteren en vervolgens de vergelijking met de ingezette middelen per instelling te maken. De instelling die binnen haar groep (peer group) het meest doelmatig werkt, scoort het beste en ligt daarmee op de zogenoemde efficiency-frontier. In de bijlage bij deze notitie is een beschrijving van de DEA opgenomen.

De DEA-methodiek maakt het mogelijk om naast de productenmix ook variabelen als urbanisatiegraad van de regio, capaciteit van de instelling en onder- of overcapaciteit in de instelling mee te nemen in de clustering.

Op deze wijze ontstaat dus binnen ieder cluster een kleine groep instellingen die op of in de buurt van de efficiency-frontier ligt.

4.6 DE WIJZE WAAROP DE PRESTATIES WORDEN BEREIKT

Essentieel in het denkmodel is dat de best-practice-instellingen bestaande instellingen zijn. Er worden dus geen virtuele instellingen geconstrueerd met een vooraf bepaalde optimale doelmatigheid en kwaliteit.

Zo het al mogelijk zou zijn om consensus over het begrip optimale doelmatigheid en kwaliteit te bereiken, dan nog rijst de vraag of zo'n virtuele instelling echt kan bestaan. Bovendien is dan nog steeds niet duidelijk welke verbeteringen instellingen zouden moeten doorvoeren om de ideale situatie dichterbij te benaderen.

In het nu geschetste denkmodel zijn er werkelijk bestaande instellingen die geïdentificeerd worden als best-practice-organisaties.

Inhoud

Voorwoord	1
Inleiding	3
Waarom benchmarken in de sector Thuiszorg?	3
Op weg naar outputfinanciering in 2001	3
Verbeteren van doelmatigheid en kwaliteit	4
Alle thuiszorginstellingen worden bij het benchmarkonderzoek betrokken	5
Resultaten van het onderzoek	5
Planning van het benchmarkonderzoek kent vier fasen	6
Opbouw van deze brochure	6
1 Het benchmarkanalysemodel: een overzicht	7
1.1 De bouwstenen van het benchmarkanalysemodel	7
1.1.1 Eerste bouwsteen: beoordelen en analyseren van de doelmatigheid	8
1.1.2 Tweede bouwsteen: beoordelen en analyseren van kwalitatieve dimensies	9
1.1.3 Derde bouwsteen: aansluiting tussen zorgvraag en zorgaanbod	9
1.2 Bouwstenen benchmarkanalysemodel in onderlinge samenhang	10
2 De doelmatigheid van thuiszorginstellingen	13
2.1 DEA-methodiek meet doelmatigheid en clustert vergelijkbare instellingen	13
2.1.1 Een voorbeeld van de werking van de DEA-methodiek	14
2.1.2 DEA-analyse kan met meerdere factoren rekening houden	16
2.1.3 Kanttekeningen bij de toepassing van de DEA-methodiek	17
2.2 Analyse van de doelmatigheid	18
2.2.1 Bedrijfsvoering van de instelling	18
2.2.2 Het aantal cliënten in zorg	19
2.2.3 Beleid en uitvoering rondom rantsoenering van zorg	19
2.2.4 Beleid en uitvoering rondom fluctuaties in de vraag naar zorg	19
2.3 Doelmatigheid en gegevensverzameling	19
2.3.1 Toerekenen kosten aan vijf producten algemene thuiszorg	20
3 De kwaliteit van thuiszorginstellingen	23
3.1 Cliënten van instellingen beoordelen vier kwalitatieve dimensies	23
3.2 Kwalitatieve dimensies ten opzichte van de doelmatigheid	24
3.3 Kwalitatieve dimensies en gegevensverzameling	25
4 De aansluiting tussen zorgvraag en zorgaanbod	27
4.1 Modelmatige benadering voor bepalen vraag naar thuiszorg	27
4.2 Beperkte analyse van vraag en aanbod	28
4.3 Identificatie van best practice-instellingen	29
5 Instellingen hebben centrale rol bij aanleveren gegevens	31
5.1 Werkwijze rondom aanlevering van gegevens	31
5.2 Kwantitatieve gegevens over productie en kosten	31
5.3 Gegevens over de bedrijfsvoering en de kwalitatieve dimensies	32
5.4 Cliëntenraadpleging	33
5.5 Ondersteuning van de instellingen door een supportdesk	33
Ten slotte	35

De volgende belangrijke stap in het benchmark-proces is dat deze best-practice-organisaties aan een diepgaande analyse worden onderworpen om na te gaan hoe deze instellingen tot hun prestaties zijn gekomen. Met andere woorden: wat zij hebben gedaan of juist hebben nagelaten. Er wordt dus onderzocht welke door het management beïnvloedbare bedrijfsprocessen beschouwd kunnen worden als een typisch kenmerk van best-practice-organisaties. Zo zou bijvoorbeeld kunnen blijken dat het opleidingsbeleid bij alle best-practice-organisaties sterk is ontwikkeld, of dat zij intensieve samenwerkingsverbanden in de regio hebben.

De resultaten van de DEA-clustering en de scores op de kwalitatieve dimensies kunnen en moeten in perspectief worden geplaatst door de gegevens met betrekking tot de zorgvraag en de situatie in de regio bij de analyse te betrekken. Daaruit kunnen factoren worden gedestilleerd die mede een verklaring kunnen vormen voor de geleverde prestaties of voor de gekozen bedrijfsprocessen.

Door een analyse van bedrijfsprocessen en omgevingsfactoren kunnen aanknopingspunten worden geformuleerd voor instellingen die niet op de efficiency-frontier liggen. De haalbaarheid van de verbeterpunten kan hoog worden geacht omdat de verbeterpunten zijn afgeleid van bedrijfsprocessen in werkelijk bestaande organisaties en omdat er is vergeleken met organisaties die qua productenmix en andere kenmerken ook werkelijk vergelijkbaar zijn.

Om de bedrijfsprocessen te kunnen analyseren wordt gebruikgemaakt van de vierdeling zorg, bedrijfsvoering, sociaal beleid en infrastructuur. Deze vier terreinen in onderlinge samenhang bepalen de uiteindelijke prestaties van de instelling.

Er is dus bewust voor gekozen om de bedrijfsprocessen niet te hanteren als eerste insteek voor een vergelijking. De verschillen zullen naar verwachting dusdanig zijn, dat er nauwelijks sprake is van vergelijkbaarheid. Er zullen evenveel clusters als instellingen zijn. De benchmark wordt daarmee ontkracht. Bovendien nodigt een benchmark-traject dat op deze wijze wordt ingezet, uit tot het innemen van standpunten over de meerwaarde van het ene bedrijfsproces boven het andere. Anders kan immers niet worden vastgesteld welke instellingen voor de best practice in aanmerking komen. Het geven van dergelijke waarde-oordelen is niet eenvoudig en kan leiden tot vele discussies en tot verkleining van het draagvlak.

