



Benchmarking in de sector Verstandelijk Gehandicaptenzorg

Definitieve tussenrapportage

Benchmarking in de sector Verstandelijk Gehandicaptenzorg

Definitieve tussenrapportage

Utrecht, 12 juni 1998

Drs. M.E.M. van Dijen (projectleider)

Drs. M. Bijker

M. Daalhuysen RA

Ing. W.A. Groothuis

Drs. H.K. Griffioen

Drs. G. Jansen van Rosendaal

Ir. F.F.J.M. Schaepkens RC

Dr. R.A. Stegwee

Drs. A.W. Weermeijer

Doc: 0798f

Inhoudsopgave

	Samenvatting benchmark-model	— 4
1	Inleiding	— 10
1.1	Achtergrond	10
1.2	Opdracht	10
1.2.1	Beschrijving	10
1.2.2	Referentiekader	12
1.2.3	Afbakening onderzoeksterrein	12
1.3	Werkwijze	14
1.3.1	Initieel Plan van aanpak	14
1.3.2	Bronnenanalyse	14
1.3.3	Overleg hoofdwerkgroep en subwerkgroep	15
1.3.4	Overleg NIZW/NZi (alsmede HHM)	15
1.3.5	Overleg met pilotinstellingen	17
1.3.6	Wijzigingen in planning	17
1.4	Opbouw rapportage	19
2	Vraagstukken bij ontwikkeling benchmarking	— 20
2.1	Rol van benchmarking in de huidige visie-ontwikkelingen	20
2.2	Bepaling niveau van benchmarking	20
2.2.1	Organisatieniveau	20
2.2.2	Toerekening overheadkosten	25
2.3	Producttypering	27
2.4	Toerekening en homogeniteit van kosten; kostprijsbepaling	28
2.5	Zorgzwaartemeting	31
2.5.1	Context zorgzwaarte	31
2.5.2	Beschrijving tijdelijke oplossing	32
2.5.3	Toelichting op de HHM-methodiek	32
2.5.4	Percepties pilotinstellingen over toepasbaarheid HHM-model	33
3	Benchmarkmodel en meetinstrumentarium	— 35
3.1	Structuur van het benchmark-model	35
3.2	Besturingsgebieden	36
3.2.1	Markt en Omgeving	36
3.2.2	Input	36
3.2.3	Proces	37
3.2.4	Output	37

3.2.5	Besturing	38
3.3	Beschrijving van het meetinstrumentarium	38
3.4	Algemene opmerkingen	40
4	Conclusies en aanbevelingen	— 42
4.1	Haalbaarheid invulling invulschema's	42
4.1.1	Inleiding	42
4.1.2	Haalbaarheid	42
4.1.3	Algemene conclusie	44
4.2	Haalbaarheid kostprijsberekening	44
4.3	Haalbaarheid correctie verschillen in cliëntenmix	46
4.4	Aanbevelingen	47
4.4.1	Benchmarkniveaus	47
4.4.2	Kostentoerekening	47
4.4.3	Vervolgplanning	47
4.4.4	Wegings- en beoordelingssystematiek	48
4.4.5	Ontwikkeling referentiegetallen personele inzet	49
4.4.6	Kostprijsberekening in relatie tot externe budgettering	49
4.4.7	Macrobeleid benchmarking	50
4.4.8	Slotconclusie	51

Samenvatting benchmark-model

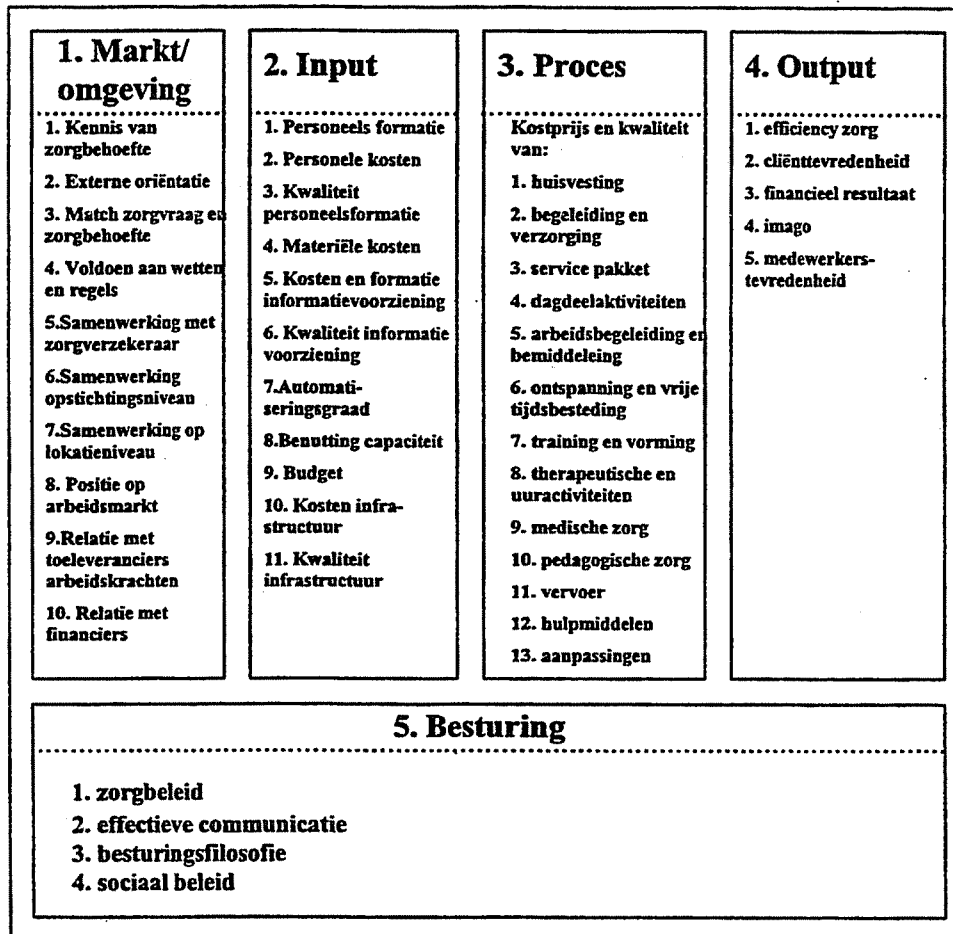
Structuur van het benchmark-model

Het benchmark-model is opgebouwd volgens een boomstructuur, waarbij men beginnend bij specifieke, gedetailleerde onderwerpen tot conclusies over de algehele performance komt. Inhoudelijk worden in het model 5 besturingsgebieden onderscheiden: markt & omgeving, input, proces, output en besturing. Elk van deze besturingsgebieden is vervolgens verdeeld in een aantal prestatie-indicatoren. De prestatie-indicatoren zijn opgebouwd uit kengetallen. De invulling van de kengetallen geschiedt doordat per kengetal vragen zijn geformuleerd. Het benchmark-model kent aldus de volgende aggregatieniveau's:

- **Benchmark-model**
 - **Score besturingsgebieden**
 - **Score op prestatie-indicatoren**
 - **Score op kengetallen**
 - **Score op vragen/antwoorden**

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

BENCHMARK-MODEL VG



Door de boomstructuur kan op elk aggregatieniveau een score worden berekend voor de prestaties en kan deze score worden verklaard uit de bevindingen op het onderliggende aggregatieniveau. Hierdoor krijgt men inzicht in de wijze waarop tot bepaalde prestatiescores wordt gekomen en, heel belangrijk, in de aangrijpingspunten voor verbetering.

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

Beschrijving van het meetinstrumentarium

De boomstructuur van het benchmark-model is uitgewerkt in een meetinstrumentarium. Hiertoe zijn de vraagonderwerpen van de boomstructuur bewerkt tot eenduidige vraagformuleringen. Ten behoeve van de verschillende soorten vraagformuleringen zijn vervolgens antwoordstramien en gedefinieerd. Elk type antwoordstramien bevat een samenhangend cluster antwoordcategorieën die passend zijn voor de soort vraag. Aan elke vraagformulering is een antwoordstramien gekoppeld.

Daarbij zijn de te onderscheiden respondentgroepen gedefinieerd. Er worden thans 12 respondentgroepen onderscheiden. Elke vraag is vervolgens aan één of meer respondentgroepen toegewezen. De meeste vragen worden door verschillende respondentgroepen beantwoord, onder meer uit oogpunt van interne controle. Er zijn dus 12 soorten vragenlijsten: één per respondentgroep.

Op dit moment zijn de antwoordstramien en, respondentgroepen en organisatieniveaus voorlopig bepaald en aan de vragen toegewezen. De validering in de instellingen moet nog gebeuren en zal ongetwijfeld tot de nodige aanpassingen leiden op dit punt.

Voor de kwantitatieve gegevensverzameling zijn invulschema's ontwikkeld.

Scorings- en analysemethodiek

Binnen de scoringsmethodiek dient uiteindelijk per vraag één gemiddeld antwoord per instelling te worden bepaald. Om de antwoorden van meerdere respondenten tot één gemiddeld antwoord te herleiden wordt een specifieke statistische techniek toegepast. Aan iedere antwoordcategorie hangt een *normatieve waarde*. Het werkelijk behaalde aantal punten met de onderliggende vragen, wordt gedeeld door het maximaal te halen aantal punten. Zodoende ontstaat de score op het niveau van kengetal uitgedrukt als een percentage. De hoogte van een kengetal kan dus variëren tussen de 0% en 100%. Een uitkomst van 100% impliceert dat de maximale score is behaald.

De weging die aan de vragen, kengetallen en prestatie-indicatoren moet worden gegeven zal uiteindelijk op basis van een te kiezen wegingsmethodiek moeten worden bepaald.

Score op prestatie-indicator en besturingsgebied

De scores van kengetallen kunnen worden geaggregeerd tot het niveau van prestatie-indicatoren en besturingsgebieden. De score per prestatie-indicator wordt berekend als het gemiddelde van de scores van de onderliggende kengetallen. Evenals de score per kengetal geldt ook voor de score per prestatie-indicator dat de uitkomst een percentage is. De hoogte kan dus variëren tussen de 0% en 100%. Een uitkomst van 100% impliceert dat de maximale score is behaald. Dezelfde methode wordt gevolgd voor de totstandkoming van de score per besturingsgebied op basis van de onderliggende prestatie-indicatoren.

Interpretatie scores op kengetallen, prestatie-indicatoren en besturingsgebieden

Voor alle scores (zowel per besturingsgebied, prestatie-indicator als kengetal) geldt dat vooraf geen absolute uitspraak is te doen over wat als “goed” of “slecht” is te bestempelen. Het doel van de benchmark is juist om de werkelijke scores te meten en te vergelijken en op zoek te gaan naar wat nu eigenlijk als goed en minder goed is te bestempelen.

Stel dat voorafgaand aan een meting de uitspraak zou worden gedaan dat een score van 80% voor een besturingsgebied “goed” is. Indien blijkt dat alle andere instellingen hoger dan 80% halen, is dit echter minder “goed” dan wanneer de andere instellingen gemiddeld 50 % blijken te halen. Interessanter is om een analyse te maken van de spreiding van de scores van alle instellingen en de opbouw van deze scores te onderzoeken. Individuele instellingen kunnen vervolgens hun scores vergelijken met de gemiddelde scores en de beste score van de sector om hun eigen prestaties te beoordelen. Door analyse van de uitkomsten op het onderliggend niveau kan de oorzaak worden gezocht van de afwijkingen. Kortom, de relatieve vergelijking van de scores is veeleer bepalend voor wat men als een “goede” en als een minder “goede” prestatie wil beschouwen.

Inhoud Benchmark-rapportage

Na uitvoering van de enquête onder de verschillende respondentgroepen, worden de antwoorden verwerkt in een databasemodel dat de gegevens analyseert en in een rapportage verwerkt. In deze rapportages worden de scores op het niveau van kengetallen, prestatie-indicatoren en besturingsgebieden weergegeven op onder andere de volgende wijzen:

- rapportage per besturingsgebied over de instellingen heen:
 - gemiddelde score besturingsgebied

- . standaarddeviatie score besturingsgebied
- . hoogste en laagste behaalde score besturingsgebied
- . grafiek van verloop van de score op het besturingsgebied over de instellingen
- . absolute bijdrage van elke prestatie-indicator binnen het besturingsgebied
- . relatieve bijdrage van elke prestatie-indicator binnen het besturingsgebied
- rapportage per prestatie-indicator over de instellingen heen
 - . idem als de rapportage per besturingsgebied, maar dan op het niveau van de prestatie-indicatoren
- rapportage per kengetal over de instellingen heen:
 - . gemiddelde score besturingsgebied
 - . standaarddeviatie score besturingsgebied
 - . hoogste en laagste behaalde score besturingsgebied
- grafiek van verloop van de score op het besturingsgebied over de instellingen
- rapportage per vraag over de instellingen heen
 - . Verdeling van de gemiddelde antwoorden op de vraagonderwerpen over de instellingen
 - . gemiddelde score per vraag
 - . standaarddeviatie score per vraag
 - . hoogste en laagste behaalde score per vraag
- Samenvatting uitkomsten.

Voor de rapportages per instelling wordt de score van de betreffende instelling aan elk van de bovenstaande rapportagedelen toegevoegd.

Algemene opmerkingen over het benchmark-model

Naar aanleiding van een tweetal reeksen valideringsgesprekken met sleutelfunctionarissen binnen de pilotinstellingen zijn de werkversies van het benchmark-model sterk aangepast en verbeterd. Dit neemt niet weg dat een aantal aandachtspunten blijven bestaan waarvan het belang is deze kort onder de aandacht te brengen. Daarbij wordt aangegeven op welke wijze wij voorstaan hiermee om te gaan.

Het eerste aandachtspunt is de noodzaak een adequate leeswijzer bij het meetinstrumentarium op te nemen. Deze leeswijzer moet voorzien in een eenduidige definiëring van de in het benchmark-model gehanteerde begrippen. Voorts dient de leeswijzer aanwijzingen te bevatten omtrent de wijze waarop de vragenlijsten ingevuld behoren te worden.

Een ander aandachtspunt is het vraagstuk welke mate van detail van het benchmark wenselijk moet worden geacht.

Dit is een afweging tussen enerzijds compleetheid en anderzijds haalbaarheid. Het is vooralsnog een arbitraire zaak om de begrenzing op basis van de reacties van de pilotinstellingen te bepalen.

Enerzijds is naar het oordeel van enkele van de gesprekspartners het model erg uitgebreid. Anderzijds geeft men aan wat men nog in het model toegevoegd zou willen hebben dan wel wordt de “compleetheid” van het model geprezen. Indien de integrale bouwstructuur van het model wordt opgedeeld naar vragenlijsten per respondentgroep, wordt het naar ons oordeel beter mogelijk de huidige omvang te beoordelen. Wanneer in een vervolgfase mocht blijken dat de vragenlijsten naar het oordeel van betrokkenen te omvangrijk zijn, zal de relevantie van vragen in een volgende pilot worden getoetst.

Ten aanzien van het in het model gehanteerde VGN-rekeningschema wordt door de instellingen het bezwaar geuit dat deze met name in het intramurale deel van de sector wordt toegepast. Gezien de wens binnen de GZ dit rekeningschema in de gehele sector toe te gaan passen, gevoegd bij de beschikbaarheid van conversietabellen hebben wij gemeend dat het benchmark-model één op één moet aansluiten op het VGN-rekeningschema.

Een ander punt van aandacht is het feit dat uitkomsten van sommige vragen zowel positief als negatief kunnen worden geduid. Indien eenduidigheid in de interpretatie van de uitkomsten, niet goed mogelijk is dan worden de betreffende vragen als “verklarende variabelen” opgenomen en kunnen geen onderdeel meer uitmaken van de kengetallen en prestatie indicatoren in het model. Een soortgelijke benaderingswijze stellen wij voor ten aanzien van vragen die een causaal verband hebben met de schaalgrootte van de instellingen.

Voorts zijn enkele geïnterviewden van mening dat het model in het algemeen een enigszins intramuraal karakter heeft. Wij stellen voor dit in een volgende pilot te toetsen.

1 Inleiding

1.1 Achtergrond

Periodiek entameert het Kabinet interdepartementale beleidsonderzoeken. In het kader van het thema “Financiële vernieuwing” is als onderwerp geselecteerd: benchmarking in de AWBZ. Dit onderwerp wordt aangestuurd door een hoofdwerggroep waarin participeren de departementen van VWS, Financiën, AZ, EZ en SZW. Daarnaast zijn SCP en NZi vertegenwoordigd. De hoofdwerggroep heeft als opdracht meegekregen een set van kengetallen te ontwikkelen per sector. Op basis van een regelmatige meting van (de spreiding van) de scores moeten best practices getypeerd worden. Het inzicht dat ontwikkeld kan worden op basis van periodieke meting van kengetallen moet de pijler worden voor een incentivestructuur. Daarmee wordt gereguleerde competitie mogelijk. Doelmatigheidswinst die wordt behaald blijft in de sector. De hoofdwerggroep dient te onderzoeken of op basis van de best practice een vorm van outputfinanciering kan worden ontwikkeld.

1.2 Opdracht

1.2.1 Beschrijving

Het secretariaat van de hoofdwerggroep heeft de opdracht uitgewerkt in een notitie d.d. 15 oktober 1997, waarin als inhoud van het onderzoek de volgende acht punten worden genoemd:

- Het inventariseren, verzamelen en zo nodig ontwikkelen van relevante kengetallen op vier gebieden voor het kunnen meten van de prestaties van de instellingen (zie hieronder).
- Het zonodig definiëren van de producten van en kengetallen voor de instellingen dat hierop een bekostigingssystematiek kan worden gebaseerd. Hierbij dient zoveel mogelijk te worden aangesloten bij het in iedere sector al beschikbare materiaal.
- Het aangeven in hoeverre de gegevens om de kengetallen en de producten te meten nu reeds beschikbaar zijn, of beschikbaar kunnen komen, uit de bestaande instellingsadministraties.
- Aangeven welke aanpassingen in de instellingsadministraties noodzakelijk zijn om de kengetallen zo snel en goedkoop mogelijk te verzamelen.

- Het maken van een gefundeerde schatting van de best practice scores op de kengetallen (de benchmarks).
- Aangeven hoe tot invoering van benchmarking in de desbetreffende sector kan worden gekomen met zo min mogelijk gevolgen voor de continuïteit van het zorgaanbod (implementatietraject).
- Het vervullen van de secretariaatsfunctie van de desbetreffende subwerkgroep.
- Het periodiek rapporteren aan de desbetreffende subwerkgroep en de hoofdwerkgroep.

Tijdens een mondelinge toelichting kwam naar voren dat het tweede onderwerp: het ontwikkelen van een bekostigingssystematiek, in de werkgroep nog niet was uitgekristalliseerd. In ieder geval moet het resultaat van het onderzoek zijn: per (sub)sector een op basis van een representatieve steekproef ontwikkeld conceptueel kader.

De kengetallen moeten betrekking hebben op vier terreinen:

- efficiency van de interne bedrijfsvoering;
- kwaliteit van de dienstverlening;
- het geleverde productievolume;
- de financiële prestaties.

De werkgroep heeft vervolgens aangegeven dat het onderzoek in een drietal stappen uitgevoerd moet worden:

- stap 1: ontwikkelen van het benchmarkmodel; van belang hierbij is dat daarin alle door de werkgroep gewenste kengetallen zijn opgenomen.
- stap 2: toetsen van het ontwikkelde model bij een beperkt aantal instellingen. De werkgroep zegde toe ten behoeve van deze toetsing een referentiekader op te stellen. In paragraaf 1.2.2 wordt nader op dit referentiekader ingegaan.
- stap 3: verklaarbaar maken van geconstateerde of vermoedelijke verschillen in uitkomsten.

Voor de uitvoering van de stappen 1 en 2 heeft de werkgroep besloten om externe bureaus in te schakelen. De adviesgroep Gezondheidszorg van Moret Ernst & Young Management Consultants (MEY MC) heeft de opdracht voor de sector instellingen voor verstandelijk gehandicapten aanvaard. MEC MC heeft hiertoe een adviesteam ingesteld. Vanuit de opdrachtgever is een deelwerkgroep Gehandicaptenzorg in het leven geroepen die de rol van stuurgroep naar het adviesteam vervult. De projectleider van MEY MC rapporteert aan deze deelwerkgroep.

1.2.2 *Referentiekader*

Op 29 januari 1998 is een concept Referentiekader IBO Benchmarking AWBZ verschenen. Doel van het referentiekader is om de bureaus die benchmark-modellen (gaan) ontwikkelen in de vier onderscheiden sectoren van de AWBZ minimaal vergelijkbare kengetallen te laten opleveren, waardoor onderlinge vergelijking tussen de sectoren mogelijk wordt. Bij brief van 16 februari 1998 hebben wij op verzoek van de subwerkgroep gereageerd op dit referentiekader (zie bijlage I). Kort samengevat hebben wij de volgende punten van aandacht op het kader geformuleerd:

- de veronderstelling dat sprake zou zijn van enkelvoudige relaties tussen onafhankelijke en afhankelijke variabelen is een te grote abstractie van de werkelijkheid;
- output dient gedefinieerd te worden als product * aantal * zorgzwaarte * kwaliteit;
- normering van kengetallen spoort niet met de principes van benchmarking¹.

Verder is in het referentiekader nog geen rekening gehouden met het feit dat productomschrijvingen en zorgzwaartemetingen gebruikt worden voor het microniveau van de instellingen, terwijl het referentiekader vooral bedoeld is voor het macroniveau. Ook is de informatievoorziening in de sector niet afgestemd op de behoefte van het referentiekader.

Deze punten hebben wij meegenomen bij ons onderzoek. In overleg met de werkgroep GZ wordt het referentiekader in de werkgroep beschouwd als een product van visie-ontwikkeling.

1.2.3 *Afbakening onderzoeksterrein*

De gehandicaptenzorg is vanuit het oogpunt van benchmarkonderzoek een complexe sector. In de eerste plaats omdat er een veel grotere verscheidenheid aan instellingen onder vallen dan bijvoorbeeld onder de ouderenzorg. Het JOZ maakt onderscheid in intramuraal, semimuraal en overig categoriaal.

¹ In het referentiekader wordt gesproken over het idee om de kengetallen te gaan normeren; bij benchmarking is dit echter niet wenselijk. Onder normeren wordt dan verstaan het externe vaststellen van de grenswaarde(n) waaraan de scores op de kengetallen zouden moeten voldoen. De ervaring leert namelijk dat een dergelijke normering leidt tot onbetrouwbaarheid van de ingevulde gegevens: niet de werkelijkheid komt tot uitdrukking in de cijfers, maar de opgelegde wenselijkheid. Hiermee zou dan de benchmarking haar waarde hebben verloren.

Onder intramurale voorzieningen vallen instellingen voor verstandelijk gehandicapten, instellingen voor mensen met een zintuigelijke handicap en de vier grote woonvormen. Onder semimurale instellingen vallen de gezinsvervangende huizen met vooral een woonfunctie en de dagverblijven en activiteitencentra met een dagopvang-functie. De overige categoriale voorzieningen behoren niet tot de reguliere voorzieningen van de AWBZ.

Het onderzoek beperkt zich tot de instellingen voor verstandelijk gehandicapten. Er is sprake van een snelle deconcentratie van de instituten. Het fenomeen zorgvernieuwing krijgt in deze sector net als in de Ouderenzorg voor een belangrijk deel gestalte door middel van invoering van het persoonsgebonden budget.

In de gehandicaptenzorg zijn momenteel relevante ontwikkelingen in gang, die rechtstreeks of indirect van invloed zijn op het ontwikkelen van benchmarking. Door de werkgroep GZ is naar voren gebracht dat gebruik gemaakt kan en moet worden van bestaande instrumenten. Het meest relevante onderzoek is dat van NIZW en NZi naar vraaggestuurde zorg. Opdrachtgevers zijn VGN en VWS.

Verder zijn de volgende werkafspraken gemaakt voor de verdere uitvoering van het onderzoek:

- MEY MC zal zorgdragen voor een adequate samenwerking met het NIZW en NZi met het oog op de door hen uitgevoerde projecten in het kader van vraaggestuurde zorg en productdefiniëring.
- Met inachtneming van het door haar geleverde commentaar heeft MEY MC bij de ontwikkeling van het benchmarkmodel aangesloten op het referentiekader.
- Waar en wanneer noodzakelijk wordt door MEY MC afgestemd met de adviesbureaus die het vergelijkbare onderzoek voor de andere sectoren uitvoeren.
- MEY MC zal bij de uitvoering van het onderzoek de focus leggen op effectiviteit en efficiency, kwaliteit wordt tentatief opgenomen.
- MEY MC zal reeds bij de uitvoering van stap 1 het ontwikkelde model toetsen bij de pilotinstellingen. Het adviesteam heeft hiertoe de medewerking van 15 pilotinstellingen verworven.

1.3 Werkwijze

1.3.1 *Initieel Plan van aanpak*

Op 18 februari heeft de werkgroep GZ een Plan van aanpak voor het benchmarkonderzoek GZ vastgesteld (zie bijlage II). Aan dit plan van aanpak was tevens een projectplanning toegevoegd, die eveneens is opgenomen in bijlage II. Hieronder geven wij kort samengevat de stappen en fasen aan van het plan van aanpak. Deze rapportage is gebaseerd op de eerste 5 fasen.

STAP 1

1. bronnenanalyse;
2. integratie van uit de bronnenanalyse gedestilleerde elementen/bouwstenen voor het benchmarkmodel;
3. ontwikkelen van eerste aanzet meetinstrumentarium (halfgestructureerde tot gestructureerde vragenlijsten);

STAP 2

4. start veldonderzoek in pilotinstellingen voor toetsing en verdere uitwerking van het benchmarkmodel en meetinstrumentarium;
5. integratie van de resultaten uit de 15 pilots in het benchmarkmodel en in het meetinstrumentarium;
6. face-validering door vertegenwoordigers pilot instellingen in een werkconferentie;
7. uitvoering meting in de 15 pilots en analyse van de benchmarkgegevens;
8. rapportage per pilot en eindrapportage naar opdrachtgever: oplevering benchmarkmodel en meetinstrumentarium;
9. face-validering door vertegenwoordigers uit het veld in een werkconferentie en verwerking uitkomsten in benchmarkmodel en meetinstrumentarium.

1.3.2 *Bronnenanalyse*

In bijlage XIII is de literatuurlijst opgenomen van literatuur die wij hebben gebruikt bij het ontwikkelen van het benchmarkmodel. In ons plan van aanpak schreven wij dat wij zoveel als mogelijk gebruik zouden maken van het door Bakkenist al ontwikkelde benchmark-instrumentarium voor de thuiszorg, zoals voorgestaan door de opdrachtgever. Dit vanwege de gewenste afstemming tussen de vier modellen in de verschillende subsectoren. Ook na herhaalde pogingen is het niet gelukt dit benchmark-instrumentarium ter beschikking te krijgen.

1.3.3 *Overleg hoofdwerggroep en subwerggroep*

Tijdens de verslagperiode is door ons vier maal overlegd met de werkgroep benchmarking verstandelijk gehandicapten (op 9 en 18 februari, 31 maart en 8 mei). In deze bijeenkomsten heeft de besluitvorming plaatsgevonden omtrent tussenresultaten en voortgang van het onderzoek. Verder hebben wij op 27 mei 1998 een toelichting gegeven op het door ons ontwikkelde model aan de hoofdwerggroep.

1.3.4 *Overleg NIZW/NZi (alsmede HHM)*

Bij de ontwikkeling van het benchmarkmodel moet afstemming plaatsvinden met NZi en NIZW over het project vraaggestuurde zorg. Terecht wordt een groot belang gehecht aan het benchmarken op zorgproducten. Het feit dat definities daarvan nog niet beschikbaar zijn op een moment dat het model al ontwikkeld moet zijn, betekent dat een voorschot genomen moet worden. Ondertussen is duidelijk dat de producten flexibel worden gedefinieerd. Wij zijn van een productdefinitie uitgaan op het niveau van zorgmodules. Het model biedt de mogelijkheid om aangepast te worden voor verdere ontwikkeling in productdefinities.

Tijdens de verslagperiode heeft drie maal een formeel en plenair afstemmingsoverleg plaatsgevonden met de projectleiders van NIZW en NZi. Daarbij was ook steeds de projectleider van bureau HHM aanwezig, die in opdracht van enkele intramurale instellingen bezig is om een bestaand personeelstoedelingsmodel te vernieuwen.

In navolgend schema is de verhouding tussen de verschillende onderzoeken, zoals gezamenlijk in het overleg in beeld gebracht, weergegeven.

	Moret	NZI/NIZW
Maart (April) Mei juli/augustus Najaar	15 instellingen rapport benchmarking (gegevens instellingen)	① 30 inst (NIZW) 10 inst (NZi) schema m.b.t. zorgproductie (gegevens zorgaanbieders) Model: zorgzwaarte indicatie "benodigde zorg" (budget) (gegevens cliënten) ② Model/instrumenten - producten - zorgzwaarte ③ kostenbepaling
	Landelijk (macro)	Regionaal/Subregionaal (meso)

Fig. 1. Onderlinge relatie onderzoeken

Tijdens het overleg zijn de volgende (gezamenlijke) problemen benoemd:

1. zorgzwaartebeoordeling: doe je dat globaal (MEY) of in detail (HHM). Daarbij speelt ook de vraag van koppeling van vraag en aanbod. Met name gedragsgestoordheid is een moeilijk te vangen grootheid;
2. uniforme geaccepteerde productdefinities: staan als zodanig ter discussie (FvO: iedere cliënt is uniek en heeft een unieke zorgvraag). Aan de bureaus is de vraag gesteld: los het technisch op. Daarbij kan weer gekozen worden voor een globale en een gedetailleerde benadering. Voor ons onderzoek is een globale benadering geïndiceerd;
3. differentiatie in levering van producten: ofwel functiegericht, danwel gebaseerd op zorgzwaarte;
4. kostenbepaling (wordt algemeen als minst ingewikkeld gezien).

Volgens de onderzoekers van HHM is er sprake van een aardverschuiving bij de intramurale instellingen. Ook diep gehandicapten krijgen steeds vaker een dagbestedingsprogramma aangeboden. Daarvoor is aan de ene kant vervoer nodig, aan de andere kant neemt daardoor de zorgzwaarte op de woongroep zelf af.

NIZW doet voorts een project voor VWS in het kader van indicatiestelling gericht op het opstellen van indicatiecriteria. Dat heeft belangrijke invloed op het definiëren van zorgproducten.

Gezien het feit dat de onderzoeken van NZi/NIZW en HHM nog lopen, is het tot op heden niet mogelijk geweest volledig af te stemmen op de resultaten van NZi, NIZW en HHM. Het zal bij de afronding van deze onderzoeken relatief eenvoudig zijn het benchmarkmodel hierop aan te passen.

1.3.5 *Overleg met pilotinstellingen*

De benadering van pilotinstellingen heeft omwille van de tijd in eerste aanleg plaatsgevonden via de telefoon. Op ons verzoek om mee te werken aan deze pilot heeft geen van de instellingen negatief gereageerd. Eén van de instellingen heeft te kennen gegeven niet in het profiel te passen. Daarvoor in de plaats is snel een andere instelling bereid gevonden mee te werken. In bijlage III is een lijst opgenomen van de bij de pilot betrokken instellingen. Ook hebben wij in diezelfde bijlage een lijstje opgenomen van criteria die in overleg met de werkgroep GZ zijn gehanteerd voor de selectie van de instellingen.

In de pilotinstellingen hebben twee interviewronden met sleutelfunctionarissen plaatsgevonden. In deze twee inventarisatie-ronden is met de instellingen vooral ingegaan op de (on)mogelijkheden om kostprijzen te berekenen, zorgzwaarte-classificatie en -normering toe te passen en de ontwikkeling van het benchmarkmodel.

Op 10 april heeft daarnaast een werkconferentie plaatsgevonden met alle pilotinstellingen. Vertegenwoordigers van alle pilotinstellingen waren aanwezig. Voor het verslag, waarin de uitkomsten en besluiten van deze conferentie zijn opgenomen, verwijzen wij naar bijlage IV.

1.3.6 *Wijzigingen in planning*

In een overleg met de voorzitter van de werkgroep GZ, de twee leden van de werkgroep die de VGN vertegenwoordigen en MEY MC, zijn de belangrijkste uitkomsten van de werkconferentie besproken. Het voorstel van de instellingen om bij het onderzoek tevens de Kinderdagverblijven te betrekken, wordt overgenomen.

Voorts wensten de pilot-instellingen te komen tot een overeenkomst tussen VGN, Financiën en VWS over het gebruik van de benchmarkresultaten en de

eigendom van de instellingsgegevens. Het initiatief op dit punt is bij de VGN gelaten.

In vervolg op dit overleg is door de VGN aangegeven dat het in mindere of meerdere mate meenemen van het kwaliteitsaspect in het benchmark-onderzoek aan de orde is gesteld in het bestuurlijk overleg tussen VGN en FvO en dat ten aanzien van dit punt de VGN vooralsnog een voorbehoud maakt.

Voorts bleek de conclusie van de pilotinstellingen dat de oorspronkelijke planning niet aanvaardbaar was vanwege het hoge tempo en de knieval die dat tot gevolg zou hebben voor de uiteindelijke kwaliteit. Een voorstel voor een aangepaste planning werd daarop opgesteld in overleg met de pilotinstellingen (zie gewijzigde planning in bijlage V). Dat is door de voorzitter van de werkgroep GZ gecommuniceerd met de hoofdwerggroep.

Hierop volgend heeft in mei over de voortgang en planning van ons onderzoek intensief overleg plaats gehad met de werkgroep Gehandicaptenzorg en met de hoofdwerggroep. Dit heeft geleid tot opdracht aan ons bureau om op 5 juni een concept-rapportage bij de werkgroep GZ neer te leggen bevattende het uitgewerkte model en het meetinstrumentarium, een beschouwing over haalbaarheid, een model/ontwerp van de benchmark-rapportage en algemene conclusies en aanbevelingen. In aansluiting hierop zal in een vervolgtraject de verdere validering van het model en het meetinstrumentarium in de pilotinstellingen, alsmede de daadwerkelijke invulling van gegevens (voor zover haalbaar) en de inhoudelijke benchmark-rapportage (voor zover haalbaar) moeten plaatsvinden.

Gezien de deadline waarbinnen de hoofdwerggroep aan het kabinet dient te rapporteren, bleek deze voorgestelde oplossing van de werkgroep Gehandicaptenzorg, gegeven de nog beschikbare tijd, de meest zinvolle invulling van de resterende beschikbare tijd. Op deze wijze kon namelijk tot 5 juni nog gewerkt worden aan een zo goed mogelijke ontwikkeling van het model en het meetinstrumentarium op conceptueel niveau, zonder geforceerd tot meting met een nog onvoldragen meetinstrument trachten over te gaan. Rapportage op 5 juni betekent echter ook dat de onderzoeksronde die tussen 11 en 22 mei in de instellingen plaats heeft gevonden, de laatste input is geweest op basis waarvan deze rapportage is opgesteld. De verdere toetsing en validering van het model en meetinstrumentarium bij de pilotinstellingen moeten derhalve nog na deze rapportage plaatsvinden.

Op 26 mei heeft de VGN in een brief aan de voorzitter van de werkgroep Gehandicaptenzorg laten weten dat zij van mening is dat benchmarking zonder

kwaliteitselementen geen instrument is, edoch dat zij bij de bepaling wat kwaliteit is geen taak zien voor adviesbureaus. Daarbij merkt de VGN op dat waar kwaliteitstrajecten lopen, zij het inefficiënt en doelmatig acht deze te onderbreken of terzijde te schuiven.

1.4 Opbouw rapportage

In het volgende hoofdstuk schetsen wij vraagstukken waar wij bij de ontwikkeling van een benchmarkmodel in de sector Verstandelijk Gehandicapten mee te maken hebben. Wij beginnen dat hoofdstuk met de uitgangspunten van benchmarking. Verder staan wij stil bij de vraagstukken op welk organisatieniveau het model moet insteken, de noodzaak tot het hebben van een eenduidige produkttypering, het vraagstuk van de uniforme kostprijsbepaling en de noodzaak om over een uniform systeem te beschikken voor het meten van de zorgwaarde van cliënten.

In hoofdstuk 3 beschrijven wij het benchmarkmodel en het daarop gebaseerde meetinstrumentarium. Het laatste hoofdstuk is gewijd aan conclusies over de haalbaarheid van de in hoofdstuk 2 gesignaleerde vraagstukken. Wij sluiten dat hoofdstuk af met het geven van enkele concrete aanbevelingen.

Vanwege het grote aantal en de omvang hebben wij in een separate band de bijlagen opgenomen. De voorbeeldrapportage is om diezelfde reden eveneens apart gehouden van deze rapportage.

Op verzoek van de hoofdwerggroep hebben wij in bijlage XII een notitie opgenomen over de randvoorwaarden van kostprijsberekening en externe budgettering. In de aanbevelingen komen wij hier kort op terug.

2 Vraagstukken bij ontwikkeling benchmarking

2.1 Rol van benchmarking in de huidige visie-ontwikkelingen

In de gehele Nederlandse gezondheidszorg is een trend waarneembaar van het aanbodgericht bieden van zorg en dienstverlening naar het vraaggericht benaderen daarvan. De cliënt staat centraal en de zorgaanbieder zal pro-actief moeten inspelen op marktgerichte ontwikkelingen. Om dat te kunnen verwezenlijken heeft de zorgorganisatie een dynamisch inzicht nodig in haar eigen functioneren, onder andere op het gebied van effectiviteit, efficiëntie en kwaliteit

Het zichtbaar én aantoonbaar maken van de eigen prestaties is een voorwaarde voor het beheersen en verbeteren van het eigen functioneren. Een helder beeld van de actuele en de gewenste situatie van de instelling alsmede zicht op waar in geïnvesteerd moet worden om de grootst mogelijke (doelmatigheids-, effectiviteits-, efficiency)winst te behalen. Een middel hiertoe is benchmarking.

Cruciaal is natuurlijk naar welke zaken men wil kijken om het functioneren van een instelling te beoordelen. Met de vaststelling hiervan wordt in feite een normatieve uitspraak gedaan over welke aspecten men van belang acht voor de doelmatigheid, effectiviteit en efficiëntie. Aan elk benchmarkmodel kleeft dus (impliciet of expliciet) per definitie een zekere achtergrondnormering.

Het is met het oog op het draagvlak van belang de betrokken instelling(en) bij het bepalen van die norm, dus de ontwikkeling van het benchmarkmodel te betrekken. De vormgeving van het model dient derhalve in overleg met de betrokken pilotinstellingen, of tenminste de vertegenwoordigers ervan, plaats te vinden.

2.2 Bepaling niveau van benchmarking

2.2.1 *Organisatieniveau*

Gedurende het benchmarkonderzoek is de vraag gerezen op welk “niveau” de benchmark uitgevoerd kan worden. In de pilotinstellingen die geparticipeerd hebben in dit onderzoek is ons gebleken dat kosten op diverse niveaus en in

diverse vormen vastgelegd worden. In deze paragraaf wordt allereerst ingegaan op de niveaus die bij instellingen te onderkennen zijn en vervolgens op de wijze waarop in de benchmark hiermee omgegaan kan worden. Omdat centrale kosten, zoals kosten van een centraal bureau, een belangrijke rol spelen en de gegevens van de benchmark potentieel kunnen “vervuilen” wordt apart ingegaan op dit type kosten.

Te onderscheiden niveau's binnen de pilot-instellingen

Elke pilotinstelling in het benchmarkonderzoek kent een eigen structuur. Abstraherend van de diversiteit van de structuren van de instellingen kunnen de volgende niveaus onderscheiden worden:

- het niveau van de kleinste organisatorische eenheid binnen de instelling waar zorg verleend wordt. Dit niveau wordt als locatie betiteld;
- het niveau van de toelating. Dit niveau komt overeen met het begrip “toelating” dat op grond van de WTG gehanteerd wordt. De “toelating” is een wettelijk vormgegeven begrip dat onder andere terugkomt in de rapportages aan het COTG en de jaarrekening die op dit niveau opgesteld moeten worden;
- het niveau van clusters. Meerdere locaties kunnen binnen een instelling als cluster aangemerkt worden door het management omdat één persoon aan het hoofd staat van een aantal locaties. Binnen de organisatie van de instelling kan een cluster betrekking hebben op een regio, maar ook op een bepaalde soort zorg of op een bepaalde groep cliënten;
- het niveau van divisies. Dit zijn grotere organisatorische eenheden die gegroepeerd zijn rondom bijvoorbeeld regio's of soorten zorg;
- het niveau van de stichting. De stichting wordt eenduidig vastgelegd in het Burgerlijk Wetboek (BW). De stichting is een rechtspersoonlijkheid bezittende entiteit;
- het niveau van het concern dat de stichting overstijgt. In sommige gevallen is het mogelijk dat een aantal stichtingen (of andere rechtspersonen) deel uitmaken van een groter geheel, waarbij een orgaan van dat grotere geheel de centrale leiding uitoefent om het geheel te besturen en beheersen.

Een complicerende factor is dat er nauwelijks een eenduidige lijn te onderkennen is in zowel het gebruik van de termen (andere benamingen worden zeer veelvuldig toegepast) als in de relaties tussen de diverse begrippen. Zo is het mogelijk dat een locatie één op één samenvalt met het begrip toelating, maar het kan ook zijn dat één toelating meerdere locaties omvat of dat op één locatie meerdere toelatingen van toepassing zijn. Dit gezegd zijnde is het zinvol af te bakenen op welk object de benchmark betrekking heeft.

Afbakening benchmarkniveau's

Bij die afbakening gaan wij er van uit dat de bedoeling van de benchmark is vergelijkbare en zinvolle informatie te verstrekken. De benchmark is sterk geënt op de verstrekking van informatie over homogene groepen van objecten. Idealiter zou sprake zijn van een benchmark op het niveau van producten (waarover later meer) waarbij een relatie gelegd wordt tussen een bepaalde hoeveelheid productie, de daarvoor ingezette middelen en de besturing en beheersing van dit geheel. Op grond van onze ervaringen met de pilotinstellingen uit het benchmarkonderzoek stellen wij voor om de benchmark uit te voeren op een tweetal niveaus:

- het niveau van de stichting;
- het niveau van de soort toelating.

Door de definitie van deze twee entiteiten worden mogelijke onvergelijkbaarheden uitgesloten. Men voert voor een in bepaalde opzichten homogene groep eenheden een benchmark uit en kan de gegevens die dat oplevert vergelijken. Ter toelichting op de beide bovenstaande begrippen, stichting en soort toelating, het volgende.

Niveau van de Stichting

De stichting is een door de wet (Burgerlijk Wetboek 2) eenduidig vastgelegde entiteit die op grond van de vigerende wetgeving (BW 2, Regeling Jaarverslaggeving Ziekenhuisvoorzieningen (RJZ)) verplicht wordt een administratie te voeren en verantwoording af te leggen door middel van een jaarrekening. Op het niveau van de stichting wordt beleid bepaald omdat daar het centrale orgaan van de stichting zetelt: het bestuur (hier wordt geabstraheerd van de diverse bestuursmodellen). De praktijk leert ook dat veelal op het niveau van de stichting strategische besluiten genomen worden. Slechts de aanwezigheid van een "holding" of aanverwante structuur kan er toe leiden dat er een hogere centrale leiding is die dergelijke besluiten neemt. Een aantal aspecten en gebieden van de benchmark, met name die aspecten die betrekking hebben op beleid en besturing, worden op het niveau van de stichting gebenchmarkt, omdat het beleid ook op dit niveau vorm krijgt. De kans is uitermate klein te achten dat bijvoorbeeld het personeelsbeleid van een DVO anders vorm gegeven wordt dan het personeelsbeleid van het binnen dezelfde stichting vallende KDV.

Niveau van de soort toelating

Binnen één stichting kan sprake zijn van meerdere toelatingsen en/of locaties. Het benchmarkteam van MEY MC heeft zich derhalve intensief gebogen over de vraag op welk niveau een zinvolle vergelijking gemaakt kan worden. In eerste instantie zou, indien sprake zou zijn van de levering van duidelijk omschreven producten met daaraan gekoppelde kostprijzen, kwaliteitscriteria en dergelijke, de benchmark op het niveau van producten (in combinatie met het niveau van de stichting) plaats kunnen vinden. Het is dan mogelijk om producten te vergelijken, zonder dat de structuur waarbinnen die producten vormgegeven worden bepalend is, anders dan de reeds genoemde beleidsmatige en beheersmatige invalshoek die gebenchmarkt wordt. In de huidige setting van de sector verstandelijk gehandicapt is er echter sprake van verschillende inbeddingen van de onderscheiden deelsectoren intramuraal, GVT, DVO en KDV, die er toe leiden dat elke deelsector een ander soort producten levert, terwijl productomschrijvingen weliswaar in de maak zijn (in het project vraaggestuurde zorg van het NZi), maar nog niet eenduidig gebruikt worden. Dit noopt er toe om de benchmark uit te voeren op een niveau dat een zekere mate van vergelijkbaarheid tussen instellingen mogelijk maakt, ondanks de verschillen in inbedding. Dit niveau is de soort toelating, hoewel bij geïntegreerde stichtingen naar verluidt de toelatingsen dooreen lopen.