De methode die gevolgd wordt in het nu geschetste traject, is het vaststellen van best-practice-organisaties op grond van zo vergelijkbaar mogelijke gegevens en op grond van de mening van de cliënten en medewerkers. Pas dan wordt geanalyseerd wat de kenmerkende processen in de best-practice-organisaties zijn en wat dus succesfactoren zouden kunnen zijn.

4.7 SAMENVATTEND: HET TRAJECT

De uitvoering van een "echt" benchmark-traject volgens het denkmodel zou als volgt kunnen verlopen (wij nemen gemakshalve aan dat de praktijktest uitwijst dat benchmarking haalbaar lijkt):

- De instellingen, cliënten en wellicht de medewerkers leveren informatie over de prestaties van de instellingen.
- Met behulp van de DEA worden de instellingen geclusterd en wordt vastgesteld welke instellingen het meest doelmatig zijn, dus op de efficiency-frontier liggen.
- Via een analyse van de gegevens inzake de overige vier dimensies en de koppeling daarvan aan de resultaten van de DEA-toepassing, worden de best-practice-organisaties geïdentificeerd.
- De bedrijfsprocesgegevens van deze best-practice-organisaties worden diepgaand bestudeerd en trends daarin worden gesignaleerd.
- Op basis van deze trends worden suggesties geformuleerd ten behoeve van instellingen die zich meer in de richting van de best practice willen bewegen.
- De instellingen ontvangen een rapportage waarin hun gegevens worden vergeleken met die van de best-practice-instellingen en waarin suggesties worden gedaan voor verbetering van de bedrijfsvoering.

4.8 DE TOEKOMST

Een vergelijking van instellingen op de dimensie doelmatigheid in de zin van een confrontatie tussen input en output is slechts mogelijk wanneer zich de situatie voor kan doen dat instellingen dezelfde productie leveren, maar daarvoor verschillende input nodig hebben, dan wel met dezelfde input en vergelijkbare relevante omgevingsfactoren een qua omvang verschillende productie leveren.

Het is niet uit te sluiten dat in de toekomst een systeem ontstaat dat een veel directer koppeling tussen input en productie kent. Dat is het geval wanneer bijvoorbeeld het persoonsgebonden budget meer ingang vindt of wanneer, op het niveau van de individuele bewoner, een koppeling tussen het budget dat de instelling krijgt, en het product, dat wordt vastgesteld op basis van de zorgbehoefte, periodiek wordt vastgesteld via (her)indicatie door een onafhankelijke instantie.

Benchmarking kan dan nog uitsluitend plaatsvinden op de vier overige dimensies, hetgeen een zware wissel trekt op de volledigheid en de betrouwbaarheid van de cliëntenraadpleging.

5. AANDACHTSPUNTEN

5.1 INLEIDING

Dit hoofdstuk besteedt aandacht aan een aantal specifieke aandachtspunten in het denkmodel. Achtereenvolgens komen aan de orde de relatie met het referentiekader van de werkgroep IBO en de productdefiniëring.

5.2 HET BASISMODEL IN HET IBO-REFERENTIEKADER

In het referentiekader van de IBO-werkgroep is een basismodel beschreven, dat is uitgewerkt per sector. Uitgangspunt is dat de productie van een instelling maatgevend is voor de functies en activiteiten, en dat deze op hun beurt maatgevend zijn voor de omvang en samenstelling van het personeel.

In het basismodel worden de activiteiten weergegeven die behoren bij de door de werkgroep onderscheiden producten van instellingen. Zo wordt het product extramurale zorg voor de sector Verzorgingshuizen onderscheiden in de functies dagverzorging, dienstverlening en maaltijdverstrekking en voor de sector Verpleeghuizen in dagbehandeling, meerzorg in verzorgingshuizen, verpleging en behandeling thuis en poliklinische consultatie en behandeling.

De primaire processen worden vervolgens nader uitgesplitst en toegedeeld aan functionarissen en organisatieonderdelen.

In het denkmodel dat voor de verpleging en verzorging is ontwikkeld, komen dezelfde grootheden voor als in het IBO-model. De bedrijfsprocessen zijn door ons echter nog niet zeer expliciet uitgewerkt, omdat pas in een later stadium dieper op dit aspect zal worden ingegaan. Ook is het nog de vraag of de door de IBO-werkgroep genoemde producten en functies door de sector worden herkend en geregistreerd. Indien dit niet het geval is, kunnen deze onderdelen van het IBO-model niet dienen als basis voor een vergelijking tussen instellingen. Op dit moment is dan ook nog niet te zeggen of het IBO-model in alle facetten kan worden benut. Uit praktische overwegingen zijn wij er in ieder geval voorstander van dat in het benchmark-traject zoveel mogelijk wordt aangesloten bij in de praktijk gehanteerde en in de registraties van instellingen verankerde indelingen. Wij zullen aan de relatie van het benchmark-denkmodel verpleging en verzorging met IBO-referentiekader nader aandacht besteden na de verdere operationalisering van het denkmodel.

In het IBO-referentiekader worden kengetallen genoemd die betrekking hebben op de doelmatigheid in engere zin. Een doelmatigheidsmeting in engere zin is ook een onderdeel van het benchmark-denkmodel voor verpleging en verzorging en in dat kader zal een aantal feitelijke kengetallen worden berekend. Of deze kengetallen verklarende kracht hebben bij het identificeren van best-practice-instellingen, moet nog nader worden onderzocht.

5.3 DE PRODUCTDEFINIËRING

Een van de belangrijkste pijlers in benchmarking en ook in het denkmodel is de productbeschrijving.

Het IBO-referentiekader noemt als elementen van een productdefinitie:

- Een omschrijving van de activiteiten die deel uitmaken van het product (zorgactiviteiten, dagactiviteiten en behandelactiviteiten).
- Een beschrijving van het benodigde deskundigheidsniveau.
- Een normering van de tijd die aan het uitvoeren van de activiteiten mag worden besteed.
- Een beschrijving van de medische hulpmiddelen die deel uitmaken van het product.
- Een raming van de plannings- en overlegactiviteiten die in het kader van het leveren van het product nodig zijn.
- Voor de bepaling van de benodigde activiteiten, te besteden tijd en het benodigde deskundigheidsniveau is de zorgzwaarte van de cliënt bepalend. Zorgzwaarte is derhalve een essentieel element bij het vaststellen van de productdefinitie.

De bestaande productregistratie in de verpleeghuizen en verzorgingshuizen omvat een aantal van deze elementen.