Niveau van de afzonderlijke toelating

Het begrip toelating is eenduidig weergegeven in de huidige wet- en regelgeving zodat de soort toelating kan dienen als uitgangspunt voor de benchmark. In principe is het mogelijk nog één laag dieper te gaan en gegevens te verzamelen op het niveau van de individuele toelating. Er zijn een drietal factoren die dit minder wenselijk maken:

- een toelating buiten de intramurale setting heeft vaak een zeer geringe omvang zodat men rekening moet houden met kleine oorzaken die grote verschillen veroorzaken. Bijvoorbeeld ziekte van slechts één personeelslid gedurende langere tijd zorgt voor een ziekteverzuim van meer dan 10%;
- de gegevensverzameling is thans op het niveau van de soort toelating eenvoudiger gestalte te geven dan op het niveau van de toelating zelf. Het gaat hierbij niet alleen om de toerekening van kosten, maar bijvoorbeeld ook om de vastlegging van productie, soorten producten of kwaliteit;
- door toerekening op dit niveau, middelen fouten zich redelijkerwijs min of meer uit.

Het toepassen van het benchmark-onderzoek op het niveau van de toelating is door het adviesteam overwogen. De vraag doet zich voor wat de meerwaarde

van benchmark-onderzoek per toelating is als de uiteindelijke bedoeling is om de benchmark op het niveau van producten uit te voeren. Op het niveau van de toelating is de informatieverzameling zeer beperkt bij de meeste instellingen. Slechts bij grote, met name intramurale, toelatingen, waar dan tevens meestal sprake is van het samengaan van de begrippen toelating en stichting, worden vrijwel alle kosten op het niveau van de toelating geregistreerd. In de kleinere toelatingen, die heden ten dage vaak een zeer geringe omvang hebben, vindt evenwel vooral een nauwkeurige registratie plaats van directe personele kosten, met andere woorden de kosten van verzorgend en begeleidend personeel. De toerekening van kosten van afschrijving, verbonden aan het in bezit hebben van een gebouw, vindt eveneens in zeer grote mate van nauwkeurigheid plaats. De toerekening van overige kosten is, zie ook onze opmerkingen inzake de kosten van centrale bureaus, vindt echter slechts heel weinig nauwkeurig plaats. Kosten worden deels aan de hand van verdeelsleutels en deels aan de hand van vrij ruwe criteria toegerekend aan de toelatingen. Aan het indienen van officiële verantwoordingen zoals de jaarrekening en de nacalculatieformulieren bij het COTG wordt door deze wijze van toerekening geen afbreuk gedaan omdat men uiteindelijk voor het totaal der toelatingen c.q. voor het totaal der toelatingen van één soort een volledige en juiste afrekening indient. Hierdoor kan gesteld worden dat, voorzover zich tussen afrekeningen in principe ongewenste verschuivingen voordoen, deze verschuivingen zich op het totaal der verantwoording corrigeren.

Bovenal moet de gevoeligheid van met name de kleine toelatingen voor relatief beperkte fluctuaties in bepaalde onderliggende factoren niet onderschat worden. In grote verzamelingen gegevens, bijvoorbeeld de verzameling van ziektegegevens, doet de wet van de grote aantallen opgeld, terwijl in eenzelfde soort verzameling die een geringe omvang heeft deze wet zich niet kan voordoen. Een voorbeeld kan dit illustreren. Indien zich in een grote instelling met 200 medewerkers een ziekteverzuim van 10% voordoet, dan zijn gemiddeld 20 medewerkers ziek. Bij een kleine toelating die een tiental medewerkers in dienst heeft betekent eenzelfde percentage dat gemiddeld één medewerker ziek is. Tot dusver doen zich dus geen verschillen voor die van wezenlijke invloed lijken te zijn op het benchmark-onderzoek. Echter, in termen fluctuaties, draagt de ziekte van één medewerker in een grote instelling slechts voor 0,5% bij aan het ziekteverzuim. Bij de kleine toelating draagt eenzelfde oorzaak ineens 10% bij aan het ziekteverzuim. Omdat het ziekteverzuim van individuele medewerkers niet gerelateerd is aan de omvang van de instelling, uitgaande van min of meer objectieveerbare criteria om ziekte vast te stellen, is de volatiliteit van het ziekteverzuim (de frequentie en amplitude of omvang van de fluctuaties) veel groter. Dit doet een benchmark-onderzoek in waarde afnemen, zeker indien dit in een serieel en consistent verband wordt uitgevoerd.

Opgemerkt kan nog worden dat het in de pilot-instellingen wellicht zinvol kan zijn een beperkt onderzoek te doen naar de verschillen die optreden tussen benchmark-onderzoek op toelatingsniveau en niveau van soort toelating.

Keuze tussen niveau van de soort toelating versus afzonderlijke toelatingen

Omdat op het niveau van de individuele toelating te veel versturende factoren optreden lijkt benchmarking op het niveau van de soort toelating het meest verkieslijk. Op het niveau van de soort toelating is het mogelijk uitspraken te doen over de gerealiseerde productie (omvang, kwaliteit, kosten, aansluiting op wensen en eisen cliënten et cetera). Op het niveau van de stichting kunnen uitspraken gedaan worden over institutionele en infrastructurele vraagstukken zoals beleid, besturing, omgang met de omgeving en dergelijke. Een probleem dat zich voordoet bij de keuze voor soort toelating als benchmarkniveau is de productie in het kader van zorgvernieuwing. Vooreerst stellen wij voor daarvan te abstraheren (en de kosten daarvan mee te nemen in de kosten per toelatingensoort).

2.2.2 *Toerekening overheadkosten*

Een bijzondere post kosten zijn de kosten die in het algemeen als “overhead” betiteld worden. Deze kunnen in twee varianten voorkomen:

- kosten die aan een centraal bureau gekoppeld worden;
- kosten die op kostensoorten verantwoord worden die een algemene impact hebben.

In beide gevallen kan gedacht worden aan bijvoorbeeld kosten van een administratieve dienst, een centrale directie, kosten van public relations en dergelijke. Gemeenschappelijk kenmerk van deze kosten is dat er geen directe en/of causale relatie te leggen is tussen deze kosten en de productie. Bij Activity Based Costing worden deze kosten “facility sustaining” genoemd: zij worden gemaakt om de faciliteit in stand te houden ongeacht de omvang van de productie.

Bij de toerekening van deze kosten kunnen een aantal opmerkingen geplaatst worden:

- stichtingen die één soort toelating hebben (met name een intramurale toelating) laten deze kosten binnen de stichting weliswaar drukken op organisatorische eenheden die verantwoordelijk zijn voor deze kosten (bijvoorbeeld een dienst administratie), maar laten in hun externe verantwoording (jaarstukken, COTG-nacalculaties) deze kosten zien in directe samenhang met de productie: er is sprake van een rapportage van productie en alle daaraan gerelateerde kosten. Stichtingen die meerdere soorten toelating hebben zullen deze kosten extern vaak presenteren als "kosten centraal bureau" zonder directe toerekening aan de productielocaties. Hier ontstaan dus potentieel verschillen die de benchmark negatief beïnvloeden.
- in relatie tot het voorgaande kan gesteld worden dat op basis van de thans bekende en algemeen geaccepteerde registratie-technieken sprake is van het toerekenen van kosten aan organisatorische eenheden en toelatingen. Er is, door het ontbreken van kostprijsystematieken, geen toerekening aan producten. Voor de benchmark heeft dit tot gevolg dat stichtingen zonder centraal bureau deze kosten rechtstreeks versleutelen naar hun productie. Stichtingen met een centraal bureau zouden deze kosten of niet toerekenen aan de productie, hetgeen leidt tot onacceptabele verschillen tussen stichtingen met en stichtingen zonder centraal bureau, of deze kosten via de toelating toerekenen.

Er zijn in principe een tweetal scenario's mogelijk om kosten van een centraal bureau en meer algemene kosten op te nemen in de benchmark:

1. het apart verzamelen en vergelijken van deze kosten;
2. het verwerken van deze kosten in de kosten van de producten per soort erkenning.

In het benchmarkonderzoek is er voor gekozen om de kosten toe te rekenen aan de producten. De voornaamste beweegredenen om dit te doen zijn de verscheidenheid in kosten die toegerekend worden aan centrale bureaus (uniformiteit ontbreekt), de wens om alle kosten van de zorgproducten te kennen en de wens om zoveel mogelijk vergelijkbare kostprijzen per product te hebben. Ter toelichting op dit laatste dient het volgende. Een intramurale instelling (één stichting) met één toelating zal alle kosten toerekenen aan de producten en de volledige productie opgeven. Een vergelijkbare instelling die volledig gedeconcentreerd is, meerdere toelatingen en een centraal bureau kent, zal weliswaar de volledige productie opgeven, maar, indien centrale bureaus niet toegerekend worden, slechts die productiekosten die direct op de diverse eenheden drukken, zonder de bijbehorende kosten van het centraal bureau. Bij de benchmark ontstaan hierdoor vergelijkingen tussen onvergelijkbare gegevens.

Op grond van het voorgaande is het de bedoeling dat instellingen al hun kosten toerekenen aan de toelatingen (in ieder geval op het niveau van de soort toelating) en wordt de benchmark op het niveau van de soort toelating uitgevoerd. Bij een aantal stichtingen zal de toerekening reeds vanuit het oogpunt van externe verantwoording en budgetvaststelling door het COTG direct gebeuren. Omdat in de meeste instellingen nog geen kostprijzen berekend worden, hebben veel instellingen nog geen inzicht in de relatie tussen activiteiten en prestaties enerzijds en kosten anderzijds. Dit geldt des te sterker voor meer algemene “overhead”-kosten waar geen directe relatie te onderkennen is. Omdat er thans geen “betere” methode voorhanden is, ontmoet het vooralsnog geen bezwaren als deze kosten als percentage op de overige kosten toegerekend worden.

Daarom zal tijdens het benchmarkonderzoek gebruik gemaakt worden van het niveau van de stichting voor het verzamelen van een aantal gegevens en van het niveau van de soort toelating voor het verzamelen van andere gegevens, vooral inzake kosten.

Een expliciet gevolg van het feit dat er sprake is van “facility sustaining” kosten is dat de omvang en diversiteit van een stichting verklarende variabelen kunnen zijn voor de hoogte en mix van een deel van de aan producten toegerekende kosten.

2.3 Producttypering

Eén van de randvoorwaarden die voor het onderzoek benchmarking GZ zijn geformuleerd, is dat het benchmarkmodel moet aansluiten bij de in het project Vraaggestuurde gehandicaptenzorg te ontwikkelen productomschrijvingen. Zoals in hoofdstuk 1 is aangegeven, is dit gezien het uiteen lopen van de planning en voortgang van dit project in relatie tot het onderzoek Benchmarking, tot op heden slechts tot op zekere hoogte mogelijk. De rol van productomschrijvingen reikt verder dan sec de inhoud en structuur van het benchmarkmodel. Zoals ook in paragraaf 2.4 wordt toegelicht, zijn productomschrijvingen - onderscheiden naar zorgintensiteit - ook een sine qua non om kostprijzen te berekenen. En uit paragraaf 2.5 komt naar voren dat ten behoeve van het corrigeren voor verschillen in cliëntmix eveneens productdefinities verdeeld over zorgzwaarte noodzakelijk zijn. Hieruit blijkt ook dat de ontwikkeling van normen voor met name personele inzet zou moeten geschieden op basis van deze productdefinities, gedifferentieerd naar zorgintensiteiten.

Momenteel lopen er twee afzonderlijke onderzoeken die betrekking hebben op de verscheidene hierboven genoemde elementen: het NZi/NIZW-onderzoek betreffende productomschrijving, gedifferentieerd naar zorgintensiteit en een HHM-onderzoek ten behoeve van de ontwikkeling van normeringen van personele inzet op basis van zorgzwaartecategorieën van cliënten. Het lijkt vooralsnog niet geheel duidelijk of en op welke wijze de resultaten van deze beide trajecten op elkaar zullen aansluiten. Dit betekent voor het benchmarkonderzoek dat los van elkaar gebruik gemaakt wordt van de concept-beschrijvingen van producten (zorgmodules) van het NZi en van de al langer bestaande normering van personele inzet per zorgzwaartecategorie cliënten van HHM.

Het zou echter de haalbaarheid en validiteit van de benchmarking zeer ten goede komen indien een samenhangend schema van productdefinities, zorgzwaarte en referentiegetallen voor met name personele inzet per product/zorgzwaarte combinatie ter beschikking zou komen.

2.4 Toerekening en homogeniteit van kosten; kostprijsbepaling

Bij de uitvoering van de benchmark is de toerekening van kosten aan producten of modules van essentieel belang. Ook in de werkconferentie van 10 april met de pilotinstellingen is vanuit het veld aangegeven dat kostprijsberekening onderdeel van de benchmark uit dient te maken. In het veldonderzoek bij de pilotinstellingen is echter ook duidelijk geworden dat er geen sprake is van in de instellingen algemeen aanwezige en geaccepteerde kostprijsberekeningen of -systematieken. In de uitvoering van de kostprijsberekening kunnen dus bij de instellingen potentieel verschillen optreden en dient een houvast geboden te worden bij de toerekening van kosten.

Ten algemene kan vooraf opgemerkt worden dat kostprijsberekeningen vraagstukken zijn die de individuele organisatie regaderen en geen universeel model kennen om tot een wenselijke, beste of optimale oplossing te komen. Ook in sectoren van de economie waar kostprijzen van essentieel belang zijn en er tevens sprake is van vergelijkbare voortbrengende organisaties voor producten en diensten is er geen sprake van uniformiteit bij het berekenen van kostprijzen. Dit heeft niet alleen te maken met verschillen in stadia van ontwikkeling en verfijning, maar onder meer ook met de organisatie van een bedrijf, de opvattingen van het management, de doelstellingen en de scherpte van de concurrentie. Het is daardoor niet mogelijk om te komen tot een vooraf geüniformeerd model voor alle organisaties in een sector.

Het ontbreken van een uniform kostprijsmodel is normaliter geen handicap. Immers, uiteindelijk worden alle aspecten van vergelijkbare producten op een rij gezet en worden vergelijkingen getrokken. Verschillen in kostprijs kunnen voortkomen uit verschillende systematieken van berekening, doch dit kan positief noch negatief gewaardeerd worden omdat de opbouw en berekening van de kostprijs geen weerspiegeling vormt van een objectiveerbare consumptie van objectiveerbare subjecten van consumptie, maar van de actuele of gewenste consumptie van diverse subjecten van consumptie. Met andere woorden: verschillen in kostprijzen zijn het gevolg van verschillen in berekeningen. Die verschillen in berekening zijn niet als positief of negatief of als goed of fout te bestempelen. Dat is het gevolg van het feit dat de kostprijs slechts een weerspiegeling vormt van de consumptie van productiefactoren. En die consumptie van productiefactoren is niet gebaseerd op “de beste manier om....”, maar op de manier die de individuele instelling heeft gekozen (of in de loop der tijd daar naar toe is gegroeid) om haar producten voort te brengen. Een voorbeeld kan dit verduidelijken. Een autofabrikant kan zelf alle onderdelen van een auto maken. Hij consumeert dan onder meer arbeid en grondstoffen, evenals capaciteit. De kosten hiervan worden in de kostprijs van de auto verwerkt. Zijn concurrent koopt alles in en consumeert dus ingekochte goederen, hetgeen leidt tot een andere opbouw van de kostprijs. Indien beide fabrikanten hun kosten van administratie omslaan over de directe kosten van arbeid en grondstoffen dan worden de verschillen in kostprijs nog verder geaccentueerd. Uiteindelijk weerspiegelt de kostprijs dus mede hoe een product, een auto, is voortgebracht. De verschillen kunnen niet leiden tot een waardeoordeel.

Binnen de sector verstandelijk gehandicaptenzorg is er sprake van het vrijwel totaal ontbreken van een kostprijsmodel. Om dit te ondervangen heeft het team van MEY MC de instellingen gevraagd om kosten toe te rekenen aan de door het NZi geformuleerde zorgmodules, die in het kader van het bovenstaande als producten aangemerkt kunnen worden. Een specifiek vraagstuk dient zich aan voor die kosten waar geen directe en/of causale relatie te leggen is tussen de hoogte van de kosten en de omvang van de productie. Voorbeelden van deze kosten zijn algemeen personeel (411-groep uit het VGN-rekeningschema) of kosten van divisie managers zorg. Overigens dient opgemerkt te worden dat gezien de huidige registratie-systematiek er geen uniforme registratie verwacht mag worden van alle kosten. Deze niet uniforme registratie is het gevolg van:

- het feit dat een aantal instellingen het VGN-rekeningschema gebruikt en andere instellingen een ander schema hanteren;
- bij hantering van een bepaald schema elke instelling daar een eigen invulling aan geeft;
- elke instelling een eigen systematiek van kostenplaatsen kent, omdat dienaangaande geen uniform schema beschikbaar is.

Overigens dient nadrukkelijk opgemerkt te worden dat het VGN-rekeningschema geen verplicht of verplichtend karakter heeft.

Voor de benchmark gaan wij er van uit dat kosten die niet direct toegerekend kunnen worden op basis van een algemeen opslagpercentage op die kostenpost of kostenposten waarmee die kosten een zo nauw mogelijk verband hebben toegerekend worden. Zo kunnen de kosten van een divisie manager zorg omgeslagen worden als percentage op de kosten van verzorgend en verplegend personeel omdat deze functionaris geacht kan worden leiding te geven aan dat personeel, terwijl de kosten van directie of administratie over alle overige kosten opgeslagen kunnen worden. Door het aanbrengen van het onderliggende principe van causale kostentoekening waarbij een relatie verondersteld wordt tussen een bepaalde kostenpost en de omvang van een andere kostenpost of onderliggende factor die de hoogte van de kosten beïnvloedt, hetgeen dan leidt tot toerekening van die kosten op basis van de causale factor, mag verondersteld worden dat de berekening van kostprijzen zo niet uniform dan toch tot op zekere hoogte vergelijkbaar geacht kan worden.

De heterogeniteit in de huidige registratie van kosten die aangetroffen is bij de pilotinstellingen uit het benchmarkonderzoek is een gevolg van de vrijheidsgraden die een instelling heeft om zowel de manier waarop men registreert, bijvoorbeeld het gebruikte rekeningschema, naar eigen inzicht in te richten, als wel bij een eenmaal vastgesteld rekeningschema op basis van eigen discretie kosten te boeken. Zo kan het voorkomen dat een rekening van een food-leverancier bij de ene instelling volledig uitgesplitst wordt naar de diverse kostensoorten, terwijl een andere instelling deze kosten zal boeken onder die kostenpost waar het grootste deel van de op de factuur vermelde artikelen thuis hoort.

Ten gevolge van het voorgaande is er dus sprake van een tweetal factoren die de "zuiverheid" van de kostprijzen, voorzover die zou kunnen bestaan, aantast:

1. verschillen in de thans gehanteerde basale registraties;
2. verschillen in de toerekening van indirecte kosten.

Verondersteld mag worden dat in de eerste pilots de vertekening relatief groot is door de combinatie van ontbrekende ondersteunende registraties die licht kunnen werpen op de zo gewenste causale verbanden en de tijdsdruk die inherent is aan het onderhavige traject. Naarmate niet alleen in het traject van benchmarking meer ervaring wordt opgedaan maar ook kostprijsberekening in zijn algemeenheid, mede geïndiceerd door de introductie van zorgproducten, modulen en Persoonsgebonden Budget, meer ingang vindt, zullen onvolkomenheden in de kostprijzen afnemen tot een zeer acceptabel niveau, in

aanmerking nemende dat een kostprijsberekening, indachtig het in de eerste alinea's gestelde, een individueel en daardoor per definitie niet uniform karakter hebben.

2.5 Zorgzwaartemeting

2.5.1 Context zorgzwaarte

Net als iedere burger verschillen mensen met een verstandelijke handicap in kenmerken, eigenschappen, (zorg)behoeften, mogelijkheden en beperkingen. Het behoeft geen betoog dat bij benchmarking in de verstandelijk gehandicaptenzorg expliciete aandacht voor de verschillen tussen cliënten van zorginstellingen en hun individuele zorgzwaarte een noodzakelijke voorwaarde is. Wij achten het derhalve noodzakelijk om het onderscheid naar zorgzwaarte in het benchmarkmodel op te nemen.

In het totale project omtrent vraaggerichte gehandicaptenzorg van het ministerie van VWS maakt het dan ook een belangrijk deel uit. De uitwerking van een systematiek van productomschrijvingen, gekoppeld aan zorgzwaarte behoort tot het onderzoek "vraaggestuurde zorg" dat door het NZi en NIZW wordt uitgevoerd. Dit onderzoek is echter thans nog niet afgerond. Eveneens ontbreken normeringen voor de inzet van mensen en eventuele middelen gerelateerd aan de productomschrijvingen gedifferentieerd naar zorgzwaarte. Om te kunnen corrigeren voor de verschillen in cliëntenmix tussen de instellingen zijn echter strikt genomen dergelijke normeringen per zorgzwaarte/product combinatie wel noodzakelijk.

Daarom is in ons onderzoek benchmarking GZ gezocht naar mogelijkheden om een tijdelijke oplossing voor dit probleem te vinden.

Als tijdelijke oplossing werd in eerste instantie een indeling in zorgcategorieën voorgesteld, welke was gebaseerd op het criterium niveau van functioneren. Aan deze aldus verkregen zorgcategorieën zouden ten aanzien van de personeelsinzet met behulp van het "timmermansoog" aan de onderscheiden modules verhoudingsgetallen worden toegekend. Op grond van de bespreking van deze tijdelijke oplossing met de pilotinstellingen, alsmede op grond van voortschrijdend inzicht, is vervolgens een aangepast voorstel gepresenteerd die we hieronder beschrijven.

2.5.2 *Beschrijving tijdelijke oplossing*

Teneinde het benchmarkmodel valide te maken is reeds geanticipeerd op opname van het begrip zorgzwaarte middels de reeds eerder genoemde “cliëntenmix”. Gezien het feit dat het onderwerp nog uitgebreid wordt onderzocht, stellen wij voor op het ogenblik een indeling in zorgcategorieën te hanteren op basis van een reeds door Hoeksma, Homan & Menting (HHM) ontwikkeld instrument. Dit instrument is ontwikkeld ten behoeve van de verdeling van groepsleiding binnen een instelling voor zwakzinnigenzorg.

Het instrument maakt gebruik van de sociale redzaamheidsschaal (SRZ) en wordt op vrij grote schaal in de praktijk toegepast. Dit feit betekent dat er betrekkelijk objectieve verhoudingsgetallen ontwikkeld zijn over de verschillen in personeelsinzet tussen zorgcategorieën. Deze verhoudingsgetallen zullen door ons worden toegepast.