De volgende producten worden, zij het niet overal op dezelfde wijze, geregistreerd:

- intramurale zorg, dagbehandeling, -verzorging, extramurale zorg- en dienstverlening
- chronische zorg (mono- of multidisciplinair), revalidatie, bijzondere zorg, screening en diagnostiek

Daarnaast vindt met name in de verzorgingshuizen op vrij grote schaal een uniforme registratie van zorgzwaarte plaats, in de vorm van de bekende vijf EBIS-zorgzwaartecategorieën. In de verpleeghuizen wordt de hulpindex geregistreerd.

In beide situaties speelt het probleem dat deze zorgzwaarteregistraties de benodigde zorg betreffen en niet de geleverde zorg, derhalve niet de productie.

Wij hebben daarom onderzocht in hoeverre zicht verkregen kan worden op de kloof tussen de benodigde en de geleverde zorg. Vanuit de individuele instellingen en koepelorganisaties zijn daarvoor handreikingen gedaan, die wij momenteel verder uitwerken.

Een suggestie was om de vergelijking te maken tussen budget enerzijds en *benodigde* zorg anderzijds, dus om de kloof tussen benodigde en geleverde zorg niet in beschouwing te nemen. De veronderstelling hierbij is dat, indien niet alle zorg geleverd kan worden, er vooral bezuinigd zal worden op psychosociale begeleiding en aandacht voor de bewoner. Aangezien deze (nog) niet in de EBIS en de hulpindex-score zijn opgenomen, zal de vertekening minder groot zijn.

Een andere suggestie was om de benodigde zorg, uitgedrukt in tijd, af te zetten tegen de werkelijk aanwezige personeelsformatie en de tijd die dus maximaal aan zorg is besteed (gecorrigeerd met gemiddelde tijd voor werkoverleg, en dergelijke).

De komende tijd zullen er vermoedelijk wijzigingen worden aangebracht in de zorgzwaarteregistraties. Het zorgzwaartemeetinstrument in het EBIS-systeem wordt op dit moment geactualiseerd door de WZF in samenwerking met het bureau Van Loveren & Partners B.V. Van Loveren ontwikkelt voor de WZF een zorgzwaartemodel met cliënttyperingen en zorgzwaarte-indelingen. Dit zorgzwaartemodel heeft betrekking op de traditionele verzorgingshuispopulatie, de cliënten met een verpleeghuisindicatie en de extramurale cliënten.

De NVVz ontwerpt een zorgindex als opvolger van de hulpindex.

Indien besloten zou worden om de door de koepelorganisaties en Van Loveren ontwikkelde voorstellen over te nemen, kunnen deze in het model worden ingevoerd. Het model verandert daardoor niet en is daarmee in die zin toekomstbestendig te noemen.

6. INSTRUMENTARIUM

6.1 INLEIDING

In dit hoofdstuk wordt een korte omschrijving gegeven van het instrumentarium dat bij het benchmark-model behoort en waarmee de dataverzameling en analyse zullen plaatsvinden. De instrumenten zelf worden momenteel nader uitgewerkt en zullen zo spoedig mogelijk aan het rapport worden toegevoegd. Wij gaan achtereenvolgens in op de vragenlijsten voor instellingen, de mogelijke vragen aan medewerkers en de vragen aan cliënten.

6.2 VRAGENLIJSTEN INSTELLINGEN

Ten tijde van het schrijven van deze notitie wordt de laatste hand gelegd aan het ontwikkelen van conceptvragenlijsten waarmee de prestaties van instellingen en de daaraan ten grondslag liggende bedrijfsprocessen geïnventariseerd kunnen worden. Het is de bedoeling dat deze vragenlijsten worden ingevuld door alle instellingen die aan een onderzoek deelnemen. Er zijn twee vragenlijsten:

- Een lijst met kwantitatieve vragen.
- Een lijst met vragen naar bedrijfsprocessen; deze lijst is voor een gedeelte inmiddels voor commentaar voorgelegd aan de instellingen die door ons zijn benaderd.

De lijst met kwantitatieve vragen bevat voor de verpleeghuizen en verzorgingshuizen in grote lijnen dezelfde elementen, zij het dat de gebruikte terminologie verschilt. Aan de orde komen de volgende elementen:

- Productiegegevens.
- Budgetgegevens.
- Kosten, uitgesplitst volgens in de sector gebruikelijke indelingen en aansluitend bij de gehanteerde rekeningschema's; de personeelskosten uitgesplitst naar categorie en deskundigheidsniveau.
- Personeelsformatie uitgesplitst naar categorie en deskundigheidsniveau, inclusief aantal vrijwilligers, banenpoolers, uitzendkrachten en dergelijke.
- Andere kwantitatieve gegevens, zoals in- en uitstroom personeel en vervulling van vacatures.

De lijst met vragen omtrent de bedrijfsprocessen omvat vragen met betrekking tot:

- Zorg, dat wil zeggen de inrichting van het primaire proces (bijvoorbeeld het al of niet werken met contactverzorgenden).
- Bedrijfsvoering, dat wil zeggen de inrichting van het secundaire proces.
- Infrastructuur, dat wil zeggen de instellingskenmerken die verbonden zijn met de aard van de gebouwen.
- Sociaal beleid, dat wil zeggen het personeelsbeleid inclusief het opleidings- en arbeidsmarktbeleid.

Nadrukkelijk wordt ook gevraagd naar het algehele kwaliteitsbeleid. In de vragen komen de dimensies kwaliteit in engere zin, flexibiliteit, betrouwbaarheid en snelheid terug.

De vragen hebben voor een groot deel betrekking op het aspect sturing. Het gaat er vooral om of de instellingen op het betreffende onderdeel zijn beleid heeft geformuleerd en vastgelegd en of het beleid ook wordt uitgevoerd. Daarnaast is gevraagd naar de inhoud van het beleid.

Bij het opstellen van de vragenlijsten is het van belang een evenwicht te vinden tussen enerzijds voldoende differentiatie, zodanig dat de instellingen zichzelf ook in de antwoorden kunnen herkennen en er bruikbare verbeteruggesties kunnen worden gedaan, en anderzijds voldoende compactheid, zodanig dat de lijst niet te uitgebreid en onhanteerbaar wordt.

Om de gebruiksvriendelijkheid te verhogen, hebben wij daar waar mogelijk aangesloten bij bestaande registraties en instrumenten. Zo hebben wij ons gebaseerd op de Quick Scan Verzorgingshuizen en de Quick Scan Verpleeghuizen, en op het instrument Externe Kwaliteitsbewaking Verzorgingshuizen, het Model Integrale Kwaliteitszorg Verpleeghuizen, en het harmonisatiemodel van de Stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling Zorgsector. Binnenkort verschijnt het specifieke beoordelingsschema van de HKZ voor de verzorgingshuizen. Wij willen dit in de nadere uitwerking van de vragenlijst benutten als indelingscriterium en als aangrijpingspunt voor vragen op kwaliteitsgebied.