Het NIZW heeft aangegeven dat uit onderzoek blijkt dat in de praktijk toegepaste methodieken voor een groot deel overlappen. Hierdoor kan gepoogd worden andere methodieken “om te zetten” naar de HHM-methodiek. Op dit moment wordt het instrument geactualiseerd in opdracht van enkele instellingen.

2.5.3 *Toelichting op de HHM-methodiek*

Het instrument is ontwikkeld in het perspectief van de volgende randvoorwaarden:

- de zorgcategorisering moet de te leveren zorg voor een groep bewoners voor een langere tijd kunnen kwantificeren;
- de zorgcategorisering moet eenduidig zijn c.q. objectief zijn onderbouwd;
- de zorgcategorisering moet verschillen tussen bewoners in zorgintensiteit tot uitdrukking wordt gebracht;
- de spreiding binnen een zorgcategorie mag niet te groot zijn.

Elke cliënt is uniek, maar voor planningsdoeleinden worden cliënten via de zorgcategorisering vergelijkbaar gemaakt. De gemiddelde groepsgrootte werkt door met betrekking tot de verdeling van personeel.

In principe komt een cliënt in aanmerking voor één of meerdere toeslagen indien zijn specifieke kenmerken daartoe aanleiding geven (bijv. bij kinderen of jeugdigen, gedragsgestoorden) en er sprake is van een langdurige, structurele situatie.

SRZ-Z score	evt.SRZ-P-ZI score	Mate van ambulantie	Zorgcategorie
12-27	n.v.t.	niet-/semi-ambulant ambulant	1 2
28-39	n.v.t.	niet-/semi-ambulant ambulant	2 3
>= 40 of niet ingevuld	<=12 of niet ingevuld	niet-/semi-ambulant ambulant	3 4
	>12	niet-/semi-ambulant ambulant	4 5

Fig. 2. Schematische weergave HHM-model

De onderscheiden zorgcategorieën zijn kwalitatief globaal als volgt te typeren:

- volledige verpleging/verzorging;
- niet volledige verpleging/verzorging;
- hulp bij de verzorging;
- toezicht bij de verzorging;
- zelfstandige verzorging.

Bij de toepassing van het model dient het volgende in acht te worden genomen:

- Het mag (uiteraard) niet voorkomen dat zowel SRZ-Z als SRZ-P-ZI niet zijn ingevuld;
- onder **niet-/semi-ambulant** wordt het volgende verstaan:
 - . niet-ambulant/bedlegerig; blijvend;
 - . niet-ambulant/bedlegerig; niet-blijvend;
 - . semi-ambulant;
- onder **ambulant** wordt het volgende verstaan:
 - . ambulant; gelijkvloers;
 - . ambulant; geheel zelfstandig.

2.5.4

Percepties pilotinstellingen over toepasbaarheid HHM-model

Het HHM-model is inmiddels ter becommentariëring aan de pilotinstellingen voorgelegd. De belangrijkste naar voren gebrachte voor- en nadelen ten aanzien van het gebruik van het HHM-model worden in het navolgende onder de aandacht gebracht.

Voordelen:

- De SRZ, welke deel uit maakt van het HHM, is een in het verleden breed toegepaste schaal, welke een goed genormeerd en gevalideerd instrument is;
- verschillen in zorgzwaarte zijn van een zo wezenlijk belang in de benchmark, dat het hanteren van een zorgzwaartepleister als het HHM-model de voorkeur geniet boven het abstraheren van het begrip zorgzwaarte.

Nadelen:

- Het HHM-model is onvolledig, waarbij met name de elementen motorische en zintuigelijke handicaps, psychische en gedragsproblematiek en mogelijk aanvullende therapeutische indicaties ontbreken;
- Het HHM-model is naar het oordeel van de pilotinstellingen een aanbodgericht instrument;
- Het HHM-model houdt wel rekening met verpleging en verzorging, maar niet met begeleiding;
- Binnen het HHM-model is het niet mogelijk ten aanzien van het begrip zorgzwaarte een functioneel onderscheid tussen zorgmodules te maken;
- De SRZ wordt thans niet veel meer toegepast.

3 Benchmarkmodel en meetinstrumentarium

3.1 Structuur van het benchmark-model

Het benchmarkmodel is opgebouwd volgens een boomstructuur, waarbij men beginnend bij specifieke, gedetailleerde onderwerpen tot conclusies over de algehele performance komt. Inhoudelijk worden in het model 5 besturingsgebieden onderscheiden: markt & omgeving, input, proces, output en besturing. Elk van deze besturingsgebieden is vervolgens verdeeld in een aantal prestatie-indicatoren. De prestatie-indicatoren zijn opgebouwd uit kengetallen. De invulling van de kengetallen geschiedt doordat per kengetal vragen zijn geformuleerd.

Door de boomstructuur kan op elk aggregatieniveau een score worden berekend voor de prestaties en kan deze score worden verklaard uit de bevindingen op het onderliggende niveau. Hierdoor krijgt men inzicht in de wijze waarop tot bepaalde prestatiescores wordt gekomen en, heel belangrijk, in de aangrijpingspunten voor verbetering.

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

- Markt en Omgeving;
- Input;
- Proces;
- Output;
- Besturing.

De opbouw van de vijf onderscheiden besturingsgebieden in het model komen hieronder aan de orde.

3.2 Besturingsgebieden

3.2.1 *Markt en Omgeving*

Het besturingsgebied Markt en Omgeving heeft betrekking op de plaats die de instelling inneemt in de samenleving en het krachtenveld waarbinnen de instelling opereert. Dit besturingsgebied betreft het onderzoeken van de eisen, verwachtingen en behoeften van alle belanghebbenden en de analyse van de meer structurele kenmerken en ontwikkelingen van de markt van de zorg voor verstandelijk gehandicapte mensen. De uitkomsten van de markt- en omgevingsanalyse worden gebruikt bij de beleids- en strategiebepaling. De uitkomsten van de omgevingsanalyse dienen daarnaast ook ter bepaling van procesrichtwaarden voor de ontwikkeling van diensten - de zorgproducten - en de inzet van productiefactoren.

De omgevingsanalyse is prospectief, dat wil zeggen dat men voorafgaand aan het dienstverleningsproces een inschatting maakt van de eisen die de verschillende belanghebbenden aan de zorg en de dienstverlening zullen stellen.

Tot dit besturingsgebied behoort ook het onderzoek dat betrekking heeft op de ontwikkeling van nieuwe of gewijzigde zorgproducten en diensten. Dit kan plaatsvinden binnen het algemene Stichtings- of instellingsbeleid, maar ook als gevolg van de behandeling, verzorging en begeleiding van een individuele cliënt. In het laatste geval maakt de ontwikkeling integraal deel uit van de dienstverlening aan die cliënt. De ontwikkeling van nieuwe zorgproducten en diensten wordt bepaald door het beleid en de strategie van de instelling, de resultaten van de omgevingsanalyse, de wet- en regelgeving en de procesrichtwaarden waaraan het zorgproduct of dienst moet voldoen.

3.2.2 *Input*

Voor een adequate zorgverlening zijn voldoende productiefactoren noodzakelijk. Het besturingsgebied Input betreft de vraag met welke productiefactoren de zorg- en dienstverlening wordt uitgevoerd en welke eisen aan deze productiefactoren worden gesteld. Binnen het besturingsgebied Input worden in het benchmarkmodel de volgende productiefactoren onderscheiden: personeel/arbeid, infrastructuur, materieel, capaciteit, informatie en geld.

3.2.3 *Proces*

De kern van het benchmarkmodel is het analyseren, meetbaar maken, beheersen en verbeteren van de processen die zich in de instelling afspelen, met als doel het vereiste niveau van zorg te realiseren.

De kritische (deel)processen, dat wil zeggen die processen die een significante invloed hebben op de kwaliteit van de zorgproducten moeten worden geïdentificeerd en beschreven in meetbare of evalueerbare kenmerken van het proces, die bepalend zijn voor de realisatie van het zorgproduct. De kenmerken van het proces waarnaar wordt gekeken om het zorgproduct te beoordelen, kunnen worden gedefinieerd als “een toestand of manier van handelen die als doel wordt beschouwd en waarnaar een categorie van personen zich kan of moet richten”.

De proceskenmerken worden bepaald op grond van resultaatmetingen, de resultaten van de omgevingsanalyse en het beleid en de strategie.

Om stuur- en beheersmogelijkheden te hebben, moet er een vergelijking van de daadwerkelijke uitvoering van de zorg- en dienstverlening met de gewenste proceskenmerken mogelijk zijn. Het is evident dat de proceskenmerken meetbaar of in ieder geval evalueerbaar moeten zijn.

3.2.4 *Output*

Dit besturingsgebied betreft in wezen de uiterste consequentie van de zorg- en dienstverlening, de eindresultaten. Dit in tegenstelling tot de proceskenmerken, die ‘procesgericht’ zijn, dat wil zeggen gericht op het tot stand komen van het zorgproduct. Om resultaten te realiseren is uiteraard de uitvoering van processen noodzakelijk. Vandaar dat de processen en zorgproducten mede op basis van de evaluatie van de behaalde resultaten en de bepaling van de gewenste resultaten worden vastgesteld.

De resultaten van de bedrijfs/zorgprocessen worden voor zover mogelijk geoperationaliseerd in meetbare termen. De resultaatmetingen kunnen worden gebruikt voor twee doelen:

- voor het vaststellen en eventueel aanpassen van de processen en zorgproducten;
- als bron voor het uit te stippelen beleid.

De centrale vraag is in hoeverre de dienst voldoet aan de eisen, wensen en behoeften van de interne en externe belanghebbenden. De beoordeling van het

resultaat van de processen heeft een retrospectief karakter, dat wil zeggen dat de beoordeling pas kan worden uitgevoerd nadat de zorg en/of diensten zijn verleend.

Als indicatoren voor het resultaat worden in het benchmarkmodel Gehandicaptenzorg onderscheiden:

- cliënttevredenheid en zorgvuldigheid;
- medewerkerstevredenheid;
- zorgeffectiviteit en -efficiëntie;
- financiële resultaten en positie;
- imago.

3.2.5 *Besturing*

Op alle processen binnen de stichting/instelling is het beleid en de strategie als richtingwijzer van invloed. Het besturingsgebied Besturing is met name gericht op deze beleidsvoering en strategie. Het beleid en de strategie van de Stichting/instelling worden weergegeven in de missie, beleidsplannen, doelstellingen, jaarplannen en het jaarverslag, dit laatste als terugkoppeling van het gevoerde beleid. Het beleid wordt vooral vastgesteld op basis van de omgevingsanalyse en de resultaten van de zorgverlening en diensten. Het beleid dient als basis van de keuze en ontwikkeling van zorgproducten, de inzet van productiefactoren en de uitvoering van het zorg- en dienstverleningsproces.

3.3 **Beschrijving van het meetinstrumentarium**

De boomstructuur van het benchmarkmodel is uitgewerkt in een meetinstrumentarium. Hiertoe zijn de vraagonderwerpen van de boomstructuur bewerkt tot eenduidige vraagformuleringen. Ten behoeve van de verschillende soorten vraagformuleringen zijn vervolgens antwoordstramien gedefinieerd. Elk type antwoordstramien bevat een samenhangend cluster antwoordcategorieën die passend zijn voor de soort vraag. In bijlage IX vindt u een overzicht van de onderscheiden antwoordstramien. Aan elke vraagformulering is een antwoordstramien gekoppeld.

Daarbij zijn de te onderscheiden respondentgroepen gedefinieerd. Er worden thans 12 respondentgroepen onderscheiden (zie bijlage X). Elke vraag is vervolgens aan één of meerdere respondentgroepen toegewezen. De meeste vragen worden door meerdere respondentgroepen beantwoord, onder meer uit oogpunt van interne controle. Respondenten krijgen alleen die vragen voorgelegd met betrekking tot onderwerpen waarover zij vanuit hun functie een

waardevolle mening kunnen hebben. Er zijn dus 12 soorten vragenlijsten: één per respondentgroep. Daarnaast zijn deze vragenlijsten per respondentgroep onderscheiden naar organisatieniveau. Ter illustratie zijn in bijlage VIII twee vragenlijsten opgenomen: Vragenlijst voor de HEAD op stichtingsniveau en vragenlijst voor direct leidinggevende op DVO-niveau. Bij de vragenlijsten is een leeswijzer voor respondenten opgenomen (zie bijlage XI).

Tevens is per vraag aangegeven voor welke organisatieniveaus de betreffende vraag gesteld moet worden (Stichting, GVT, Intramuraal, DVO en/of KDV).

Op dit moment zijn de antwoordstramien, respondentgroepen en organisatieniveaus voorlopig bepaald en aan de vragen toegewezen. De validering in de instellingen moet in de komende tijd gebeuren en zal ongetwijfeld nog tot de nodige aanpassingen leiden op dit punt.

De antwoorden op de vragen leiden op basis van een waardering per antwoordcategorie tot totaalscores op het niveau van kengetallen. De waarderingen per antwoordcategorie zijn momenteel eveneens voorlopig vastgesteld. De scores van kengetallen kunnen worden geaggregeerd tot het niveau van prestatie-indicatoren en besturingsgebieden. De weging die aan de vragen, kengetallen en prestatie-indicatoren moet worden gegeven zal uiteindelijk op basis van een te kiezen wegingsmethodiek moeten worden bepaald (zie ook paragraaf 4.4 Aanbevelingen).

Voor de kwantitatieve gegevensverzameling zijn invulschema's ontwikkeld. Deze invulschema's zijn tezamen met een toelichting opgenomen in bijlage VII.

Voor een gedetailleerde beschrijving van en toelichting op het meetinstrumentarium en de analyse- en scoringsmethodiek, verwijzen wij naar hoofdstuk 1 van de voorbeeldrapportage, "Inleiding en algemene toelichting".

Na uitvoering van de enquête onder de verschillende respondentgroepen, worden de antwoorden verwerkt in een databasemodel dat de gegevens analyseert en in een rapportage verwerkt. In deze rapportages worden de scores op het niveau van kengetallen, prestatie-indicatoren en besturingsgebieden weergegeven op onder andere de volgende wijzen:

- score per instelling afgezet tegen best practice of landelijk gemiddelde;
- gemiddelde scores, standaarddeviatie, hoogste en laagste behaalde scores;
- verloop van de landelijke scores;
- opbouw van de score uit de onderliggende onderdelen.

Daarnaast wordt de verdeling van de gemiddelde antwoorden op de vraagonderwerpen over de instellingen in de rapportage weergegeven.

Een en ander is nader uitgewerkt in de Voorbeeldrapportage die bij dit rapport gaat.

3.4 Algemene opmerkingen

Naar aanleiding van een tweetal reeksen valideringsgesprekken met sleutelfunctionarissen binnen de pilotinstellingen zijn de werkversies van het benchmarkmodel sterk aangepast en verbeterd. Dit neemt niet weg dat een aantal aandachtspunten blijven bestaan waarvan het belang is deze kort onder de aandacht te brengen. Daarbij wordt aangegeven op welke wijze wij voorstaan hiermee om te gaan.

Het eerste aandachtspunt is de noodzaak een adequate leeswijzer bij het meetinstrumentarium op te nemen. Deze leeswijzer moet voorzien in een eenduidige definiëring van de in het benchmarkmodel gehanteerde begrippen. Voorts dient de leeswijzer aanwijzingen te bevatten omtrent de wijze waarop de vragenlijsten ingevuld behoren te worden. Een eerste versie van een dergelijke leeswijzer hebben wij inmiddels opgesteld en opgenomen bij de vragenlijsten in bijlage XI. In de leeswijzer wordt aangesloten bij het in de sector algemeen aanvaarde spraakgebruik.

Een ander aandachtspunt is het vraagstuk welke mate van detail van het benchmark wenselijk moet worden geacht. Dit is een afweging tussen enerzijds compleetheid en anderzijds haalbaarheid. Het is vooralsnog een arbitraire zaak om de begrenzing op basis van de reacties van de pilotinstellingen te bepalen.

Enerzijds is naar het oordeel van enkele van de gesprekspartners het model erg uitgebreid. Anderzijds geeft men aan wat men nog in het model toegevoegd zou willen hebben dan wel wordt de “compleetheid” van het model geprezen. Indien de integrale bouwstructuur van het model wordt opgedeeld naar vragenlijsten per respondentgroep, wordt het naar ons oordeel beter mogelijk de huidige omvang te beoordelen. Wanneer in een vervolgfase mocht blijken dat de vragenlijsten naar het oordeel van betrokkenen te omvangrijk zijn, zal de relevantie van vragen in een volgende pilot worden getoetst.

Ten aanzien van het in het model gehanteerde VGN-rekeningschema wordt door de instellingen het bezwaar geuit dat deze met name in het intramurale deel van de sector wordt toegepast. Gezien de wens binnen de GZ dit rekeningschema in de gehele sector toe te gaan passen, gevoegd bij de

beschikbaarheid van conversietabellen hebben wij gemeend dat het benchmarkmodel één op één moet aansluiten op het VGN-rekeningschema.

Een ander punt van aandacht is het feit dat uitkomsten van sommige vragen zowel positief als negatief kunnen worden geduid. Wanneer eenduidigheid in de interpretatie van de uitkomsten arbitrair blijkt, dan worden de betreffende vragen als “verklarende variabelen” opgenomen en maken geen onderdeel meer uit van de kengetallen en prestatie indicatoren in het model. Een soortgelijke benaderingswijze stellen wij voor ten aanzien van vragen die een causaal verband hebben met de schaalgrootte van de instellingen.

De validering van de vragen en waarderingen alsmede de weging van vragen, kengetallen en prestatie-indicatoren zal verder moeten plaatsvinden op basis van proefmetingen. Op grond van de uitkomsten van een dergelijke proefmeting kon bijvoorbeeld nader worden bepaald welke vragen meer en minder discrimineren.

Voorts zijn enkele geïnterviewden van mening dat het model in het algemeen een enigszins intramuraal karakter heeft. Wij stellen voor dit in een volgende pilot te toetsen.

Samenvattend concluderen wij dat een groot aantal van de bestaande aandachtspunten zijn, of kunnen worden opgelost. De gewenste eenduidigheid in begrippen en benaderingswijze van vragen moeten in de vervolgfase verder gestalte te krijgen. Een aantal aandachtspunten dient naar onze mening in een volgende pilot wederom aan de orde te worden gesteld.

4 Conclusies en aanbevelingen

4.1 Haalbaarheid invulling invulschema's

4.1.1 Inleiding

De gegevens die moeten worden aangeleverd voor de invulschema's betreffen enerzijds jaarrekeninggegevens (kosten opbrengsten) en anderzijds productiegegevens per module en zorgzwaartecategorie. Voor wat betreft de haalbaarheid van het opleveren van de productiegegevens wordt verwezen naar paragraaf 4.3 waarin hier uitgebreid op wordt ingegaan. In deze paragraaf wordt ingegaan op de haalbaarheid van het aanleveren van de kosten- en opbrengstgegevens en de toerekening daarvan naar soorten toelatingen en modules. De bevindingen zijn gebaseerd op de ervaringen in de pilotinstellingen.

4.1.2 Haalbaarheid

De haalbaarheid van het aanleveren van de kostengegevens wordt bepaald door de volgende aspecten:

1. is het VGN-rekeningschema waarop het invulschema is gebaseerd herkenbaar en bruikbaar voor de instellingen en wordt het toegepast?
2. zo ja, zijn de instellingen in staat om de toerekening van kosten naar soorten toelatingen te maken?
3. zo ja, zijn de instellingen in staat om de toerekening van kosten naar modules te maken?

Ad 1: VGN-rekeningschema

- Toepassing van een uniforme verslaglegging in alle instellingen vereenvoudigt de uitvoering van de benchmark aanzienlijk. Het is daarom zeer positief dat VGN per 1-1-1998 het oorspronkelijk intramurale rekeningschema geschikt heeft gemaakt voor de gehele VG-sector. Het bevat tevens een handleiding om de conversie van het semimurale FIAD-rekeningschema naar het VGN-rekeningschema te maken.
- Het blijkt dat het rekeningschema momenteel nog hoofdzakelijk intramuraal wordt toegepast en (nog) slechts beperkt semimuraal. Het is moeilijk in te

schatten of en in welk tempo de instellingen allemaal op het VGN-rekeningschema zullen overgaan.

- Overigens zou een beperkte toepassing van het VGN-rekeningschema op een hoog niveau (bijvoorbeeld 3-digitniveau) al de vereiste uniformiteit opleveren.

Conclusie:

- Afhankelijk van de mate waarin het VGN-rekeningschema wordt ingevoerd, wordt de toepassing van de invulschema's vereenvoudigd;
- Bij de pilotinstellingen is ongeveer de helft van de gegevens wel en de andere helft niet via de VGN-rekeningschema's vastgelegd;
- Voor de geplande proefmeting in juli 1998 betekent dit dat voor zover het VGN-rekeningschema niet wordt toegepast, er een grote tijdsinvestering moet worden gepleegd voor de invulling van de invulschema's. Hiervoor is een langere doorlooptijd nodig dan gepland (tenminste 3 maanden).

Ad 2: toerekening van kosten naar soorten toelatingen

- De toerekening van kosten en opbrengsten naar soorten toelatingen vormt uiteraard hoofdzakelijk een probleem als een instelling meerdere soorten toelatingen heeft.
- Voor de verslaglegging zijn deze instellingen momenteel verplicht te rapporteren per toelating. Dit maakt een rapportage per soort toelating (dus alle GVT's opgeteld, alle DVO's opgeteld) uitvoerbaar.
- De nauwkeurigheid van deze toerekening blijkt niet bijzonder groot aangezien daar momenteel niet een direct instellingsbelang voor aanwezig is.

Conclusie:

- Toerekening naar soorten toelatingen lijkt haalbaar.

Ad 3: toerekening van kosten naar modules

- De beoordeling van de haalbaarheid hiervan is moeilijk te bepalen aangezien de modules nog niet definitief zijn vastgesteld.
- Instellingen zullen een grote tijdsinvestering moeten plegen om een kostentoerekening naar producten/modules te maken. Het ontbreekt daarbij aan ervaring en hulpmiddelen aangezien dit tot op heden nog nauwelijks wordt gedaan.
- De instellingen achten een dergelijke toerekening wel wenselijk en ook mogelijk.

Conclusie:

- Toerekening is haalbaar maar bijzonder tijdrovend.
- Voor de geplande proefmeting in juli 1998 is dit niet haalbaar.

4.1.3 Algemene conclusie

- Op langere termijn is de toepassing van de invulschema's uit het benchmarkonderzoek haalbaar.
- De instellingen achten de geplande proefmeting in juli 1998 niet haalbaar gezien het arbeidsintensieve karakter van de kostentoerekeningen. Het zou slechts gedeeltelijke kostengegevens opleveren en geen toerekening aan modules. Voor een dergelijke meting is een doorlooptijd noodzakelijk van minimaal enkele maanden.