Tot op dit moment is de vragenlijst voor verpleeghuizen en verzorgingshuizen identiek, zij het dat in een vraag soms zowel de verpleeghuisterminologie als de verzorgingshuisterminologie wordt weergegeven. De nadere verdieping en de praktijkproef zullen moeten uitwijzen of het inderdaad mogelijk is om een dergelijke identieke lijst te hanteren.

Om de concreetheid en volledigheid van de gegevens te vergroten, zal het nodig zijn om wanneer de benchmark wordt uitgevoerd, behalve het verzamelen van gegevens door middel van schriftelijke vragen, ook één of twee gesprekken te voeren. Eén daarvan zou bestemd dienen te zijn voor een verduidelijking van en een check op de kwantitatieve gegevens, het ander voor een eventuele aanvulling van de overige gegevens.

6.3 MOGELIJKE VRAGEN AAN MEDEWERKERS

Het analyseresultaat kan worden verrijkt wanneer in een benchmark-traject niet alleen het management van instellingen wordt bevraagd, maar ook een (vertegenwoordiging van of steekproef uit) de medewerkers. Hun oordeel over bijvoorbeeld werksfeer of sociaal beleid kan het beeld dat vanuit het management is neergezet, aanvullen of nuanceren. Ook hebben zij meer inzicht in de mate waarin geformuleerd beleid ook daadwerkelijk wordt uitgevoerd.

Momenteel hebben wij nog geen vragenlijst of andere meetmethode in ontwikkeling. De komende tijd zullen wij ons nader in dit onderwerp verdiepen, mede in relatie tot de vraag of het haalbaar is om in het benchmark-traject, waaraan in potentie circa 1.750 instellingen kunnen deelnemen, naast het management ook de medewerkers te benaderen.

6.4 CLIËNTENRAADPLEGING

De raadpleging van cliënten is een essentieel onderdeel van het denkmodel. Het oordeel van de cliënt over de kwaliteit van de geboden zorg is in principe leidraad voor de score van de instelling op de kwaliteitsdimensies. De mate waarin oordelen van de instellingen zelf daarin meewegen, hangt af van de kwaliteit van de cliëntenraadpleging zelf.

Het is nauwelijks denkbaar dat de cliëntenraadpleging kan plaatsvinden met behulp van uitsluitend schriftelijke vragenlijsten. In dat geval zou er een representatieve steekproef getrokken moeten worden van een totale omvang die moeilijk meer te organiseren en te verwerken is. Nog belangrijker is dat door de cliënten zelf wordt aangegeven dat een dergelijke methode geen juist beeld geeft van de mening van cliënten. De kans op een lage respons is groot.

Ook een telefonische enquête is weinig zinvol, omdat cliënten niet altijd telefonisch bereikbaar zijn of in staat zijn de vragen te beantwoorden.

De gedachten gaan daarom uit naar andere methoden zoals bijvoorbeeld een groepsgesprek of benadering van de cliëntenraad.

Wij willen daarbij zoveel mogelijk aansluiten bij reeds bestaande instrumenten. Om de mogelijkheden daartoe te onderzoeken, vindt op dit moment overleg plaats met de NPCF, aangezien deze ten behoeve van de LOBB en NVBV (de consumentenorganisaties in respectievelijk de verzorgingshuizen en de verpleeghuizen) een project heeft ontwikkeld om bestaande instrumenten te integreren tot één totaalinstrument.

7. DE VRAAG NAAR DE HAALBAARHEID EN HET VERVOLGTRAJECT

7.1 INLEIDING

In dit laatste hoofdstuk wordt aangegeven welke conclusie wij met betrekking tot de haalbaarheid van de ontwikkeling van een benchmark-model op dit moment op basis van onze onderzoeksbevindingen kunnen formuleren. Tevens bevat dit hoofdstuk een voorstel voor de wijze waarop naar ons oordeel het vervolgtraject kan worden ingericht.

7.2 DE HAALBAARHEID

De centrale vraagstelling van dit onderzoek luidde of voor de sector Verpleging en Verzorging de ontwikkeling van een integraal benchmark-model haalbaar moet worden geacht.

Op basis van onze bevindingen beantwoorden wij deze vraag vooralsnog bevestigend. Hierbij onderkennen wij dat een aantal aspecten nog nader moeten worden onderzocht, voordat een onderbouwd besluit kan worden genomen over de vraag of een praktijktest zinvol kan worden uitgevoerd. Na een praktijktoets kan een definitief advies worden uitgebracht over de vraag of het ontwikkelen van een benchmark-instrument voor de sector Verpleging en Verzorging haalbaar moet worden geacht.

7.3 HET VERVOLGTRAJECT

In dit kader is de komende periode nader onderzoek naar en een nadere uitwerking van de volgende aspecten vereist:

- De wijze waarop de productomschrijving zodanig verder kan worden geoperationaliseerd, dat een vergelijking van input en output voldoende basis voor benchmarking biedt; daarbij dient te worden uitgegaan van bestaande instrumenten en registraties.
- De wijze waarop de aspecten bedrijfsvoering, zorg, infrastructuur en sociaal beleid in het model worden verankerd.
- De wijze waarop de perceptie van medewerkers in het onderzoek kan worden betrokken.

Voorwoord

De Landelijke Vereniging voor Thuiszorg, Branchebelang Thuiszorg Nederland en het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport hebben besloten in 1998 een benchmarkonderzoek naar de doelmatigheid en kwaliteit van alle thuiszorginstellingen uit te voeren. Het benchmarkonderzoek speelt een belangrijke rol bij zowel het realiseren van outputfinanciering in 2001 als bij het zichtbaar maken en vervolgens realiseren van mogelijke verbeteringen in de doelmatigheid en kwaliteit binnen de sector thuiszorg. Het benchmarkonderzoek in 1998 heeft betrekking op het functioneren van de thuiszorginstellingen in 1997 en is een vervolg op het in 1997 uitgevoerde pilotonderzoek waaraan negen instellingen hebben deelgenomen.

Aan Coopers & Lybrand N.V. / Berenschot is de opdracht gegeven het benchmarkonderzoek over de periode 1 januari 1997 tot en met 31 december 1997 uit te voeren. Het onderzoek wordt begeleid door een werkgroep waarin alle belanghebbenden zijn vertegenwoordigd. De werkgroep bestaat uit vertegenwoordigers van de Landelijke Vereniging voor Thuiszorg, Branchebelang Thuiszorg Nederland, het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, het ministerie van Financiën, het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg, de Ziekenfondsraad en Zorgverzekeraars Nederland.