4.2 Haalbaarheid kostprijsberekening

Gedurende het benchmarkonderzoek door MEY MC in de pilotinstellingen is expliciet aandacht besteed aan de verwerking van financiële gegevens, met name kosten, in het benchmarkonderzoek en meer in het bijzonder aan kostprijzen. Algemeen kan gesteld worden dat de registratie van kosten voldoende is om de in de benchmark vereiste informatie op te nemen, maar dat de toedeling van kosten aan producten, de essentie van kostprijsberekening, op praktische problemen stuit, omdat sprake is van onvoldoende gegevens die ter beschikking staan. Het feit dat onvoldoende gegevens ter beschikking staan is een gevolg van het feit dat kostprijsberekening specifieke registraties vereist, waartoe tot op heden geen noodzaak bestond deze bij te houden.

Bij de behandeling van dit onderwerp wordt allereerst stilgestaan bij de registratie van gegevens per kostensoort. Gebleken is dat in het algemeen gegevens aangaande kosten en personele bezetting vastgelegd worden conform (in grote lijnen) het rekeningschema van het NZi/VGN. Gebleken is dat dit met name in de intramurale setting het geval is, terwijl in de semi- en extramurale setting ook gebruik gemaakt wordt van andere schema's. In het algemeen echter is het rekeningschema van het NZi voldoende bruikbaar. Derhalve stuit het gebruik van informatie over kosten of personele bezetting aan de hand van het rekeningschema van het NZi niet op bezwaren.

Echter, de verbijzondering van kosten, zoals vastgelegd in de instellingen, naar producten/modules stuit wel op praktische bezwaren. Deze bezwaren zijn van meervoudige aard:

- ten eerste ontbreekt in de instelling een verbijzondering van kosten naar producten, omdat er noch vraag was naar dergelijke informatie, noch gebruik gemaakt werd van productomschrijvingen. En zonder omschrijving van producten is het niet mogelijk kostprijzen te berekenen;
- in samenhang met het eerste punt worden niet systematisch interne prestaties vastgelegd die gebruikt kunnen worden om kosten te verbijzonderen. Dit vergt bijvoorbeeld registratie van personele uren in relatie tot producten of modules, vastlegging van interne leveringen van voeding of verbijzondering van uren van personeel naar diverse categorieën;
- kosten van centrale bureaus en andere algemene kosten zoals die van directie en administratie worden thans zonder deze te verbijzonderen vastgelegd op een dusdanige wijze dat een relatie met producten slechts verkregen kan worden door een procentuele opslag op de overige kosten te doen.

Concluderend kan dus gesteld worden dat de huidige registraties slechts in staat stellen om op zeer grove wijze en gebruik makend van vereenvoudigingen, aannames en schattingen kostprijzen te berekenen.

In de praktijk is dit probleem opgelost door schema's te ontwikkelen zoals opgenomen in bijlage VII, Invulschema's met toelichting. De registratie op basis van kostensoorten is voldoende betrouwbaar om mee te werken. De daarna komende verbijzondering naar producten is slechts bij benadering te maken.

Indien in het kader van het benchmarkonderzoek een vervolg overwogen wordt en dit vervolg structurele vormen krijgt dan is het aan te bevelen gebruik te maken van herkenbare en ingeburgerde productomschrijvingen en omschrijvingen van modules. De instellingen kunnen op basis hiervan hun administraties aanpassen en alsnog de vereiste gegevens registreren. Een koppeling naar de interne besturing van de instellingen is aan te bevelen als middel om de registraties ook direct dienstbaar te doen zijn aan de instellingen zelf. Verwacht moet echter worden dat vooralsnog gebruik gemaakt moet worden van schattingen. Gezien het feit dat een betrouwbare kostenregistratie uit de aard der zaak achteraf, aan de hand van de werkelijkheid, en gedurende enige tijd (minimaal een jaar) bijgehouden moet worden

Doordat elke instelling registreert op een voor die instelling eigen wijze, is het niet zonder meer mogelijk te komen tot kostprijzen die een uniform en homogeen karakter hebben. Mede door het thans ontbreken van goede productomschrijvingen die in een groot deel van de sector geaccepteerd zijn moet dus vastgesteld worden dat de kostprijzen zoals die thans in de benchmark zijn opgenomen een voorlopig karakter hebben. Verschillen in kostprijzen kunnen dus niet zonder meer geweten worden aan verschillen in onderliggende

activiteiten en consumptie van productiefactoren, maar kunnen evenzeer het gevolg zijn van voor dit doel ontoereikende registraties en aannames in het traject van toerekening.

4.3 Haalbaarheid correctie verschillen in cliëntenmix

Naar het oordeel van de meeste van de pilotinstellingen voldoet het HHM-model als tijdelijke zorgzwaartepleister, in afwachting van een definitief te ontwikkelen meerdimensionaal model. Dit oordeel is met name gebaseerd op het feit dat het abstraheren van zorgzwaarte de kwaliteit van het benchmarkmodel meer schaadt dan het toepassen van deze pleister.

Wel stuit het scoren van cliënten in de zorgzwaartecategorieën op de nodige problemen, vanwege het feit dat SRZ-gegevens veelal niet meer actueel zijn en bij de instellingen ook niet in een geautomatiseerd systeem zijn opgeslagen. De meeste pilotinstellingen hebben de bereidheid uitgesproken hun cliënten op basis van de omschrijvingen uit het HHM-model direct in te delen in de vijf onderscheiden zorgzwaartecategorieën. Deze handelingswijze heeft vanzelfsprekend wel een afname van de betrouwbaarheid van de resultaten tot gevolg.

Eén van de pilotinstellingen heeft uitgesproken niet met het HHM-model uit de voeten te kunnen, vanwege het feit dat überhaupt geen (gedateerde) SRZ-gegevens voorhanden zijn. Deze instelling oordeelt dat de energie die met invulling van het HHM-model is gemoeid, gegeven de tijdelijkheid van het gebruik van dit model, te groot is in relatie tot de te verkrijgen resultaten.

In aansluiting op de beschouwingen zoals beschreven in paragraaf 2.5 zijn wij van mening dat het scenario het HHM-model als zorgzwaartepleister toe te passen de voorkeur verdient. Daarbij tekenen wij aan dat ons inziens de energie die in het invullen van het model wordt gestoken in verhouding moet staan met de doelstelling van het gebruik van het HHM-model: tijdelijk gebruik als een zorgzwaartepleister. Dit betekent dat het model zo goed mogelijk wordt ingevuld, maar dat daar waar geen of geen actuele gegevens voorhanden zijn, moet worden volstaan met door deskundigen uit de pilotinstellingen gemaakte indelingen op basis van timmermansoog (i.c. inschattingen).

Het benchmarkmodel is vooralsnog gebaseerd op voornoemd scenario als tijdelijke oplossing voor het corrigeren voor de verschillen in cliëntenmix tussen de te benchmarken instellingen.

Zodra de resultaten van het onderzoek van NZi en NIZW gereed zijn kunnen die worden ingepast in het benchmarkmodel. Noodzakelijke voorwaarde voor het functioneren van een landelijke benchmark is enerzijds dat aan de productdefinities een model is gekoppeld dat normen stelt voor personeelsverdeling per product/zorgzwaarte combinatie. Tot die tijd blijven de resultaten van de benchmark tentatief. Anderzijds dient ook de administratieve organisatie van de instellingen te worden aangepast aan de noodzakelijke registraties.

4.4 Aanbevelingen

4.4.1 *Benchmarkniveaus*

Op grond van de ervaringen die opgedaan zijn gedurende het benchmarkonderzoek bij pilotinstellingen bevelen wij aan om in een eerste proefmeting vooralsnog op een tweetal niveaus te benchmarken: het niveau van de stichting en het niveau van de soort toelating. Het niveau van de stichting is duidelijk omschreven door de wettelijke (BW 2) afbakening van het begrip stichting. Toelatingen zijn eveneens gedefinieerd in de wet- en regelgeving. Op basis van de ervaringen met pilots kan dan nader worden bepaald welke versturende factoren eventueel bij welke niveaus zouden optreden en wat dit moet betekenen voor de uiteindelijke keus van benchmarkniveaus.

4.4.2 *Kostentoerekening*

Om zoveel mogelijk te kunnen komen tot vergelijkbare uitkomsten voor de aan de benchmark deelnemende instellingen is het aan te bevelen alle kosten, dus inclusief kosten voor centrale bureaus en algemene “overhead”-kosten toe te rekenen aan de productie. Het niet toerekenen van deze kosten zou tot gevolg hebben dat kosten die binnen de ene instelling vallen onder het centraal bureau niet gerapporteerd worden als deel van de kostprijzen terwijl ze bij instellingen zonder centraal bureau wel deel uit zouden maken van de kostprijzen.

4.4.3 *Vervolgplanning*

Gezien de bevindingen over de haalbaarheid van met name het invullen van de invulschema's bevelen wij aan om de planning van de pilot te heroverwegen. Het is voor de instellingen niet mogelijk om conform de nieuwe planning in één

maand tijd de invulschema's in te vullen. Mede op basis van de bespreking van en besluitvorming over het benchmarkmodel en meetinstrumentarium zoals in deze rapportage gepresenteerd, kan de vervolgfase qua doelstellingen, activiteiten en doorlooptijd opnieuw worden bepaald, rekening houdend met de bevindingen betreffende haalbaarheid en de overige aanbevelingen in deze paragraaf.

4.4.4 *Wegings- en beoordelingssystematiek*

Als men doelmatigheid heeft gedefinieerd met subbegrippen als efficiency zorg, financieel resultaat, inzet personeel en noem maar op, kan men per subbegrip een aantal vragen formuleren. Stel dat dat 50 vragen oplevert. Wat men dan eigenlijk meet, zijn 50 losse aspecten van 'doelmatigheid'. Men weet dan wel hoe per aspect gescoord wordt, maar nog niet wat dat betekent voor het abstracte begrip 'doelmatigheid' in het geheel. Hoe verandert de prestatie op de thermometer 'doelmatigheid' indien bij een nieuwe meting bijvoorbeeld op vraag 5, 8 en 43 respectievelijk 5%, 50% en 17% lager wordt gescoord dan bij een eerdere meting, terwijl op vraag 11, 27, 30 en 46 respectievelijk 23%, 15%, 8% en 35% hoger wordt gescoord dan bij de eerdere meting? Hetzelfde probleem doet zich voor op het niveau van de subbegrippen.

In sociaal-wetenschappelijk onderzoek is wel getracht dit probleem op te lossen door met behulp van multivariate variantie-analyse gewichten toe te kennen aan vragen (hoe sterk laadt een vraag op een subbegrip). Wetenschappelijk onderzoek (internationaal meer dan 100 empirische studies) heeft aangetoond dat het toepassen van een *expertsysteem* leidt tot een adequatere beoordeling van het te meten begrip (in dit geval doelmatigheid). Door middel van kennistechnologie wordt het meest adequaat de juiste lading, die de vragen moeten hebben op het subbegrip en die deze subbegrippen vervolgens moeten hebben op het hoofdbegrip, toe gekend. Het neurale netwerk kan deze ladingen afleiden uit de 'expertkennis', die in de vorm van frequentieverdelingen ter beschikking wordt gesteld.

De opdrachtgever kan zelf bepalen wie voor welke onderwerpen (aanvullende) kennis zal leveren (dit kunnen ook meer deskundigen zijn) en kan deze kennis vervolgens beoordelen, bediscussiëren en/ of aanpassen.

Met name wanneer men de meting periodiek wil herhalen om bijvoorbeeld de effecten van het gevoerde beleid en genomen maatregelen zichtbaar te maken (trends over de jaren heen) of wanneer men interorganisatie vergelijkingen wil maken, zoals bij benchmarking het geval is, heeft kennistechnologie toegevoegde waarde.

Een bijkomend praktisch aspect is dat de managementrapportage met scores, conclusies, betrouwbaarheidsanalyses en bijbehorende verklaringen automatisch wordt gegenereerd.

Wij bevelen derhalve aan om voor de weging, analyse en benchmarkrapportage kennistechnologie te gebruiken.

4.4.5 *Ontwikkeling referentiegetallen personele inzet*

Wij bevelen aan om op landelijk niveau een samenhangend systeem van referentiegetallen voor de inzet van personeel (en eventueel middelen) per zorgmodule-/zorgzwaarte-combinatie te ontwikkelen, zodat zinvolle uitspraken kunnen worden gedaan over de kwantitatieve prestaties van de betrokken instelling in termen van effectiviteit, efficiency en productiviteit. Het nalaten van het ontwikkelen van een dergelijk landelijk en geïntegreerd schema van productdefinities, zorgzwaarte en referentiegetallen voor inzet heeft tot gevolg dat geen vergelijkbaarheid gecreëerd kan worden tussen de geleverde prestatiescores in de benchmark omdat onvoldoende gecorrigeerd kan worden voor verschillen in de cliëntmix van de gebenchmarkte zorgorganisaties.

4.4.6 *Kostprijsberekening in relatie tot externe budgettering*

In deze rapportage hebben wij aangegeven dat het noodzakelijk is voor een goede benchmark te beschikken over een breed ingevoerd systeem voor kostprijsberekening. Dit vergt het nodige voor de administratieve organisatie van de instellingen. Dat zal alleen uniform gebeuren als het externe budgetteringssysteem dat noodzakelijk maakt of sterk bevordert. Het financiële macrobeleid van de overheid zal hieraan zoveel mogelijk gestalte kunnen/moeten geven.

Confronteert men de huidige met de gewenste situatie dan is er sprake van een grote discrepantie. Het huidige systeem geeft geen aanleiding kostprijzen te berekenen, alleen al omdat producten een onbekend fenomeen zijn. Zuiver de introductie van producten en vergoedingen voor producten als financiering leiden weliswaar tot de prikkel om kostprijzen te berekenen, doch dwang is niet aanwezig. Ook indien men kostprijzen kent, dan heeft dit weliswaar effect op de financiering, maar gewenste effecten als kostenbeheersing, kwaliteitsverbetering en beheersing van de macrokosten worden niet gerealiseerd. Dit heeft alles te maken met de besturing die in het verleden gekozen is: sterke regulering van zowel vraag- als aanbodzijde. Deze besturing

is in eerste aanleg toegepast op macroniveau, maar is in tweede aanleg vertaald naar het niveau van de instelling door middel van het bepalen van productieafspraken en het aan goedkeuring van de overheid onderwerpen van veranderingen in capaciteit.

Wij adviseren de ontwikkeling van een systeem van kostprijsberekening en externe budgettering synchroon te laten lopen met de verdere ontwikkeling van het benchmarkmodel. Deze trajecten, alsmede het traject dat tot heldere producttyperingen dient te leiden, hangen zo nauw met elkaar samen, dat een niet-synchrone aanpak leidt tot continuering van de huidige beperkingen kostprijzen te kunnen meten, terwijl dit een wezenlijk onderdeel in het benchmark-model is.

4.4.7 *Macrobeleid benchmarking*

Wij bevelen aan een duidelijk en transparant beleid te formuleren ten aanzien van benchmarking. In dit beleid zouden onder meer de doelstellingen van benchmarking moeten worden benoemd, alsmede de implicaties van toepassing van benchmarking. Gezien het belang van draagvlak bij de instellingen lijkt explicitering van de doelstellingen van de benchmarking en het gebruik van benchmarkresultaten alsmede het regelen van zaken als eigendom van gegevens, zeer wenselijk. Op deze wijze kunnen onduidelijkheden en mogelijke weerstanden tegen benchmarking voor een belangrijk deel worden weggenomen dan wel voorkomen. Indien de benchmarkresultaten zouden worden gebruikt om het macrobudget te verdelen over de instellingen en/of normen voor bijvoorbeeld kengetallen te bepalen, dan dient rekening gehouden te worden met het uitblijven van medewerking van instellingen dan wel een onzuivere aanlevering van gegevens.

Op het moment dat de prestaties van een instelling zoals die uit de benchmarkresultaten naar voren komen, door externe partijen zouden worden gebruikt om financiering of afspraken ten aanzien van die instelling te bepalen, zou dat de benchmarking ernstig belemmeren: enerzijds omdat de kans op medewerking van de instelling aan benchmarking dan klein wordt en anderzijds omdat de incentive om de gegevens te manipuleren dan groter wordt dan de incentive om de werkelijke eigen prestaties in vergelijking tot de andere instellingen te kennen.

4.4.8 *Slotconclusie*

Tot slot concluderen wij dat benchmarking in de GZ een nuttig instrument kan zijn, dat onder benoeming van een aantal randvoorwaarden op een voldoende draagvlak in het veld lijkt te kunnen rekenen. De instellingen juichen de mogelijkheden om meer van elkaar te leren, de eigen relatieve positie in beeld te krijgen en concrete managementinformatie op grond waarvan zij hun functioneren kunnen verbeteren, van harte toe. De haalbaarheid en validiteit hangen met name samen met de mate van realisatie van de hierboven weergegeven aanbevelingen.

Indien de opzet om een valide, ambitieus maar haalbaar benchmark-instrument te ontwikkelen dan levert dit een hoge toegevoegde waarde op, namelijk:

- management-informatie voor de eigen sturing van de instelling en beleidsinformatie voor de visie-ontwikkeling en beleidsvoering van de sector en de overheid (en eventueel de overige stakeholders);
- inzicht in en onderlinge vergelijkbaarheid van de prestaties van de individuele instellingen en van de sector als geheel;
- op nationaal niveau gecollecteerde, geautomatiseerd vastgelegde gegevens van alle instellingen over het functioneren;

De keerzijde van deze medaille is, dat zowel het ontwikkelen van een valide het benchmarkmodel als het invullen ervan door de instellingen een aanzienlijke inspanning vergt.



Benchmarking in de verstandelijk gehandicaptenzorg

Bevindingen bij de pilot-meting

Benchmarking in de verstandelijk gehandicaptenzorg

Bevindingen bij de pilot-meting

Utrecht, 29 september 1998

mevrouw drs. M.E.M. van Dijen (projectleider)
drs. M. Bijker
ing. W.A. Groothuis
drs. G. Jansen van Rosendaal
dr. R.A. Stegwee

Doc: 1236-rap

Inhoudsopgave

1	Inleiding	— 3
1.1	Achtergrond & opdrachtformulering	3
1.2	Werkwijze	4
1.3	Opbouw van de rapportage	5
2	Inhoudelijke bevindingen	— 6
2.1	Het benchmark-model	6
2.2	De vragenlijsten	7
2.2.1	Achtergrond	7
2.2.2	Ervaringen van de pilot-instelling met de vragenlijsten	7
2.2.3	Ervaringen van de cliënten en verwanten met de vragenlijst	9
2.2.4	Beschouwing MEY MC	9
2.3	De invulschema's	11
2.3.1	Achtergrond	11
2.3.2	Verantwoording invulling invulschema's door pilot-instelling	11
2.3.3	Ervaringen van de pilot-instelling met de invulschema's	13
2.3.4	Beschouwing MEY MC	14
2.4	Zorgzwaartemeting	15
2.4.1	Achtergrond	15
2.4.2	Ervaring in de pilot-instelling met de toepassing van het HHM-model	16
2.4.3	Beschouwing MEY MC	17
3	Conclusies en aanbevelingen	— 19
3.1	Opbouw en inhoud van de vragenlijsten	19
3.2	De invulschema's	19
3.3	De correctie voor verschillen in cliëntenmix	22
3.4	Verwerking benchmark-gegevens door MEY MC	23
3.5	Slotconclusies	23

Bijlagen

- I Notitie interne communicatie pilot-instelling

1 Inleiding

1.1 Achtergrond & opdrachtformulering

In deze rapportage geven wij de resultaten weer van fase II van het onderzoek Benchmarking in de sector VG.

Deze vervolgfase van het onderzoek benchmarking in de sector VG heeft conform de afspraken met het Ministerie van VWS op een andere wijze invulling gekregen dan waarvan werd uitgegaan bij werkconferentie II van 19 juni 1998. De doelstelling van fase II is met name komen te liggen bij het toetsen van het gebruik van het meetinstrumentarium als zodanig ("in hoeverre zijn de vragenlijsten en invulschema's in te vullen"). Daartoe is één pilot-instelling geselecteerd, zijnde De Wendel. In samenwerking met deze pilot-instelling is een proefmeting uitgevoerd op alle vijf de niveaus, zijnde het niveau van de Stichting en de vier niveaus van toelating: Intramuraal, GVT, DVO en KDV.

De proefmeting is uitgevoerd met als deadline 30 september 1998, zoals door de hoofdwerggroep bepaald. Fase II, de voorbereiding en uitvoering van de pilotmeting, verwerking, analyse en rapportages, is volgens een minimum scenario uitgevoerd. Dit houdt in dat ten opzichte van de projectplanning van 26 juni 1998 uitsluitend een deel van de projectstappen is uitgevoerd.

Zoals gezegd is het doel van deze proefmeting een eerste toetsing van het ontwikkelde benchmark-model en meetinstrumentarium in de praktijk van een instelling. De resultaten van de proefmeting kunnen gebruikt worden voor:

- de verdere ontwikkeling van het benchmark-model en het meetinstrumentarium;
- de formulering van conclusies en aanbevelingen door de deelwerggroep VG en de hoofdwerggroep over de zinvolheid en haalbaarheid van benchmarking in de verstandelijk gehandicaptenzorg respectievelijk in de AWBZ.

1.2 Werkwijze

De proefmeting is uitgevoerd met de “transmurale” instelling De Wendel, die bereid is geweest om als pilot-instelling hieraan haar medewerking te verlenen. Ten behoeve van de uitvoering van de proefmeting binnen de instelling is door MEY MC een specifieke activiteiten- en tijdsplanning gemaakt. Vóór de feitelijke proefmeting in de pilot-instelling, zijn een aantal bureau-activiteiten uitgevoerd. Deze bestonden uit het screenen en aanpassen van het meetinstrumentarium op grond van de tijdens de twee valideringsrondes verkregen feedback. Voorts is de ontwikkeling van de benodigde verwerkingsprogrammatuur ter hand genomen. In hoofdlijnen betrof dit aanpassingen naar aanleiding van de wijzigingen in de inhoud van het meetinstrumentarium en een uitbreiding van de programmatuur voor de verwerking van de kwantitatieve gegevens.

Ter ondersteuning van de uitvoering van de meting door de pilot-instelling is een informatieset ontwikkeld. Deze informatieset diende als hulpmiddel voor de vervulling van de taken van de interne coördinator van de pilot-instelling, alsmede voor de communicatie naar alle bij de proefmeting betrokken partijen en personen. De door MEY MC en De Wendel geproduceerde stukken ten behoeve van de voorbereiding van en interne communicatie over de proefmeting zijn opgenomen in bijlage I.