Ten behoeve van het benchmarkonderzoek is een analysemodel ontwikkeld, waarmee het functioneren van de thuiszorginstellingen in relatie tot vergelijkbare instellingen kan worden geanalyseerd en beoordeeld. Dit benchmarkanalysemodel is in de afgelopen maanden, in samenwerking met de in de werkgroep vertegenwoordigde partijen, ontwikkeld. Bij het ontwikkelen van het benchmarkanalysemodel is rekening gehouden met de bevindingen van het pilotonderzoek dat in 1997 is uitgevoerd. In dit kader is het door alle betrokken partijen essentieel geacht, dat de dimensie kwaliteit in het benchmarkonderzoek is verankerd. Het ontwikkelde benchmarkanalysemodel en het daarbij behorende instrumentarium voor het verzamelen en analyseren van de benodigde gegevens is in de eerste helft van 1998 bij acht klankbordinstellingen getest.

- De formulering van een voorstel voor een vorm van cliëntenraadpleging die tegelijkertijd haalbaar en voldoende informatief is.
- Het omschrijven van de wijze waarop ten behoeve van het management van instellingen aanknopingspunten voor een potentiële verbetering van kwaliteit en doelmatigheid kunnen worden geformuleerd.
- Het nader uitwerken van de wijze waarop best-practice-instellingen worden geïdentificeerd en aanknopingspunten voor verbeteringen worden gelokaliseerd. Een onderdeel daarvan is het berekenen van kengetallen op basis van de geïnventariseerde gegevens. Deze kengetallen zullen kritisch worden bezien op hun verklarende kracht bij het identificeren van best-practice-instellingen.
- Kengetallen inzake doelmatigheid in engere zin dienen te allen tijde te worden bezien in nauwe samenhang met gegevens inzake de kwalitatieve dimensies en relevante omgevingsfactoren. Er zal uitdrukkelijk geen normstelling aan de kengetallen worden verbonden.
- Het uitwerken van de vragenlijsten, onder meer met het oog op de operationalisering van het aspect kwaliteit.
- De verdere kwantificering van de vraagontwikkeling en het nader in kaart brengen van de omgevingsfactoren en de mate waarin deze factoren beïnvloedbaar zijn door de instellingen. Dit aspect heeft een bredere impact dan alleen het haalbaarheidsonderzoek benchmarking, en dient daarom ook breder ingebed te worden.

De bevindingen uit dit nader onderzoek zullen worden besproken in de deelwerkgroep.

In overleg met de opdrachtgevers en de koepelorganisaties dient een planning van de te verrichten activiteiten te worden opgesteld.

Indien ook na dit nader onderzoek een benchmark-traject haalbaar lijkt, zal een praktijktest moeten uitwijzen of de gevraagde gegevens leverbaar zijn en in hoeverre de resultaten meerwaarde voor het management van de instellingen genereren.

Zodra duidelijk wordt dat een praktijktest kan worden uitgevoerd, kunnen de voorbereidingen daarvoor starten. Dit betekent in de eerste plaats een selectie van instellingen. De koepelorganisaties zullen hiervoor een voorstel formuleren. Verder zal organisatorische voorbereiding moeten plaatsvinden. Ook hiervoor zal in overleg met opdrachtgevers en koepelorganisaties een activiteitschema en een planning moeten worden opgesteld.

Voor het uitvoeren van de praktijktest in het kader van het benchmark-onderzoek en de verdere uitvoering van het onderzoek zijn de volgende stappen noodzakelijk:

- Voorbereiden van de praktijktest, selectie van instellingen.
- Uitvoeren van de praktijktest.
- Evalueren van de resultaten in termen van uitvoerbaarheid en meerwaarde voor de instellingen.
- Ontwikkelen van voorstellen met betrekking tot het eventueel uitvoeren van een benchmark-traject; hierbij kan gedacht worden aan zaken als eigendomsrecht van bij de benchmark te gebruiken bestaande registratie-instrumenten maar ook aan aspecten als frequentie van een benchmark-onderzoek of de vraag onder wiens verantwoordelijkheid en door welke instantie een benchmark-onderzoek zou moeten worden uitgevoerd
- Opstellen van de eindrapportage.

Gestreefd wordt naar een start van de praktijktoets begin september. De praktijktoets zal ongeveer een maand in beslag nemen.

Na afronding van de praktijktoets kan de eindrapportage samengesteld worden.

In de tussentijd zal regelmatig overleg met de koepelorganisaties worden gevoerd om eerste bevindingen terug te rapporteren en van gedachten te wisselen over de interpretatie.

7.4 COMMUNICATIE

In het traject tot nog toe heeft geen gerichte voorlichting over het project aan derden plaatsgevonden. In de komende tijd, waarin vanwege de praktijktest het project meer bekendheid zal krijgen, is een communicatieplan zeer gewenst. Wij gaan ervan uit dat dit op korte termijn kan worden opgezet en wij zullen daaraan een bijdrage leveren.

Gerichte communicatie door of in samenwerking met de koepelorganisaties is van groot belang voor het peilen of vergroten van het draagvlak bij de instellingen voor een eventueel benchmark-traject.

BIJLAGE

DE DATA ENVELOPMENT ANALYSIS

DE DATA ENVELOPMENT ANALYSIS

Met behulp van de DEA-methodiek wordt de doelmatigheid van de instellingen gemeten door de productie van een instelling te confronteren met de daarvoor gemaakte kosten. Het gebruik van deze methodiek maakt het mogelijk om de doelmatigheid in engere zin van gelijksoortige instellingen met elkaar te vergelijken en de meest doelmatige instellingen te identificeren. De nadruk ligt op middelen die in een eenduidige relatie staan tot hetgeen gerealiseerd moet worden: meer van het één (input) leidt tot meer van het ander (output).

Binnen de DEA-techniek worden drie soorten efficiëntie onderscheiden, te weten:

- Technische (in)efficiëntie: de mate waarin het mogelijk is tegen lagere kosten dezelfde productie in (vrijwel) dezelfde samenstelling te realiseren.
- Allocatieve (in)efficiëntie: de mate waarin het mogelijk is tegen minder kosten dezelfde productie te realiseren door input te substitueren door input met lagere prijzen.
- Schaafefficiëntie: de mate waarin er sprake is van schaalvoordelen.

De eerste twee vormen van efficiëntie worden tezamen kostenefficiëntie genoemd. In het haalbaarheidsonderzoek worden alle drie de vormen onderzocht.

Om de meest doelmatige instellingen te kunnen bepalen, wordt de productie per product gedeeld door de totale kosten. Vervolgens wordt de verhouding tussen de totale productenmix van de instelling en de kosten berekend. De kosten kunnen daarbij desgewenst worden uitgesplitst naar personele kosten, huisvestingskosten, automatiseringskosten, enz.

De DEA-methodiek clustert vervolgens instellingen met een vergelijkbare productenmix. De instellingen die de productenmix tegen de laagste kosten realiseren, zijn het meest doelmatig binnen hun cluster en liggen daarmee op de zogenoemde efficiency-frontier. De andere instellingen in de cluster (peer group) kunnen zich aan de instelling(en) op de efficiency-frontier spiegelen.

De DEA-methodiek maakt het mogelijk rekening te houden met een groter aantal factoren dat een rol speelt bij de doelmatigheid dan alleen de input en output. Er kan bijvoorbeeld subclustering plaatsvinden naar schaalgrootte of regiokenmerken.

**HAALBAARHEIDSONDERZOEK
BENCHMARK VERPLEGING EN VERZORGING**

NOTITIE INZAKE ENKELE BASISPRINCIPES, 16 APRIL 1997

INLEIDING

Om te kunnen nagaan of en zo ja op welke wijze in de sector verpleging en verzorging benchmarking van instellingen haalbaar is, zal er allereerst moeten worden besloten welke activiteiten daarvoor moeten worden verricht. Vervolgens dient te worden vastgesteld welke instellingsgegevens beschikbaar zouden moeten zijn om een benchmark te kunnen uitvoeren. Pas dan kan worden onderzocht of de benodigde gegevens leverbaar zijn. Om een verantwoorde selectie van gegevens te kunnen maken, zal een denkmiddel voor benchmarking gekozen moeten worden. In deze notitie worden enkele basisgedachten daarover weergegeven. Vooraf wordt opgemerkt dat het begrip doelmatigheid breed wordt opgevat: ook het begrip kwaliteit valt daaronder.

HAALBAARHEIDSONDERZOEK VEREIST REEKS VAN ACTIVITEITEN

Het haalbaarheidsonderzoek kan inhoudelijk worden opgesplitst in een opeenvolgende reeks van activiteiten.

A. Productdefiniëring

1. Het bestuderen van reeds bestaande analyses van (primaire) processen danwel het aanvullende daarop verrichten van procesanalyses; de analyse dient zich niet alleen te richten op kwantitatieve aspecten maar ook op kwalitatieve;
2. Het op basis van de procesanalyses formuleren van samenhangende zorgpakketten;
3. Het op basis van deze zorgpakketten formuleren van producten. Een van de belangrijkste aandachtspunten daarbij is de vraag of voor de sector verpleeghuizen en de sector verzorgingshuizen verschillende productbeschrijvingen nodig zijn.

B. Doelmatigheid

1. Het aanbrengen van verbanden tussen de gedefinieerde producten enerzijds en de inzet van personeel en middelen anderzijds
2. Het benoemen van de aard van de voor benchmark relevante kengetallen die de verhouding tussen productie en inzet van personeel en middelen adequaat weer-geven. Een heldere en eenduidige definiëring is van cruciaal belang.
3. Het beschrijven van de verwachte verbanden tussen de geformuleerde kengetallen en daarmee het vormgeven van een denkmodel voor de meting van doelmatig-heid. Daarbij zal bezien moeten worden in hoeverre er voor verpleeghuizen en verzorgingshuizen verschillende modellen nodig zijn.

C. Bedrijfsvoering

1. Het benoemen van aspecten die van belang zijn voor het genereren van suggesties voor doelmatigheidsbevordering. Dit houdt in het vormgeven van een denkmodel voor het verkrijgen van inzicht in de bedrijfsvoering. Ook hierbij speelt de vraag in hoeverre volstaan kan worden met een gezamenlijk model voor verpleeghuizen en verzorgingshuizen;
2. Het bepalen van de waardes op de assen in het bedrijfsvoeringsmodel: wanneer scoort een instelling hoog en wanneer niet?

D. Het denkmodel als geheel

1. Het formuleren van de verwachte verbanden tussen scores in het doelmatigheids-model en scores in het bedrijfsvoeringsmodel;
2. Het beschrijven van de gegevens die nodig zijn om de modellen te kunnen vullen.

E. De praktijktest

1. Het uitvoeren van een praktijktest om te kunnen nagaan of de gevraagde gegevens leverbaar zijn en of de gegevens daadwerkelijk het beoogde inzicht opleveren.

Het resultaat van deze activiteiten is een denkmodel voor benchmarking dat in de praktijk kan worden toegepast en dat ook bij wijzigingen in de productomschrijvin-gen nog steeds kan worden toegepast.

Doordenkend over de in het bovenstaande genoemde activiteiten beginnen de contouren van het denkmodel (en niet meer dan dat) enigszins zichtbaar te worden.

DOELMATIGHEIDS- EN BEDRIJFSVOERINGSMODEL ONLOSMAKELIJK MET ELKAAR VERBONDEN

Benchmarken is niet alleen het vergelijken van de prestaties van instellingen met elkaar, maar ook het genereren van suggesties voor verbetering van prestaties. Vergelijken van prestaties vraagt om een doelmatigheidsmodel, waarin die factoren zijn opgenomen die de prestaties en de daarvoor benodigde inzet aan personeel en middelen in beeld brengen. Het verbeteren van prestaties vraagt om een bedrijfsvoeringsmodel dat inzicht geeft in de wijze waarop de instelling tot de geleverde prestaties komt.

Extra aandacht is nodig voor de relatie tussen het doelmatigheids- en het bedrijfsvoeringsmodel: correspondeert een bepaald kengetal inderdaad met een bepaalde waarde in het bedrijfsvoeringsmodel?

DOELMATIGHEIDSMODEL VEREIST INZICHT IN PROCESSEN

Inzicht in doelmatigheid betekent inzicht in prestaties versus inzet van personeel en middelen. De offerte-aanvraag noemt een aantal kengetallen die in ieder geval beschikbaar dienen te komen:

- De verhouding tussen productie en zorgbudget
- De verhouding tussen productie en het daarvoor benodigde zorgpersoneel
- De verhouding tussen productie en het daarvoor benodigde faciliterend personeel
- De verhouding zorgpersoneel versus faciliterend personeel
- De verhouding tussen productie en het totale daarvoor benodigde personeel
- De kosten per personeelslid
- De verhouding tussen direct productieve tijd versus indirect productieve tijd van het zorgpersoneel
- De verhouding tussen exploitatieresultaat en COTG-budget

Deze lijst is niet volledig, al was het maar omdat indicatoren voor kwaliteit en voor sociaal beleid ontbreken. Wel geeft de opsomming een beeld van het type informatie dat in ieder geval benodigd is.

Het goed definiëren van de productie is cruciaal. Het is zaak om daarbij niet alleen uit te gaan van de producten zoals die op dit moment door de koepels worden omschreven, maar ook vooruit te kijken naar de situatie dat er nieuwe productomschrijvingen in gebruik zullen zijn.