Na de vaststelling van de aantallen respondenten per respondentgroep, zijn de vragenlijsten geproduceerd en voorzien van een leeswijzer naar de respondenten gezonden. De proefmeting heeft in een intensieve en plezierige samenwerking tussen de betrokkenen van de pilot-instellingen en het projectteam van MEY MC gestalte gekregen.

De laatste weken hebben zich gericht op de invoering en verwerking van de gegevens uit de meting en het opstellen van de rapportages, te weten:

- instellingsrapportage voor De Wendel;
- voorbeeld instellingsrapportage met gerandomiseerde gegevens voor de hoofdwerggroep;
- subset prestatie-indicatoren en kengetallen met gerandomiseerde gegevens voor het ministerie van VWS.

1.3 Opbouw van de rapportage

In deze rapportage worden de bevindingen gepresenteerd welke zijn opgedaan tijdens de pilot-meting van het concept-benchmark-model voor de verstandelijk gehandicaptenzorg. Doel van deze proefmeting is een indruk te krijgen van de functionaliteit en haalbaarheid van het tot dusverre ontwikkelde model. Aan de hand van de ervaringen van de betrokkenen van de pilot-instelling en onze evaluatie hiervan, presenteren wij aanbevelingen en aandachtspunten voor de voortgang van het onderzoek "Benchmarking in de AWBZ".

Aan de orde komen achtereenvolgens de volgende onderwerpen:

- algemene opmerkingen;
- de vragenlijsten;
- de invulschema's;
- de zorgzwaartemeting.

Van deze onderwerpen vindt eerst een korte schets plaats van de achtergrond. Vervolgens wordt ingegaan op de ervaringen die zijn opgedaan tijdens de uitvoering van de proefmeting en wordt hierover door ons een korte beschouwing gegeven.

Ter afsluiting worden in hoofdstuk 3 de conclusies en aanbevelingen overzichtelijk weergegeven.

2 Inhoudelijke bevindingen

2.1 Het benchmark-model

In de definitieve tussenrapportage “Benchmarking in de sector Verstandelijk Gehandicaptenzorg” was reeds een samenvatting opgenomen van de feedback die door de pilot-instellingen op het benchmark-model was gegeven. Aan de hand van alle commentaar is het benchmark-model bewerkt en aangepast. De bewerking heeft zijn weerslag gehad op de volgende terreinen:

- de omvang van de vragenlijst is waar mogelijk teruggebracht door het schrappen van minder relevant geachte vragen;
- er is kritisch gekeken op welk organisatorisch niveau vragen betrekking hebben (stichtingsniveau of het niveau van afzonderlijke toelatingen), waarbij vragen waar mogelijk op stichtingsniveau zijn gesteld teneinde de omvang van de vragenlijsten te beperken;
- de toewijzing van vragen aan respondentgroepen is kritisch onder de loep genomen, waarbij het aantal respondentgroepen per vraag op drie is gemaximeerd;
- de toewijzing van antwoordcategorieën aan de vragen is volledig beoordeeld en waar nodig aangepast.

Gelijktijdig is de verdere ontwikkeling van de benodigde verwerkingsprogrammatuur ter hand genomen. Deze activiteiten hadden onder meer betrekking op:

- het waar mogelijk automatiseren van arbeidsintensieve activiteiten en verdere ontwikkeling van de lay-out en de leesbaarheid van de rapportages;
- aanpassingen naar aanleiding van de wijzigingen in de inhoud van het model;
- uitwerken van de database-programmatuur voor de verwerking van de antwoorden van individuele respondenten tot antwoorden per respondentgroep per soort toelating en vervolgens tot antwoorden en scores per instelling;
- een grondige aanpassing van de spreadsheet-programmatuur voor de verwerking van de kwantitatieve gegevens. De grote hoeveelheden te verwerken kwantitatieve gegevens rechtvaardigden de ontwikkeling van programmatuur waarin invoer en de gewenste (grafische) uitvoer aan elkaar gekoppeld zijn. Tevens werden oplossingen bedacht voor de koppelingen en beheersing van de gegevens uit de database- en spreadsheetprogrammatuur op de punten waar die elkaar raken.

2.2 De vragenlijsten

2.2.1 *Achtergrond*

Tijdens de uitvoering van de pilot-meting is aan alle respondenten gevraagd de door hen in te vullen vragenlijst nogmaals kritisch te beschouwen en vragen desgewenst van commentaar te voorzien. Door deze benadering hebben vele personen die bij de voorgaande fase niet of slechts zijdelings betrokken waren, het verzoek gekregen feedback te geven. Door het gebrek aan voldoende tijd is hiervan slechts in beperkte mate gebruik gemaakt.

Verder heeft een evaluatiegesprek plaatsgevonden met een vertegenwoordiger van de Verwantenraad. Bovendien heeft een evaluatiebijeenkomst met de leden van het Management Team van de pilot-instelling plaatsgevonden waarin de diverse aspecten van de uitvoering van de meting zijn besproken.

Deze feedback wordt in de volgende paragraaf beschreven. Aan het specifieke commentaar van de doelgroep ouders en verwanten wordt een aparte paragraaf gewijd. Tenslotte wordt in paragraaf 2.2.4 hierop een beschouwing door MEY MC gegeven.

2.2.2 *Ervaringen van de pilot-instelling met de vragenlijsten*

De respondenten (ongeveer 245) van de pilot-instelling hebben in het algemeen zeer positief gereageerd op het benchmark-model en de door hen in te vullen vragenlijsten. Alle betrokkenen hebben een grote bereidheid getoond hun medewerking aan de pilot-meting te verlenen. Dit blijkt uit de grote respons van circa 98%. Verder zijn de volgende belangrijkste onderwerpen in het kader van de evaluatie genoemd.

- A) In het algemeen wordt het wenselijk geacht om de vragenlijsten nog eens met een stofkam door te nemen. Naar het oordeel van de pilot-instelling is op een aantal vragen kritiek op formulering en/of is de vraag inhoudelijk niet correct. Tevens is de opmerking geplaatst dat een aantal van de vragen nog te intramuraal van karakter zijn. Een aantal van de in de vragen gebruikte begrippen worden door de betrokkenen opgevat als containerbegrippen. Daardoor ontstaan meervoudige interpretatiemogelijkheden op de vraag. De invuller van de vragenlijst heeft dan ruimte om te kiezen welke aspecten hij of zij het belangrijkste vindt. De vragen die zijn bestemd voor de kinderzorg sluiten voor een deel te weinig aan bij de praktijk van deze zorgverlening. Gezien de bijzondere situatie, kenmerken en behoeften van deze doelgroep acht de pilot-instelling een aanpassing van een deel van de vragen uit het benchmark-model specifiek toegespitst op de kinderzorg, wenselijk. Zoveel mogelijk aandacht voor innovatieve aspecten in de zorg en dienstverlening aan mensen met een verstandelijke handicap wordt door de pilot-instelling op prijs gesteld. Dit kan bijvoorbeeld door het aantal vragen ten aanzien van innovatieve vormen van zorg en dienstverlening, zorgvraaggestuurd werken en zorgvisies te vergroten, dan wel daar een grote waardering aan toe te kennen.
- B) Op het gebruik van het VGN-rekeningenschema, dat wij in het benchmark-model hebben toegepast, wordt de kritiek geuit dat dit te intramuraal is gericht.
- C) In de vragenlijsten worden verschillende typen vragen onderscheiden. Soms hebben deze betrekking op feitelijke gegevens, in andere gevallen wordt een subjectieve beleving gevraagd. Er is aangegeven dat het voor respondenten soms lastig is deze verschillende soorten vragen te onderscheiden, omdat ze door elkaar worden gebruikt. Door de betrokkenen is de suggestie gedaan deze vragen binnen een kengetal zodanig te ordenen, dat ze herkenbaar zijn. Tijdens de evaluatie werd door betrokkenen verder genoemd dat de vraagonderwerpen zowel belangrijke als minder belangrijke zaken betreffen.
- D) De vragen zijn ofwel op het niveau van de gehele stichting gesteld ofwel op het niveau van de soort toelating. Deze indelingscriteria leiden er volgens de betrokkenen toe dat managers of medewerkers wordt gevraagd een uitspraak te doen over de totale organisatie of delen daarvan die ze niet kunnen overzien. Dit wordt veroorzaakt door het gegeven dat de organisatiestructuur niet volledig aansluit bij de indeling naar “soort toelating”. Bij de beantwoording van een aantal vragen achten de betrokkenen de keuze voor het organisatie-niveau (stichting of “soort toelating”) niet juist.

- E) In het algemeen wordt geconstateerd dat een mondelinge toelichting van de achtergrond van de enquête evenals de schriftelijke voorbereiding en leeswijzers als zeer belangrijk en nuttig worden ervaren. Door de beperkte tijd is dit bij de pilot-meting in een minimale variant uitgevoerd.

2.2.3 *Ervaringen van de cliënten en verwanten met de vragenlijst*

Van de respondentgroepen was de respons van de ouders en verwanten, alsmede van de verwantenraad relatief het laagst. Er werden enkele specifieke opmerkingen geplaatst die betrekking hadden op de hiervoor genoemde punten A en E.

- A) Ouders en verwanten geven verder dat de formulering van de vragen sterk vereenvoudigd zou moeten worden. Er worden formuleringen en termen gebruikt die niet aansluiten bij de beleavingswereld van verwanten of ouders. Dit punt geldt uiteraard in een nog sterkere mate voor de cliënten. De betreffende vragen zouden sterk vereenvoudigd moeten worden.
- E) De ouders en verwanten hebben aangegeven behoefte te hebben aan een meer uitgebreide voorlichting over de benchmark. Dit hangt enerzijds samen met de vraagtekens die door hen worden gezet bij de toegevoegde waarde van opnieuw een onderzoek. Anderzijds hebben zij betrekkelijk weinig zicht op het functioneren van de betreffende organisatie, waardoor een relatief grote behoefte ontstaat aan informatie. Gezien het grote belang dat aan de wensen en behoeften van cliënten wordt gehecht, hebben zij aangegeven dat een grotere betrokkenheid in de ontwikkeling van het model wenselijk zou zijn geweest.

Verder wordt aangegeven dat het een illusie zou zijn te denken dat begeleiders alle cliënten goed kunnen bijstaan bij het invullen van dergelijke vragenlijsten gezien het tijdsbeslag dat dit met zich meebrengt.

2.2.4 *Beschouwing MEY MC*

Het is wenselijk in een volgende pilot nogmaals aandacht te besteden aan de relevantie en formulering van de vragen, zodat de vragenlijsten zoveel mogelijk aansluiten bij de actuele meningen en ontwikkelingen in de verstandelijk gehandicaptenzorg.

Ad A) Wij onderschrijven de wenselijkheid om in een nieuwe pilot de vragenlijsten door meerdere pilot-instellingen te laten toetsen. Verder zal het door de pilot-instelling geleverde commentaar bij de vragen als input kunnen worden gebruikt voor het zuiveren of aanvullen. Van belang is dat het commentaar dan concreet wordt gemaakt op vraagniveau. Overigens merken wij naar aanleiding van het gebruik van zogenaamde “containerbegrippen” op dat het juist de bedoeling van ervaringsvragen is om de respondent interpretatieruimte te geven. Met betrekking tot de vereenvoudiging van de vragen ten behoeve van cliënten, ouders of verwanten, zouden de voor hen bestemde vragen moeten worden geselecteerd om deze waar nodig te herformuleren. Een aandachtspunt met betrekking tot de vragen voor cliënten is in hoeverre ernaar moet worden gestreefd dat cliënten de vragen zelfstandig kunnen invullen (hetgeen hoge eisen zou stellen aan de wijze van vragen) of dat de begeleiders of ouders hierbij ondersteunen.

Ad B) Wij zijn van mening dat het VGN-rekeningschema moet worden toegepast als basis voor de kwantitatieve gegevensverzameling aangezien dit leidt tot de vereiste uniformiteit in de sector. Dit rekeningschema wordt in het intramurale deel van de sector al toegepast en voor het semi-murale deel is een conversietabel van het Fiad-rekeningschema naar de VGN-sector beschikbaar. Eventuele aanpassingen van het VGN-rekeningschema, om het beter aan te laten sluiten bij de semi-murale en transmurale praktijk, vallen buiten het bereik van het onderzoek, maar kunnen wel in de gehanteerde modellen worden geacommodeerd.

Ad C) De antwoordstramien die bij de verschillende typen vragen horen, geven naar ons oordeel helder aan om welk type vraag het gaat. Gezien echter de beleving van de betrokkenen zou dit explicieter kunnen worden toegelicht in de leeswijzer bij de vragenlijsten. Verder is het mogelijk om een aantal feitelijke vragen niet in de vragenlijst op te nemen maar te verhuizen naar het invulschema. Het feit dat niet alle vraagonderwerpen even belangrijk zijn leidt ertoe dat in de toekomst een wegingsmethodiek toegepast moet gaan worden, die bepaalt welke invloed een vraag heeft op de score op het betreffende kengetal.

Ad D) In een volgende pilot zal aandacht moeten worden besteed aan de afweging of de vragen op het meest passende benchmark-niveau worden gesteld. Daarbij zijn wij van mening dat de huidige benchmark-niveaus gehandhaafd moeten blijven, omdat deze in de gehele sector herkenbaar zijn.

Ad E) Wij onderschrijven het nut en de noodzaak van een goede voorlichting aan de cliënten, ouders en verwanten. Hier ligt naar ons oordeel een belangrijke taak voor de betrokken landelijke belangengroeperingen (zoals VGN, FvO, WOI) en de instellingen. Verder lijkt het ons waardevol in een volgende pilot verder te toetsen in hoeverre de vragenlijsten voor de doelgroepen cliënten, ouders en verwanten voldoende duidelijk zijn en deze groepen aldus meer betrokkenheid te geven bij de ontwikkeling van het benchmark-model en meetinstrumentarium.

2.3 De invulschema's

2.3.1 *Achtergrond*

De invulschema's zijn ontwikkeld ten behoeve van de kwantitatieve gegevensverzameling. De in te vullen gegevens betreffen enerzijds jaarrekeninggegevens en anderzijds productiegegevens per module en zorgzwaartecategorie. Bij de uitvoering van de benchmark is de toerekening van kosten aan producten of modules van essentieel belang.

De eerste ervaringen bij de pilot-instellingen in de eerste fase van het onderzoek wezen al op het feit dat in de verstandelijk gehandicaptenzorg geen sprake is van in de instellingen algemeen aanwezige en geaccepteerde kostprijsberekeningen of -systematieken. Voorts wordt op het ogenblik in de verstandelijk gehandicaptenzorg nog niet gewerkt met algemeen geaccepteerde productomschrijvingen. De afwezigheid van dergelijke omschrijvingen tot op heden maakt het niet eenvoudig om landelijk vergelijkbare kostprijzen te berekenen. Bovendien worden in de instelling verrichte activiteiten niet systematisch gerelateerd aan producten en kosten. Tot slot bleek dat de algemene kosten worden vastgelegd zonder deze te verbijzonderen. Voornoemde punten leiden tot een grote diversiteit in interne registraties, productomschrijvingen, kostenplaatsen en kostenverdeelsleutels en besturingsprincipes.

2.3.2 *Verantwoording invulling invulschema's door pilot-instelling*

De invulschema's betreffen voor een belangrijk deel het toerekenen van de kosten aan in de eerste plaats het niveau van de "soort toelating" en vervolgens per "soort toelating" aan de zorgmodules. Dit vormt de basis voor het berekenen van kostprijzen per zorgmodule.

Bij de verdeling van de kosten over de “soort toelating” heeft de pilot-instelling zich gebaseerd op het aantal toelatingen (erkenningen) als verdeelsleutel. Het divisiemanagement dat in de pilot-instelling niet één op één aansluit bij de indeling naar “soort toelating”, is verdeeld op basis van geschatte tijdsverdeling. Verder is bij de verdeling van de kosten over de “soort toelating” gebruik gemaakt van de kostenplaatsstructuur waardoor diverse personele en materiële kosten in verband gebracht konden worden met het niveau van de “soort toelating”.

Vervolgens is per “soort toelating” de toerekening van kosten aan de zorgmodules gemaakt. Hierbij is de volgende werkwijze gehanteerd:

- bij een direct verband tussen de kosten en een module worden deze volledig aan de module toegerekend;
- de kosten van management zijn over de modules verdeeld naar rato van de verdeling van de totale toegerekende personeelskosten per module;
- algemene kosten zoals “personeel algemene en administratieve functies” en “algemene en materiële overige kosten” zijn verdeeld naar rato van de personeelskosten van patiënt- en bewonersgebonden functies per module; Hiervoor is de verdeling van de directe personele kosten dus als verdeelsleutel gehanteerd;
- de kosten voor personeel hotelfuncties, personeel terrein- en gebouwgebonden functies, terrein- en gebouwgebonden overige en materiële kosten, afschrijving, huur en interest zijn als volgt verdeeld.
 - . Deze kosten hebben deels (aannee is 20%) betrekking op de *overhead* (administratie heeft ook een gebouw) en zijn verdeeld als de hiervoor genoemde algemene kosten, naar rato van de directie personele kosten.
 - . De overige 80% is op basis van een aanname (zie verdelingstabel in tabel 1) direct toegerekend aan de *zorgmodules*.

Tabel 1	Intra	GVT	DVO	KDV
Toerekening aan overhead	20,0%	20,0%	20,0%	20,0%
Toerekening aan zorgmodules	80%	80%	80%	80%
huisvesting (wonen)	28,0%	28,0%		
Begeleiding en verzorging (wonen)	8,0%	8,0%		
Verblijfs-service-pakket (wonen)	16,0%	16,0%		
Dagdeelactiviteiten	4,0%	4,0%	48,0%	48,0%
Arbeidsbemiddeling en begeleiding	4,0%	4,0%	8,0%	8,0%
Vrijtijdsbesteding	4,0%	4,0%	8,0%	8,0%
Opleiding, vorming en training	4,0%	4,0%	8,0%	8,0%
Therapeutische uuractiviteiten	4,0%	4,0%	4,0%	4,0%
Medische zorg	4,0%	4,0%		
Pedagogische zorg	4,0%	4,0%	4,0%	4,0%
Vervoer				
Hulpmiddelen				
Aanpassingen				
	100%	100%	100%	100%

Op het invullen van de productiegegevens wordt in paragraaf 2.4 nader ingegaan.

2.3.3 *Ervaringen van de pilot-instelling met de invulschema's*

De belangrijkste bevindingen ten aanzien van de toepassing van de invulschema's in de pilot-meting zijn de volgende:

- Analyseren van de kosten per kostensoort op hun relatie met zorgmodules is tijdrovend. Het kan worden uitgevoerd door de financiële administratie maar vraagt ook regelmatig afstemming met de betreffende afdelingen.
- De mogelijkheden voor een adequate kostentoerekening hangen sterk samen met het gebruik van het VGN-rekeningschema. Binnen de pilot-instelling wordt dit rekeningenschema toegepast. Hier moet bij worden opgemerkt dat de instelling ten gevolge van de integratie na een fusie pas sinds 1 januari 1998 het rekeningenschema voor de gehele organisatie toepast. De tijdens de pilotmeting verstrekte gegevens hebben dan ook betrekking op de begroting van het jaar 1998.
- Hoewel de keuzen voor verdeelsleutels naar beste inzicht zijn gemaakt, zijn ze voor een deel arbitrair en zouden andere instellingen tot andere inzichten kunnen komen. Verder is het zo dat de door de pilot-instelling gehanteerde kostenplaatsmethode zeer behulpzaam is gebleken. De wijze van toepassing van de kostenplaatsmethode verschilt echter per instelling.

- De mogelijkheden voor een adequate kostentoerekening hangen sterk samen met de mate van nauwkeurigheid waarmee wordt geboekt door de organisatie. Bij de pilot-instelling blijkt men voldoende nauwkeurig te registreren om de gestelde vragen te kunnen beantwoorden.
- Op het ogenblik vindt door het NZi een onderzoek plaats naar een systematiek van productomschrijvingen. Naar het oordeel van de pilot-instelling sluiten de thans beschikbare omschrijvingen uit de eerste fase van dit onderzoek nog niet geheel aan bij de actuele vragen van mensen met een verstandelijke handicap en de ontwikkelingen in de zorg en dienstverlening. Op het ogenblik wordt in de pilot-instelling nog niet naar producten en zorgmodules geadministreerd.

Aparte aandacht dient te worden geschonken aan de in de invulschema's gevraagde productiecijfers, waarin per zorgmodule gevraagd wordt een verdeling van de productie naar zorgzwaartecategorieën te maken. Een punt van aandacht in de pilot-instelling hierbij is dat op het ogenblik de productie per zorgmodule niet wordt geregistreerd. Slechts voor de zorgmodules huisvesting, begeleiding en verzorging, verblijfs-service-pakket en dagdeelactiviteiten zijn gegevens over de totale productie uit de administratie te genereren. Voor de overige modules is dat thans niet mogelijk. De verdeling van de productie per zorgmodule naar zorgzwaartecategorieën komt in paragraaf 2.4 aan de orde.

2.3.4 *Beschouwing MEY MC*

Wij onderschrijven het belang van de uniformiteit in de keuzen ten aanzien van verdeelsleutels. Deze uniformiteit zou in ieder geval moeten leiden tot het toetsen van de hier gehanteerde kostenverdeelsleutels in een volgende pilot.

Ten aanzien van de benoeming van zorgmodules, juichen wij het onderzoek van het NZi naar productomschrijvingen toe. Consensus over en breed draagvlak voor een systematiek van productomschrijvingen is noodzakelijk voor het ontwikkelen van eenduidige kostenverdeelsleutels. Aan de hand van deze gegevens is het nodig de administraties en registratiemethoden bij instellingen te wijzigen en eenduidig te krijgen.

2.4 Zorgzwaartemeting

2.4.1 *Achtergrond*

Het onderwerp zorgbehoefte mag zich al jaren in een grote belangstelling van de sector verheugen. Dit blijkt onder meer uit de door het Bisschop Bekkers Instituut (BBI) in opdracht van het NIZW uitgevoerde literatuurstudie (Kersten, M.C.O. en M.I.M. Schuurman, *Zorgbehoefte en determinanten van zorgbehoefte bij mensen met een verstandelijke handicap: uitkomsten van literatuurstudie*, Bisschop Bekkers Instituut, december 1997). In deze studie blijkt dat er in de afgelopen jaren tientallen onderzoeken zijn uitgevoerd naar zorgbehoefte en determinanten daarvan. Hiervan zijn 32 publicaties nader bestudeerd. Een belangrijke conclusie van de literatuurstudie van het BBI was dat de diversiteit van gehanteerde definities, operationalisaties en meetinstrumenten met betrekking tot zorgbehoefte in de bestudeerde publicaties buitengewoon groot was. Van een cumulatie van kennis ten aanzien van dit onderwerp blijkt maar weinig sprake.