Omdat nog niet bekend is hoe deze eruit zullen zien, is de enige wijze om rekening te houden met wijzigingen in de productomschrijvingen het analyseren van de *processen* die zich in een instelling afspelen. Nieuwe productomschrijvingen zullen immers hoogstwaarschijnlijk berusten op een clustering van processen zoals die binnen de instellingen worden aangetroffen. Het gaat er dus om de geleverde producten eerst uiteen te rafelen, zodat daarna iedere gewenste clustering tot producten gemaakt kan worden.

IPOO-MODEL IS BASIS VOOR DOELMATIGHEIDSMODEL

Bij het ontwikkelen van het denkmodel zijn wij uitgegaan van de reeks "Input, Proces, Output en Outcome" (IPOO).

Schematisch kan een en ander als volgt worden weergegeven.

Input	Proces	Output	Outcome
personeel	helpen met wassen		interne waarde-ring
middelen	helpen met kleden	EBIS en LZV	externe waarde-ring
	helpen met enz.		positie in de maatschappij
	voeding bereiden		kwaliteit
	wasserij		
	wonen		
	apotheek/laboratorium		
	automatisering		
	directie/staf/adm./P&O		

De procesonderdelen helpen met wassen/kleden/.....enz. geven het primaire proces weer, de onderdelen voeding bereiden tot en met directie/staf/administratie/P&O geven het facilitaire proces weer. Op het primaire proces komen wij nog nader terug.

Als output (producten) kunnen de door de instellingen geleverde zorgpakketten worden beschouwd. Op dit moment zijn deze te definiëren via de registraties van EBIS en SIVIS/LZV.

De outcome is het feite de kwalificatie van de geleverde producten. Naast de kwaliteit zijn er de aspecten interne waardering (beoordeling door het personeel, zich uitend in onder andere ziekteverzuim), externe waardering (beoordeling door cliënten maar ook door bijvoorbeeld samenwerkingspartners) en positie in de maatschappij (bijvoorbeeld het imago, werkgelegenheid). Het is de vraag of het laatste aspect kan en moet worden meegenomen in een benchmarkmodel, maar het vormt zeker een onderdeel van de waardering van de producten.

Een aspect dat naar onze mening eveneens relevant is, en wellicht als een vorm van kwaliteit beschouwd kan worden, is de mate waarin de producten van de instelling aansluiten bij de zorgvraag in de regio. Hoe dit aspect geoperationaliseerd kan worden, is overigens geen eenvoudige vraag.

De productomschrijving bevat aldus zowel een kwantitatief als een kwalitatief aspect. Zowel de aard en omvang van de producten als de waardering van de producten en de mate waarin zij aansluiten bij de vraag zijn een integraal onderdeel van de productomschrijving.

VOOR IN KAART BRENGEN PRODUCTIE REEDS VEEL GEGEVENS BESCHIKBAAR

Zowel in verpleeghuizen als in verzorgingshuizen worden al jarenlang gegevens verzameld inzake de te verlenen en verleende zorg. In de bijlage is een korte omschrijving opgenomen.

Een eerste bestudering leert dat er tussen de zorgregistratie in verpleeghuizen en die in verzorgingshuizen overeenkomsten bestaan.

In de volgende tabel wordt dit weergegeven.

Hulp bij:	verzorgingshuis	verpleeghuis
a. Wassen (gedifferentieerd)	X	X
b. Kleden (gedifferentieerd)	X	X
c. Toiletbezoek/incontinentie	X	X
d. Mobiliteit	X	X
e. In/uit bed		X
f. Maaltijden (gedifferentieerd)	X	X
g. Communicatie	X	X
h. Instrumenteel technische zorg	X	
i. Onrustig gedrag	X	
j. Verbaal geweld		X
k. Lichamelijke agressie		X
l. Regressief gedrag		X
m. Geheugenproblemen	X	
n. Zwerfneigingen	X	
o. Hallucinaties		X

Een nadere analyse is vereist om te kunnen nagaan in hoeverre de begripsomschrijvingen van beide registraties eenduidig zijn danwel eenduidig te maken zijn.

Clustering van twee of meer van de in de tabel genoemde zorgprocessen leidt tot het benoemen van producten.

Via de vertaling van zorgprocessen in het benodigde aantal minuten en vervolgens weer in inzet van zorgpersoneel, kan in het denkmodel een relatie worden gelegd tussen input en output. Om deze vertaling te kunnen maken zal tevens moeten worden aangegeven welke deskundigheidsniveaus noodzakelijk zijn. Ook zal bepaald moeten worden welk percentage aan indirecte tijd wordt gehanteerd.

Daarbij moet bedacht worden dat het model op dit moment zich nog beperkt tot de zorgprocessen en het zorgpersoneel. Bezien moet worden hoe ook andere patiëntgebonden activiteiten en het daarvoor benodigde personeel in het model kunnen worden ingebracht.

Het doel van deze brochure is om de thuiszorginstellingen en andere bij het onderzoek betrokken partijen te informeren over de inhoud en opzet van het benchmarkonderzoek en het te hanteren analysemodel. Hierbij wordt aangegeven hoe het benchmarkonderzoek in de tweede helft van 1998 wordt uitgevoerd en op welke wijze de instellingen worden gevraagd hieraan een bijdrage te leveren door het beschikbaar stellen van gegevens. Wij beogen u door middel van deze brochure een overzichtelijk naslagwerk te geven, waarvan u zowel nu als in de toekomst bij een eventuele herhaling van het benchmarkonderzoek gebruik kunt maken.

Gelet op het belang van de uitkomsten van het onderzoek voor de verdere vormgeving en inrichting van de sector, vertrouwen wij op uw medewerking bij de uitvoering van het benchmarkonderzoek. Alleen uw directe betrokkenheid en inzet kan in de komende jaren daadwerkelijk bijdragen aan een verdere versterking van de doelmatigheid en kwaliteit binnen de sector thuiszorg.

F.A.N.M. Clevers,



Directeur
Landelijke Vereniging
voor Thuiszorg

mr. W.B. Jongma,



Secretaris
Branchebelang
Thuiszorg Nederland

drs. N.C. Oudendijk,



Directeur Curatieve
en Somatische Zorg
Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Alleen dan kan onder andere zichtbaar gemaakt worden wat de effecten zijn van de keuze van een instelling voor bijvoorbeeld meer activiteitenbegeleiding inplaats van zorgpersoneel (visie van de instelling).

KENGETALLEN PER PRODUCT WENSELIJK

Om een voldoende gedifferentieerd beeld te krijgen is het noodzakelijk om de personele en financiële kengetallen voor ieder product afzonderlijk te benoemen. Uiteraard zal vervolgens bundeling moeten plaatsvinden.

KWALITEIT IS ESSENTIEEL ONDERDEEL VAN DOELMATIGHEIDSMODEL

Kwaliteitsaspecten kunnen in een doelmatigheidsmodel niet gemist worden. De wijze waarop de prestaties van instellingen langs deze as gemeten kunnen worden, vergt nog nadere bestudering. Gedacht kan worden aan aspecten als:

- cliënttevredenheidsonderzoek
- aanwezigheid van zorgplannen en -contracten
- aanwezigheid van een kwaliteitsbeleid
- klachtenafhandeling
- privacyvoorschriften
- veiligheidsvoorschriften.

GEKOZEN FACTOREN DIENEN MET ELKAAR IN VERBAND TE WORDEN GEBRACHT

De factoren die uiteindelijk onderdeel van de doelmatigheidsmeting zullen gaan vormen, zullen inzichtelijk gemaakt moeten worden. Dit kan via de bekende "spinnewebben", waarbij op de ene as bijvoorbeeld de verhouding tussen direct en indirect personeel wordt benoemd, op een andere as de verhouding tussen productie en budget en op weer een andere as een van de kwaliteitsaspecten.

Het is vervolgens essentieel om tussen de verschillende assen de juiste *relaties* te leggen. Hoe verhoudt zich de personele inzet tot de kwaliteit? Gaat een wijziging in de verhouding tussen directe en indirecte tijd van het zorgpersoneel samen met een wijziging in het ziekteverzuim?

REEDS VERZAMELDE GEGEVENS BASIS VOOR BEDRIJFSVOERINGSMODEL

Voor het opstellen van een bedrijfsvoeringsmodel lijkt de door de koepelorganisaties reeds verzamelde informatie een praktische basis te vormen. Ook deze gegevens (en de eventuele aanvullingen daarop) kunnen in een “spinnweb” worden weergegeven. De assen kunnen mogelijk benoemd worden via de indeling die de WZF hanteert:

- Strategie
- Structuur
- Algemeen beheer
- Zorgorganisatie
- Personeelsmanagement
- Techniek
- Voeding
- Financiën

Een vraag die vervolgens zal moeten worden beantwoord, is de vraag wanneer een organisatie hoog en wanneer een organisatie laag scoort op de assen. Wanneer heeft een organisatie een “goed” personeelsmanagement?

Als aanknopingspunt zien wij in dit opzicht het model van het Instituut voor Nederlandse Kwaliteitszorg. In het op zorginstellingen toegesneden model wordt met het oog op de doelstelling van zorgverleners een indeling gemaakt in vijf categorieën organisaties, de een dichterbij het doel dan de ander. Om de positie van de organisatie te bepalen wordt een meting verricht op de dimensies:

- Leiderschap
- Beleid en strategie
- Procesmanagement
- Personeelsmanagement
- Middelenmanagement

Het INK-model bevat een uitgewerkte vragenlijst om de positie van een organisatie te kunnen meten. Het model is bij wijze van vingeroefening door ons vertaald voor de sector verpleging en verzorging.

SLOT

In deze notitie zijn op beknopte wijze enige uitgangspunten weergegeven. De opzet is om zoveel mogelijk aan te sluiten bij de in de sector al aanwezige registraties en modellen. Het uitwerken daarvan dient echter niet te worden onderschat. Een voldoende betrouwbaar denkmodel vereist het zeer zorgvuldig uitvoeren van de in deze notitie beschreven activiteiten.

BIJLAGE: ZORGZWAARTEMETING IN VERZORGINGSHUIZEN EN VERPLEEGHUIZEN

Verzorgingshuis

1. Kleden (4 registratiemogelijkheden)
0 = kan zich geheel zelfstandig aan- en uitkleden;
1 = kan zich grotendeels zelfstandig aan- en uitkleden, maar heeft bij het aantrekken van sommige kledingstukken aanvullende hulp nodig;
2 = is bij het aan- en uitkleden afhankelijk van volledige hulp van 1 verzorgende;
3 = is bij het aan- en uitkleden afhankelijk van volledige hulp van meer verzorgenden.
2. Wassen (3)
3. Toiletgang (4)
4. Eten/consumpties (3)
5. Mobiliteit (3)
6. Instrumenteel-technische zorg (3)
7. Onrustig gedrag (4)
8. Geheugen (4)
9. Zwerfneigingen (4)
10. Communicatie (4)

Bij iedere categorie kan op drie of vier niveaus gescoord worden. Dit staat tussen haakjes aangegeven. Op grond van de score zijn diverse zorgzwaarteprofielen te benoemen:

1. De bewoner heeft behoefte aan aanvullende zorg (een handreiking of enige ondersteuning bij een zorghandeling) op afroep. De bewoner geeft aan wanneer hij/zij bij de algemene dagelijkse verrichtingen hulp nodig heeft.
(Maximaal benodigde zorg is 35 minuten per dag).
2. De bewoner heeft behoefte aan aanvullende zorg op afspraak. De bewoner heeft bij enkele algemene dagelijkse verrichtingen structureel ondersteuning of begeleiding nodig.
(Maximaal benodigde zorg is 75 minuten per dag).
3. De bewoner heeft aanvullende zorg nodig bij enkele dagelijkse levensverrichtingen, tevens is bij sommige verrichtingen overnemende zorg (de handelingen kunnen niet meer door de bewoner worden uitgevoerd) noodzakelijk. Er is soms gerichte ondersteuning nodig bij het psycho-sociale functioneren.
(Maximaal benodigde zorg is 120 minuten per dag).

4. De bewoner is niet in staat tot een groot aantal algemene dagelijkse levensverrichtingen en ontvangt daarom veel overnemende zorg. Er is sprake van structurele begeleiding bij het psycho-sociale functioneren.
(Maximaal benodigde zorg is 165 minuten per dag).
5. De bewoner is tot geen van de dagelijkse levensverrichtingen in staat. Er is daarom sprake van totale overnemende zorg. Deze zorg moet in veel gevallen door twee verzorgenden worden gegeven. Het psycho-sociaal functioneren vraagt om intensieve begeleiding.
(Maximaal benodigde zorg is 260 minuten per dag).

Verpleeghuis:

De gegevens die volgens de LZV-registratie worden gescoord zijn:

- * spraak/taal
- * rolstoel
- * wassen boven
- * wassen onder
- * kleden
- * in/uit bed
- * toiletbezoek
- * lopen
- * staan
- * eten
- * urine
- * faeces
- * personen
- * communicatie passief
- * verbaal geweld
- * lichamelijke agressie
- * regressief gedrag
- * hallucinaties

Ook op deze gegevens wordt gescoord met 0 (=normaal), 1 (=enige hulp), 2 (=volledige hulp), 8 (=niet te beoordelen) en 9 (=niet in zorgplan).

De LZV-registratie is echter een systematiek die nog niet uitgebreid toegepast wordt, maar waar in de nabije toekomst op overgegaan zal worden. De SIVIS-registratie (hulpindex) bevat echter grotendeels vergelijkbare gegevens.