In onze tussenrapportage werd reeds nadrukkelijk betoogd dat bij benchmarking in de verstandelijk gehandicaptenzorg expliciete aandacht voor de verschillen tussen cliënten van zorginstellingen en hun individuele zorgzwaarte een noodzakelijke voorwaarde is. Bij de toepassing van het benchmark-model is een correctie voor verschillen in cliëntenmix nodig om tot een zinvolle en betrouwbare oordeelsvorming en vergelijking van de prestaties van de instellingen te komen. De uitwerking van een systematiek van productomschrijvingen gekoppeld aan zorgzwaarte behoort echter tot het domein van het onderzoek “vraaggestuurde zorg” dat door het NZi en het NIZW wordt uitgevoerd. Daarbij zijn referentiegetallen nodig voor de inzet van personeel en eventuele andere productiefactoren per zorgzwaartecategorie. Vanwege het feit dat dergelijke modellen nog niet beschikbaar zijn, hebben wij getracht met de toepassing van het HHM-model (Hoeksma, Homans en Menting) een tijdelijke oplossing voor het zorgzwaartevraagstuk te vinden.

Door de pilot-instellingen is bij de introductie van deze oplossing in de eerste fase van het onderzoek een aantal kritiekpunten en praktische bezwaren geformuleerd. Desondanks voldeed het HHM-model naar het oordeel van de meeste pilot-instellingen als tijdelijke oplossing, in afwachting van een definitief te ontwikkelen meerdimensionaal model. Dit oordeel was met name gestoeld op de overtuiging dat het abstraheren van het begrip zorgzwaarte het benchmark-model meer zou schaden dan het toepassen van deze tijdelijke oplossing.

2.4.2 *Ervaring in de pilot-instelling met de toepassing van het HHM-model*

Bij de toepassing van het HHM-model in de proefmeting heeft zich een aantal problemen voorgedaan.

Het HHM-model is oorspronkelijk ontwikkeld ten behoeve van de verdeling van groepsleiding binnen een intramurale instelling. Aan de vijf te onderscheiden zorgzwaartecategorieën zijn op grond van onderzoek referentiegetallen voor de inzet van personeel toegekend. Deze normeringen zijn gebaseerd op het onderscheid dat kan worden gemaakt in de vijf intramurale zorgzwaartecategorieën. In de proefmeting zijn zowel intramurale als semi-murale cliënten op grond van het HHM-model geclassificeerd. Het aantal typen cliënten, met de daarbij behorende kenmerken en karakteristieken, is derhalve uitgebreid terwijl uiteraard de zorgzwaartecategorieën en de daaraan gekoppelde referentiegetallen binnen het model in het kader van dit onderzoek niet kunnen worden aangepast.

Het fundament van het HHM-model zijn de sociale redzaamheidsschalen (SRZ). Dit gegeven stuit volgens de pilot-instelling om meerdere redenen op kritiek. In de eerste plaats zou een categorisering in zijn oorsprong reeds onrecht doen aan de unieke kenmerken, eigenschappen en behoeften van individuen. Op grond van planningsdoeleinden wordt dit bezwaar door de pilot-instelling echter aanvaardbaar geacht. Een categorisering van cliënten uitsluitend op grond van handicaps en beperkingen wordt daarentegen niet van deze tijd gevonden. Er zou naar het oordeel van de pilot-instelling moeten worden gestreefd naar een clustering van cliënten op grond van overeenkomsten in hun zorgvragen. Een tweede bezwaar is in de optiek van de pilot-instelling het gebrek aan eenduidigheid in de interpretatie van de SRZ. De SRZ laat beoordeelaars de ruimte om, in de grijze gebieden tussen HHM-categorieën, cliënten in meerdere categorieën te kunnen plaatsen, waardoor de betrouwbaarheid van het instrument vermindert. Een derde punt van kritiek van de pilot-instelling is het feit dat de SRZ-gegevens thans amper nog worden toegepast en diensgevolge veelal niet meer actueel zijn.

Het HHM-model biedt volgens de pilot-instelling onvoldoende mogelijkheden onderscheid te maken tussen zorgzwaartecategorieën. Een aantal in de verstandelijk gehandicaptenzorg herkenbare indicaties blijft in het model buiten beschouwing. Hierbij wordt, aansluitend op de terminologie binnen het HHM-model, gedoeld op de elementen motorische en zintuiglijke handicaps, psychische en gedragsproblematiek en mogelijke aanvullende therapeutische indicaties. Voorts kent het HHM-model naar de mening van de pilot-instelling een aanbodgericht karakter.

Daarnaast is het gebrek aan voldoende tijd ook van invloed gebleken op de betrouwbaarheid van de invulling van het HHM-model. De tijdnood had tot gevolg dat het voor de pilot-instelling niet mogelijk is geweest de dossiers van alle individuele cliënten te bestuderen en op grond daarvan tot toewijzing in zorgzwaartecategorieën te komen. Er moest daardoor worden volstaan met een inschatting van de zorgbehoefte van een gemiddelde groepsbewoner. Deze aldus bepaalde zorgzwaarte is vervolgens geëxtrapoleerd over de gehele groep. Iedere groepsleider is gevraagd zorg te dragen voor de inschatting van de gemiddelde zorgbehoefte in de groep waar hij of zij verantwoordelijk voor is. Dit betekent dat er verschillen tussen groepsleiders in het gebruik en/of de interpretatie van het HHM-model kunnen zijn ontstaan.

Ten aanzien van de verdeling van de productie per zorgmodule over zorgzwaartecategorieën zijn tijdens de proefmeting door de pilot-instelling de volgende kanttekeningen gemaakt:

- de verdeling van de productie zou plaats moeten vinden op basis van de vragen van cliënten en niet op basis van sociale redzaamheid en handicaps;
- de verdeling van productie op basis van de vragen van cliënten wordt wel zinvol geacht, op basis van de volgende argumenten:
 - . ex ante, om de benodigde productie te begroten;
 - . ex post, om de verschillen tussen gerealiseerde en begrote productie te signaleren;
- de indeling van cliënten in zorgzwaartecategorieën is niet voor alle modules van toepassing. Als voorbeeld moge de module hulpmiddelen dienen: de productie van deze module hoeft niet samen te hangen met verschillen in zorgzwaarte;
- de referentiegetallen van het HHM-model zijn van toepassing op de begeleiding bij het wonen en de dagbesteding. Deze referentiegetallen kunnen niet zonder meer op andere modules worden toegepast.

2.4.3 *Beschouwing MEY MC*

Wij onderschrijven dat het HHM-model niet het meest ideale instrument is om zorgzwaarte te meten in het kader van de benchmark. In deze beschouwing wordt dan ook gerefereerd aan het HHM-model als tijdelijke oplossing voor de zorgzwaartemeting. In deze beschouwing is tevens betrokken dat in de eerste fase van het onderzoek de pilot-instellingen hebben aangegeven dat het abstraheren van het begrip zorgzwaarte het benchmark-model meer zou schaden dan het toepassen van deze tijdelijke oplossing.

Het is een feit dat het HHM-model oorspronkelijk is ontwikkeld voor de intramurale zorg en derhalve weinig geschikt is voor de semi-murale sector. De toepassing van de referentiegetallen van het HHM-model voor de gehele sector leidt tot onvolkomenheden. De pilot-instelling merkt terecht op dat de referentiegetallen niet voor alle zorgmodulen gebruikt mogen worden. Dit is ook al door HHM zelf geconstateerd. Wij hebben ervaren dat de SRZ-schalen tegenwoordig steeds minder worden toegepast. Aan de andere kant beschikt de sector naar onze indruk niet over een ander breed toegepast instrument voor zorgzwaartemeting, dat net als de SRZ is gevalideerd. De nadruk op de indeling van cliënten op basis van hun zorgvraag is ons inziens logisch, aangezien de zorgvraag een belangrijke indicator is voor het te verwachten capaciteitsbeslag. Er is ons echter geen onderzoek bekend waaruit zou blijken dat sociale redzaamheid en handicaps geen valide indicator zijn van de omvang van de te verwachten zorgvraag.

Ten aanzien van de verdeling van de productiegegevens over zorgzwaartecategorieën, geven wij derhalve de volgende overwegingen:

- de verdeling van de productie zou vooralsnog plaats moeten vinden op basis van een thans beschikbaar instrument. In die zin vervult het HHM-model een nuttiger functie dan een productieverdeling op basis van vragen van cliënten, waarvoor geen instrument beschikbaar is;
- voor de modules die zijn benoemd voor de functies wonen en dagbesteding kunnen bij gebrek aan alternatieven de referentiegetallen van het HHM-model worden gebruikt;
- voor de overige modules kan worden geabstraheerd van zorgzwaarte, aangezien de zorgzwaarte voor deze modules slechts in beperkte mate van invloed is op de verdeling van productie.

3 Conclusies en aanbevelingen

3.1 Opbouw en inhoud van de vragenlijsten

Aanpassing van de vragenlijsten op grond van een proefmeting bij slechts één pilot-instelling is ten principale onvoldoende gefundeerd. Dit onderwerp zou nader getoetst moeten worden bij een representatieve steekproef.

Tijdens de proefmeting zijn de verwachtingen bevestigd dat niet iedere vraag even zwaar zou moeten laden op de beoordeling van een kengetal of prestatie-indicator. Ook tijdens de tweede werkconferentie van 19 juni 1998 jongstleden kwam de behoefte van de pilot-instellingen nauwgezet aandacht te besteden aan de wegings- en beoordelingssystematiek uitgebreid aan de orde. Wij brengen derhalve de in de tussenrapportage geformuleerde aanbeveling ten aanzien van dit onderwerp nogmaals onder aandacht (zie de pagina's 48 en 49 van de tussenrapportage). Na het vaststellen van de inhoud van het benchmark-model en het meetinstrumentarium zou de wegings- en beoordelingssystematiek aan de orde moeten komen.

Tijdens de proefmeting is getracht zoveel mogelijk te benchmarken op het niveau van de stichting. Bij de pilot-instelling kwam naar voren dat benchmarking op het niveau van een divisie bij een aantal vragen wenselijk is. Het gebruik van een divisiestructuur is echter geen gemeengoed in de sector. Daarnaast is gebenchmarkt op het niveau van de afzonderlijke toelating. In een representatieve steekproef zou nader moeten worden onderzocht welke verstoringen eventueel bij welke niveaus optreden en wat dit moet betekenen voor de uiteindelijke keuze van benchmark-niveaus.

3.2 De invulschema's

De gegevens die moeten worden aangeleverd voor de invulschema's betreffen enerzijds jaarrekeninggegevens (kosten en opbrengsten) en anderzijds productiegegevens per module en zorgzwaartecategorie. De invulschema's hebben hun waarde voor de kwantitatieve gegevensverzameling tijdens de proefmeting bewezen.

Een uniforme verslaglegging in instellingen door toepassing van het VGN-rekeningschema vereenvoudigt de uitvoering van de benchmark aanmerkelijk. De invulschema's zijn gebaseerd op het rekeningschema. De waarde van de invulschema's tijdens de proefmeting is afhankelijk van de toepassing van het VGN-rekeningschema door de pilot-instelling.

In geval van een nieuwe pilot moet rekening worden gehouden met het feit dat dit rekeningschema nog niet universeel wordt toegepast. Bij instellingen die nog niet (volledig) het rekeningschema toepassen, zal een grote tijdsinvestering gemoeid zijn met de invulling van de invulschema's. Dit hangt sterk samen met de door de werkgroep bepaalde randvoorwaarde voor het benchmark-model dat moet worden gebenchmarkt op zowel het niveau van de toelating(ssoorten) als op het niveau van de zorgmodules.

Voor de toerekening van kosten naar soorten toelatingen bestaan op dit moment geen richtlijnen. Instellingen zijn hierin vrij zelf keuzen te maken. Daarbij is het de vraag of de door de pilot-instelling gemaakte keuzen ook door andere instellingen zouden zijn gemaakt. Vanwege de afwezigheid van een instellingsbelang bij het toerekenen van kosten naar toelatingssorten moet er van worden uitgegaan dat de nauwkeurigheid van de toerekening op het ogenblik niet bijzonder groot is.

Een ander aandachtspunt is de toerekening van kosten naar modules. Uit de proefmeting blijkt dat het analyseren van de kosten per kostensoort op hun relatie met zorgmodules tijdrovend is. Tijdens de proefmeting bleek het noodzakelijk hierbij de nodige veronderstellingen te maken en verdeelsleutels toe te passen. Dit hangt samen met het feit dat het in de VG-sector aan ervaring en instrumenten ontbreekt om dergelijke kostentoerekeningen aan zorgmodules te maken. De huidige registratiemethoden zijn thans niet ingericht op het leggen van relaties tussen kosten en zorgmodules. Tijdens het ontwikkelingstraject van het benchmark-model is gebleken dat de instellingen een dergelijke toerekening aan zorgmodules echter wel wenselijk en ook mogelijk achten. Tijdens de proefmeting is deze wenselijkheid bevestigd. Teneinde zoveel mogelijk te komen tot vergelijkbare uitkomsten voor de aan de benchmark deelnemende instellingen is het aan te bevelen alle kosten, inclusief kosten van centrale bureaus en overheadkosten, toe te rekenen aan de productie of zorgmodules. Daarbij is het wenselijk te onderzoeken of daarvoor voor de gehele sector geldende verdeelsleutels kunnen worden ontwikkeld. In een nieuwe pilot zou gecheckt moeten worden of de door de pilot-instelling gehanteerde verdeelsleutels ook breder toepasbaar zijn.

Afwezigheid van geaccepteerde productomschrijvingen heeft tot gevolg dat hierop niet landelijk op uniforme wijze wordt geregistreerd. Het is hierdoor niet mogelijk om uniforme kostprijzen per product te berekenen. Voor de toerekening van kosten aan zorgmodules is het noodzakelijk dat de gehele sector verstandelijk gehandicaptenzorg gebruik gaat maken van herkenbare en ingeburgerde productomschrijvingen. Op het ogenblik wordt door het NZi al onderzoek gedaan naar productomschrijvingen. Op basis van breed gedragen productomschrijvingen zullen de instellingen naar verwachting hun administraties aanpassen en de vereiste gegevens registreren.

Het is aan te bevelen een breed ingevoerde, landelijke kostprijsystematiek te ontwikkelen. In een dergelijke systematiek zouden productomschrijvingen, zorgbehoeften en referentiegetallen in onderlinge samenhang tot uitdrukking moeten komen. Uniformiteit in een kostprijsystematiek is slechts te bereiken wanneer het externe budgetteringssysteem dat noodzakelijk maakt of bevordert. Het macrobeleid van de overheid zal hieraan zoveel mogelijk gestalte moeten geven. Wij hebben kennis genomen van het in het regeerakkoord benoemde beleidsvoornemen om tariefdifferentiatie naar zorgzwaarte in te voeren, om zodoende mogelijk te maken dat de financiering van de zorg de vraag volgt.

Conclusies over de haalbaarheid van de invulschema's:

- de haalbaarheid van de invulschema's hangt af van de mate waarin het VGN-rekeningschema in de sector wordt ingevoerd en toegepast;
- de toerekening van kosten naar soorten toelatingen is per direct haalbaar, zeker in het licht van de thans geldende verplichting ten aanzien van de verslaglegging te rapporteren per toelating;
- de toerekening van kosten naar modules is haalbaar, maar op het ogenblik nog tijdrovend. Bij een representatieve steekproef zou wel aan de volgende randvoorwaarden moeten worden voldaan:
 - de modules zouden in een systeem van herkenbare productomschrijvingen bekend moeten zijn;
 - er zouden globale richtlijnen beschikbaar moeten komen voor de toerekening van kosten aan zorgmodules.

3.3 De correctie voor verschillen in cliëntenmix

Het gebruik van het HHM-model als methodiek voor het inventariseren van verschillen heeft als tijdelijke oplossing waarde. Dit oordeel is met name gebaseerd op het feit dat het abstraheren van zorgzwaarte de kwaliteit van het benchmark-model meer zou schaden dan het toepassen van deze tijdelijke oplossing. In de proefmeting is bevestigd dat een correctie voor verschillen in cliëntenmix zeer wenselijk is. Voor de toekomstige toepassing in het benchmark-model kent het HHM-model een te groot aantal beperkingen:

- het instrument is onvoldoende meerdimensionaal van aard;
- het instrument is ontwikkeld ten behoeve van de intramurale zorg en dekt als zodanig niet het gehele spectrum van zorgvormen in de sector;
- voor toepassing van het instrument zijn SRZ-gegevens nodig. Deze worden in beperkte mate toegepast en zijn veelal verouderd en niet in een geautomatiseerd systeem opgeslagen.

Wij bevelen aan te komen tot de landelijke ontwikkeling van een in de gehele verstandelijk gehandicaptensector toepasbaar model voor de bepaling van zorgbehoefte, welke de grote aantallen instrumenten van de afzonderlijke instellingen vervangt. Een instrumentarium derhalve dat voor het gehele spectrum van zorgvragen in de verstandelijk gehandicaptenzorg toepasbaar is. Consensus over en een breed draagvlak ten aanzien van een dergelijk instrumentarium is een noodzakelijke voorwaarde voor een succesvol gebruik ervan. Bij dit meetinstrument voor zorgbehoeften zou een samenhangend systeem van referentiegetallen moeten worden ontwikkeld voor de inzet van personeel en middelen per zorgmodule-/zorgbehoefte-combinatie. Eerst dan kunnen zinvolle uitspraken worden gedaan over de kwantitatieve prestaties van de betrokken instelling in termen van effectiviteit, efficiency en productiviteit.

Conclusies over de haalbaarheid van de correctie voor verschillen in cliëntenmix:

- de toepassing van een instrument voor de correctie voor verschillen in cliëntenmix is in de benchmark noodzakelijk;
- het HHM-model functioneert, hoewel moeizaam, als tijdelijke oplossing, maar dient in de toekomst te worden vervangen door een adequaat instrument;
- bij een representatieve steekproef kan het HHM-model als tijdelijk instrument nog van waarde zijn wanneer aan de volgende randvoorwaarden zou worden voldaan:
 - het model, inclusief de referentiegetallen, zou worden gebruikt voor die modules waarbij een grote personele inzet is benodigd. Dit betreft de functies wonen en dagbesteding;

- richtlijnen worden opgesteld voor het gebruik van het HHM-model voor de gehele sector in plaats van voor uitsluitende de intramurale zorg.

3.4 Verwerking benchmark-gegevens door MEY MC

De verwerking van de door de pilot-instelling aangeleverde invulschema's en enquêtes door MEY MC is voorspoedig gelopen. De verwerking heeft, zoals al eerder gemeld, deels in een databaseprogramma (vragenlijsten) en deels in een spreadsheetprogramma (invulschema's) plaatsgevonden. Gedurende het ontwikkelingsstadium van het model bleek dit de best werkzame vorm te zijn. Bij het uitvoeren van een pilotmeting in een grotere groep instellingen, is het ten behoeve van een efficiënte verwerking gewenst om de verwerking van alle gegevens onder te brengen in een databasemodel. De keuze voor de meest geschikte programmatuur zou dan nog punt van aandacht moeten zijn.

3.5 Slotconclusies

In het regeerakkoord is de passage opgenomen dat "benchmarking in combinatie met de voorgenomen modernisering van de AWBZ ertoe kan leiden dat zorg op maat en kwaliteit samengaan met bevordering van een doelmatige uitvoering" (Tweede Kamer, vergaderjaar 1997-1998, 26 024, nr. 10). Dit nodigt uit het beleid ten aanzien van benchmarking transparant te maken en nader uit te werken. Zaken die een nadere uitwerking behoeven zijn onder meer de doelstellingen van benchmarking en de implicaties van toepassing van benchmarking.

Het door ons ontwikkelde benchmark-model biedt in ieder geval een werkbaar uitgangspunt. Het model bevat zowel kwalitatieve als kwantitatieve elementen die al naar gelang de doelstelling van benchmarking kunnen worden benadrukt. Het kwantitatieve deel van de gegevens wordt verzameld met behulp van het invulschema. De toepasbaarheid van het invulschema is afhankelijk van de eerder vermelde randvoorwaarden: toepassing VGN-rekeningschema, een landelijke systematiek van productomschrijvingen en afspraken over de wijze van kostentoerekening. Het kwalitatieve deel van de gegevens wordt verzameld met behulp van enquêtes bij diverse respondenten bij de instelling. Voor de toepassing van de enquêtes gelden geen bijzondere randvoorwaarden en hiermee zou kunnen worden gestart als de vragenlijsten zijn aangepast aan het commentaar uit dit rapport. Het verzamelen van de kwalitatieve informatie is door de betrokkenheid van het grote aantal respondenten per instelling bewerklijker dan het inzamelen van de kwantitatieve gegevens met het invulschema.

Benchmarking wordt door de betrokken instellingen zinvol geacht voor de interne bedrijfsvoering. Dit is van belang aangezien dit de medewerking van de instellingen aan een landelijke benchmark en de betrouwbaarheid van de aan te leveren gegevens zal bevorderen.

Bijlagen bij:

Benchmarking in de verstandelijk gehandicaptenzorg
Bevindingen bij de pilot-meting

Bijlagen

I Notitie interne communicatie pilot-instelling

I Notitie interne communicatie pilot-instelling

De informatieset ten behoeve van De Wendel betrof de volgende onderdelen:

1. Schema identificatie respondentgroepen
2. Voorbeeldartikel (bijgesloten is de door De Wendel bewerkte versie)
3. Voorbeeldbrief aan medewerkers (bijgesloten is de door De Wendel bewerkte versie)
4. Voorbeeldbrief aan cliënten en hun familieleden

Deze vier documenten treft u achtereenvolgens in deze bijlage aan.

Identificatie respondentgroepen

De Wendel, Pilot benchmark-model GZ, juli en augustus 1997

Code	Omschrijving respondentgroep	Omschrijving respondentgroep toegepast op de Stichting	Aantal respondenten
RvB	Raad van Bestuur		
HEAD	Hoofd Economisch Administratieve Dienst		
HL	Hoogst Leidinggevende		
DL	Direct Leidinggevende		
HFB	Hoofd Facilitair Bedrijf		
HP&O	Hoofd Personeel & Organisatie		
AGO	Agogische Staf		
OR	Ondernemingsraad		
MDW	Medewerkers		
VR	Verwantenraad		
VERW	Verwanten		
CR	Cliëntenraad		
CLI	Cliënten		

BENCHMARKING IN DE GEHANDICAPTENZORG

De eigen prestaties onder de loep

- Worden de afspraken, die in het Individueel Plan zijn vastgelegd, gecontroleerd op de naleving ervan?
- Is er een onafhankelijk instantie die de ondersteuningsbehoefte van cliënten vaststelt?
- Vindt er met regelmaat een onderzoek plaats naar de tevredenheid van cliënten?
- Heeft de organisatie een eigen visie op hulp- en dienstverlening vastgelegd?
- Heeft de organisatie een sociaal beleid geformuleerd en vastgesteld?
- Is er een goede communicatie tussen management, medewerkers, cliënten en hun vertegenwoordigers?
- Maakt de organisatie gebruik van meerjarenbeleids- en actieplannen?

Enkele willekeurige vragen uit de "Benchmark Gehandicaptenzorg", een doorlichtingsinstrument om de prestaties in de instelling in beeld te brengen. Het ministerie van VWS heeft opdracht gegeven aan Moret Ernst & Young Management Consultants (MEY-MC) om een dergelijk instrument te ontwikkelen. Om deze opdracht te kunnen uitvoeren heeft MEY-MC samenwerking gezocht met de landelijke koepels VGN en NIZW en met De Wendel. De Wendel is uitgenodigd om als 'pilot-instelling' aan deze opdracht mee te werken. Het betekent dat zij als een van de professionele organisaties waarvoor het instrument bedoeld is meewerkt aan de ontwikkeling ervan. Het betekent ook, dat De Wendel meewerkt aan een eerste 'oefening' met het bedoelde instrument.

De Wendel is op de uitnodiging ingegaan omdat zij het belang van een dergelijk instrument voor onze sector van harte onderschrijft. Daarnaast ziet zij in deelname een belangrijk eigen voordeel. Door deel te nemen aan dit project krijgt de De Wendel belangrijke informatie over haar eigen functioneren, informatie die kan bijdragen aan een verbetering daarvan. Deze verbetering kan op alle fronten gestalte krijgen: professionele dienstverlening aan cliënten en hun vertegenwoordigers, zorgvuldig werkgeverschap voor medewerkers, doelmatige uitvoering van beleid en beheer, participeren in maatschappelijke verantwoordelijkheid.

Wat is Benchmarking nu precies?

Even vooraf ter vergelijking:

- In het bedrijfsleven hoor je vaker spreken over ISO-certificering. ISO-certificering is een methode voor kwaliteitsmeting die uiteindelijk leidt tot de vaststelling van een 'kwaliteits-keurmerk'. Deze methode kenmerkt zich doordat in principe alles 'meetbaar' wordt gemaakt. Het voordeel van deze methode is, dat zij 'harde' cijfers oplevert, het nadeel is, dat er geen ruimte is voor een emotionele waardering (goed/slecht, tevreden/ontevreden)
- Ons huidige kwaliteitssysteem (NIZW-standaarden) beweegt zich ook op dit terrein. Dit systeem is sterk op de inhoud gericht en bij uitstek op het 'primaire proces'. Onderdelen als 'beleid en beheer' en 'ondersteunende diensten' komen minder rechtstreeks in beeld. Daarnaast werkt deze methode nagenoeg niet met 'harde' gegevens.

Benchmarking richt zich op de hele organisatie: uiteraard de hulp- en dienstverlening, maar ook de sturing (beleid en management) en de facilitering (ondersteunende diensten). Benchmarking beperkt zich niet tot harde cijfers maar geeft ook ruimte aan waardering/beoordeling. Bovendien beoogt benchmarking een 'norm' op te leveren, waarmee je je als organisatie kunt vergelijken: "je meten met 'de beste'"

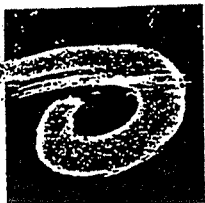
Het instrument bestaat uit een reeks van invulschema's en vragenlijsten. Om een zo betrouwbaar mogelijk beeld van een instelling te krijgen wordt aan een willekeurige groep personen gevraagd de vragenlijsten in te vullen. Het gaat hierbij om personen 'uit alle lagen' van de organisatie: cliënten, cliënt-vertegenwoordigers, medewerkers, leidinggevenden, stafleden, ondersteuningsfunctionarissen.

De stap voor nu!

Het Benchmarking-project is in een fase gekomen waarin een eerste oefening met het instrument kan plaats vinden. Een dezer dagen worden een aantal personen uitgenodigd een vragenlijst in te vullen. De invulling van deze vragenlijst vraagt ongeveer 30 minuten. Omdat het nog een proef-meting betreft is het niet alleen van belang de vragen te beantwoorden maar ook eventuele reacties op de vragen toe te voegen. Op basis van dit commentaar kan het instrumentarium worden verbeterd en daarmee een betere aansluiting op de praktijk krijgen.

De selectie van personen aan wie de vragenlijst wordt voorgelegd vindt willekeurig plaats. De afdelingen waarbinnen de vragenlijsten worden verspreid zijn door MEY-MC vooraf vastgesteld. De willekeurigheid van personenkeuze zal vooral worden bereikt door ons te richten tot die personen die in de huidige periode beschikbaar zijn.

Enig ongemak wordt veroorzaakt door het feit, dat de invulling van het instrument gaat samenvallen met de huidige vakantieperiode. De geplande einddatum waarop het resultaat beschikbaar moet zijn laat helaas geen uitstel toe. Wij rekenen graag op de medewerking van al diegenen die zullen worden uitgenodigd een vragenlijst in te vullen. Wij verwachten dat eind september de resultaten gepresenteerd kunnen worden.



De Wendel

omdat je met een verstandelijke
handicap niet stil wilt blijven staan



**Nieuw Spraeland
Stichting ZVG**

Aan de medewerkers van
De Wendel

Venlo, 20 juli 1998
Kenmerk 98JH159.ah
Onderwerp Benchmark-project

Beste collega's,

In de "FAX" heeft u kunnen lezen dat onze instelling deelneemt aan het "Benchmark-project". Benchmarken is een methode om het functioneren van de instelling te meten. Die meting wordt verricht in alle sectoren van de stichting onder meer door middel van vragenlijsten aan groepen medewerkers. U bent een van de medewerkers op wie wij graag een beroep willen doen. Wij vragen u dan ook om de bijgevoegde vragenlijst in te vullen. Wij vragen u de bijgevoegde LEESWIJZER goed door te nemen.

De meting geeft ons straks gedetailleerde informatie over een veelheid van onderwerpen die ons functioneren betreffen. In de toekomst kan dergelijke informatie ook gespiegeld worden aan de scores van onze collega instellingen. Daarmee komen we er heel precies achter waaraan wij onze energie moeten besteden om onze prestaties te verbeteren en daarmee de doelmatigheid van ons handelen te vergroten. Nu betreft het echter nog een proefmeting, waarbij de vragenlijsten voor het eerst in de praktijk op toepasbaarheid worden getoetst. Het is dan ook uiterst belangrijk dat allen die de vragenlijst ontvangen, deze ook invullen en terugsturen.

De ingevulde vragenlijsten worden volledig anoniem verwerkt. Voor controle op de volledigheid van retour zending is er op de vragenlijst en de antwoordenvolp een nummer vermeld. Uitsluitend om zicht te houden op toezending en retourzending van de vragenformulieren zijn in de eerste fase naam en nummer aan elkaar gekoppeld. Op het moment dat de verkregen informatie ter beschikking wordt gesteld aan de onderzoeksinstelling voor verwerking zal de vragenlijst volledig anoniem zijn.

Uw direct leidinggevende, of diens waarnemer, is bereikbaar voor het beantwoorden van alle soorten vragen die u naar aanleiding van de vragenlijst mocht hebben. Ook stellen wij het op prijs indien u eventueel commentaar bij bepaalde vragen heeft, u dit in de kantlijn wilt schrijven bij de betreffende vraag.

De uitkomsten van het onderzoek komen eind september beschikbaar. Wij zullen u hier te zijner tijd graag over informeren.

Wij stellen uw medewerking zeer op prijs. Met vriendelijke groet,

J.B.J.M. Hendriks MSM,
Algemeen Lid Raad van Bestuur.

Stichting de Wendel

Hogeweg 101
5914 BC Venlo
Postbus 492
5900 AL Venlo
Tel 077 320 94 00
Fax 077 320 94 03

Aan de cliënten en hun familieleden van De Wendel

Geachte mevrouw, meneer,

De Wendel probeert voortdurend het eigen functioneren te verbeteren. Over dit onderwerp nemen wij deel aan een uitgebreid onderzoek in onze instelling, waarbij medewerkers, cliënten en hun familieleden verzocht worden een vragenlijst in te vullen. Nu betreft het nog een proefmeting, waarbij de vragenlijsten voor het eerst in de praktijk op invulbaarheid en toepassing worden getoetst. De invulling zal niet veel moeite kosten en ongeveer een kwartier tijd van u vragen. De directie stelt het zeer op prijs indien u als cliënt of familie bereid bent mee te werken aan dit onderzoek en zo een bijdrage te leveren aan het meetbaar kunnen maken van de prestaties van onze Stichting.

De verwerking van de uitkomsten is strik anoniem. De coördinator van het onderzoek in onze instelling, de heer J. Stevens, controleert door een nummer op de vragenlijst de volledigheid van de inzendingen. Voor ons is het heel belangrijk dat alle respondenten de vragenlijst ook echt invullen en terugsturen. Een instructie voor het invullen vindt u bijgesloten.

Het is belangrijk dat u deze leeswijzer, voor u begint met de vragenlijst in te vullen, goed leest.

Indien u vragen heeft of onduidelijkheden tegenkomt, kunt u de coördinator benaderen via het nummer van De Wendel. Hij is graag bereid u te helpen. Ook stellen wij het op prijs dat indien u opmerkingen bij bepaalde vragen heeft, u uw commentaar in de kantlijn bij de vraag schrijft.

Graag ontvangen wij uiterlijk 14 augustus de ingevulde enquête van u terug. De uitslag zal begin oktober beschikbaar komen. Indien u belangstelling heeft voor een samenvatting van de uitslagen, zullen wij u die gaarne toezenden. Hiervoor kunt u bijgevoegd antwoordstrookje aan de heer J. Stevens terugsturen. Uw medewerking stel ik zeer op prijs en ik dank u alvast hartelijk voor de genomen moeite.

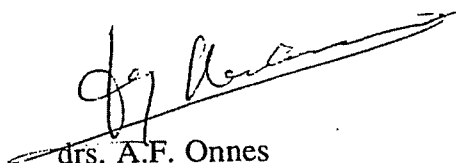
Met vriendelijke groeten,
Namens de Raad van Bestuur van De Wendel

Rapportage Benchmarkonderzoek Geestelijke Gezondheidszorg

Rapport uitgebracht aan:

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Directie Geestelijke Gezondheidszorg,
Verslavingszorg en Maatschappelijke Opvang
de heer ir. A.P.M. Bersee
Postbus 5406
2280 HK Rijswijk

Bakkenist Management Consultants



drs. A.F. Onnes
directeur

b.a. ing. B.J. Oerlemans, partner

Samenstellers:

drs. J.J.H. de Hartog
senior adviseur

drs. J.Th. van Iperen
senior adviseur

drs. M.A.H. Knaven
senior adviseur

15 juni 1998
05833/5507.00



INHOUDSOPGAVE

Blz.

1. INLEIDING

1

1.1 Inleiding

1

1.2 Samenstelling subwerkgroep

2

1.3 Referentiekader

2

2. VERANTWOORDING

4

2.1 Verloop van het onderzoek

4

2.2 Knelpunten

4

2.3 Opvattingen vanuit het veld

5

2.4 Overige onderzoeksinhoudelijke punten

7

3. HET DOELMATIGHEIDSBEGRIIP

8

3.1 Effectiviteit

9

4. POGING TOT BENCHMARKMODEL VOOR DE GGZ

11

4.1 Inleiding

11

4.2 Schema benchmarkmodel

11

4.3 Vulling schema

15



5. EVALUATIE	27
5.1 Bevindingen	27
5.2 Referentiemodel IBO	30
5.3 Aanbevelingen	30

BIJLAGEN

1. Samenstelling subwerkgroep GGZ
2. Kengetallen

1. INLEIDING

1.1 Inleiding

De voorliggende rapportage bevat het verslag van de subwerkgroep GGZ inzake het onderzoek naar benchmarking in de geestelijke gezondheidszorg. Het onderzoek is uitgevoerd naar aanleiding van het besluit van het kabinet om een Interdepartementaal Beleidsonderzoek te starten naar de invoering van benchmarking in de belangrijkste AWBZ-sectoren: de geestelijke gezondheidszorg, de ouderenzorg, de gehandicaptenzorg en de thuiszorg.

In deze vier sectoren hebben afzonderlijke onderzoeken plaats gevonden onder regie van de desbetreffende subwerkgroep. De vier subwerkgroepen rapporteren aan de IBO-werkgroep.

Het onderzoek naar mogelijkheden van benchmarking in de geestelijke gezondheidszorg (ggz) is uitgevoerd door Bakkenist Management Consultants, die ook het secretariaat van de subwerkgroep heeft gevoerd.

Leidraad voor het onderzoeksvoorstel was de offerte-aanvraag van de IBO-werkgroep. Daarin zijn voor het totale benchmarktraject drie stappen onderscheiden. Het voorliggende onderzoek richt zich op de stappen 1 en 2. Het gehele traject omvat de volgende stappen:

- 1: het ontwikkelen van een benchmarkmodel;
- 2: het toetsen van het ontwikkelde model in de praktijk bij een beperkt aantal instellingen (circa 10 per sector);
- 3: het verklaarbaar maken van geconstateerde of vermoedelijke verschillen, waarbij het onderscheid relevant is tussen beïnvloedbare en niet-beïnvloedbare factoren, respectievelijk gerechtvaardigde en niet-gerechtvaardigde verschillen.

Om stap 3 op een later moment mogelijk te maken, moest bij de vormgeving van de stappen 1 en 2 wel reeds rekening worden gehouden met deze fasering en met het genoemde onderscheid tussen de verschillende typen van verklarende factoren.

De resultaten van de twee eerstgenoemde stappen zijn in de voorliggende rapportage opgenomen.

De rapportage heeft een geïntegreerd karakter gekregen in die zin, dat zij enerzijds de resultaten van het onderzoek van Bakkenist bevat en anderzijds de opvattingen van de subwerkgroep, mede naar aanleiding van de opzet van het onderzoek. De reactie vanuit de subwerkgroep op de onderhavige rapportage is in de begeleidende brief vermeld, die tezamen met de rapportage aan de werkgroep IBO is aangeboden.

In de subwerkgroep is gestreefd naar consensus en in belangrijke mate is dat ook behaald. Op onderdelen verschillen de opvattingen van de organisaties die in de subwerkgroep vertegenwoordigd waren. Waar dit het geval is, is dit in de rapportage tot uitdrukking gebracht.

1.2 Samenstelling subwerkgroep

De subwerkgroep IBO-GGZ was samengesteld uit vertegenwoordigers van:

- ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport;
- ministerie van Financiën;
- Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg;
- Zorgverzekeraars Nederland;
- GGZ Nederland;
- Bakkenist Management Consultants.

In de bijlage is de volledige lijst van leden van de subwerkgroep opgenomen.

1.3 Referentiekader

De offerteaanvraag voor het benchmarkonderzoek ging vergezeld van enkele bijlagen, waarin een aantal uitgangspunten voor het onderzoek staat beschreven. Deze zijn in de aanloopfase van het onderzoek door de werkgroep verder uitgewerkt. Dit heeft geresulteerd in de nota 'Referentiekader IBO Benchmarking AWBZ', van 18 februari 1998. Onder meer is daarin als opdracht aan de subwerkgroep te lezen, dat de subwerkgroep eerst een aantal produkten moet definiëren die betrekking hebben op het zorgproces van de instellingen.

Op deze produkten moeten kengetallen ten behoeve van de doelmatigheidsbeoordeling worden gebaseerd.

In de genoemde nota staan acht kengetallen genoemd die (in ieder geval) deel zouden moeten uitmaken van het benchmarkmodel.

De aard van een aantal van die kengetallen is zodanig, dat de integrale kostprijs van een produkt zou moeten worden berekend. Daardoor zou volgens het referentiekader ook vergelijking van kengetallen tussen sectoren -tot op zekere hoogte- mogelijk zijn.

Het referentiekader gaf vervolgens ook een basismodel op hoofdlijnen voor de primaire processen van de onderscheiden sectoren.

Voor de sector geestelijke gezondheidszorg zijn daarbij bepaalde functies voor het apz, de ribw en de riagg onderscheiden. Bij de onderzoeksaanvraag was in dit kader afzonderlijk al opgemerkt, dat in toenemende mate er sprake is van fusies en intensieve samenwerkingsverbanden tussen deze instellingen. In de praktijk zijn daardoor de afzonderlijke instellingen vaak niet meer herkenbaar. Deze ontwikkeling heeft ook het ontstaan of doorontwikkeling van nieuwe vormen van zorgverlening versterkt.

2. VERANTWOORDING

2.1 Verloop van het onderzoek

De onderzoeksopzet voorzag in de volgende werkwijze:

1. voorstellen ontwikkelen voor produkten van de ggz en voor kengetallen, dit op basis van desk-research en een eerste verkenning binnen enkele ggz-instellingen;
2. gegevens verzamelen binnen circa 10 instellingen ter kwantificering van de kengetallen;
3. waarden bepalen van de kengetallen met behulp van de verzamelde gegevens.

Het onderzoeksvoorstel voor wat betreft de gegevensverzameling was beperkt tot de apz'n en ribw'n, aangezien nog maar kort geleden (mei 1998) het onderzoek naar de doelmatigheid van riagg-activiteiten was afgesloten. In dat onderzoek waren onder meer kengetallen op het gebied van doelmatigheid voor riagg-activiteiten opgesteld. De waarden van deze kengetallen waren voor zeven instellingen die riagg-activiteiten uitvoeren en die aan het onderzoek deelnamen, dus reeds bekend.

Dit onderzoek was uitgevoerd door Bakkenist Management Consultants in opdracht van de Commissie Doelmatigheid RIAGG-activiteiten, ingesteld door de minister van VWS.

2.2 Knelpunten

De voorgestelde werkwijze is slechts ten dele uitgevoerd en de oorspronkelijk beoogde resultaten zijn niet allemaal bereikt. Dit komt deels door vertraging tijdens de start- en de uitvoeringsfase van het onderzoek als gevolg van een discussie binnen de subwerkgroep rondom het karakter van het onderzoek, deels ook door vertraging door onderzoeks-inhoudelijke problemen die te maken hebben met de complexiteit van het veld van de geestelijke gezondheidszorg. Als gevolg hiervan heeft het onderzoek een vrij moeizaam verloop gekend.

Door de vertraging zijn de benodigde gegevens voor de voorgestelde kengetallen niet verzameld in de beoogde 10 instellingen (5 apz'n en 5 ribw'n), maar is veel meer de *haalbaarheid* van de kengetallen getoetst in organisatorische onderdelen van 2 apz'n en 3 ribw'n.

Bredere toetsing van het benchmarkmodel bleek door tijdgebrek niet meer mogelijk. De cijfers en kengetallen die in deze rapportage worden gepresenteerd zijn dan ook voorbeeldkengetallen. Ook heeft het ons door de tijdsdruk ontbroken aan de mogelijkheid om de methodiek bij te stellen op basis van de bevindingen van de toetsing. De uitkomsten en deze rapportage moeten derhalve worden beschouwd als een tussenstand en zeker niet als een eindprodukt.

2.3 Opvattingen vanuit het veld

In de aanloopfase van het onderzoek is een discussie gevoerd over de juistheid van de onderzoeksvraag en -opzet als zodanig en over het mogelijke gebruik van de onderzoeksresultaten. Deze discussie is geïnitieerd door GGZ Nederland als vertegenwoordiger van het veld van de geestelijke gezondheidszorg. Van de kant van de sector zijn daarbij de volgende punten naar voren gebracht.

1. De sector heeft met het Management Informatie Pakket (MIP) in principe al een instrument dat middels kengetallen informatie geeft over de doelmatigheid van individuele instellingen. De MIP wordt beheerd door GGZ Nederland; het onderzoek daarvoor wordt uitgevoerd door de NZi. Een nieuw benchmarkmodel zou hieraan weinig toevoegen, afgezien van de verbeteringen die ook binnen de MIP aangebracht kunnen worden. Deze verbetermogelijkheden liggen met name op het gebied van de aansluiting van informatie op de werkelijke bedrijfsprocessen in het verlengde van de nieuwe geïntegreerde ggz-organisaties en de toegankelijkheid van het cijfermateriaal.
2. Een lacune in de beschikbaarheid van informatie over de doelmatigheid heeft met name betrekking op de meting van de effectiviteit van instellingen c.q. van producten van instellingen. Het benchmarkonderzoek zou aan waarde winnen c.q. waarde krijgen, wanneer het zich juist op het onderwerp effectiviteit zou richten.

Over de onderzoeksrichting die het onderzoek zou moeten inslaan, is tijdens het opstarten van het onderzoek veel discussie gevoerd. De subwerkgroep is van mening dat inderdaad het betrekken van de effectiviteit van instellingen in een beoordeling van de doelmatigheid wenselijk is, maar afgesproken is dat het onderzoek zich nu richt op doelmatigheidskengetallen op het gebied van efficiency, conform de strekking van het referentiekader. In het volgende hoofdstuk wordt daarom wel de plaats van effectiviteitsbeoordeling in het kader van benchmarking apart benadrukt.

3. Binnen de bovengenoemde discussie en speelt ook het aspect van vergelijkbaarheid een rol. Van de kant van GGZ Nederland wordt benadrukt dat ggz-instellingen moeilijk onderling vergelijkbaar zijn. Het punt van vergelijkbaarheid heeft verschillende dimensies. Organisaties en samenwerkingsverbanden tussen organisaties zijn verschillend, de patiëntenpopulaties zijn verschillend en ook de toegepaste zorgprogramma's verschillen tussen instellingen.

De subwerkgroep deelt de mening van GGZ Nederland dat in een benchmarkmodel zo veel mogelijk rekening met dit soort verschillen moet worden gehouden. Het gaat immers om de onderlinge vergelijking van de instellingen. De subwerkgroep houdt er rekening mee dat de onderlinge vergelijking niet in alle gevallen mogelijk zal zijn en dat dit gegeven bij de interpretatie van de resultaten een rol moet spelen. In de uitvoering van het onderzoek zal met het aspect van de vergelijkbaarheid rekening worden gehouden door te zoeken naar gemeenschappelijke processen binnen instellingen die tot vergelijkbare producten leiden, en door waar nodig weging aan te brengen vanwege verschillen in patiëntenpopulaties en verschillen in zorgzwaarte.

4. Recent heeft de ggz een traject afgesloten waarin nieuwe bekostigingscategorieën zijn ontwikkeld op basis van de behandelmodulen die onderscheiden kunnen worden. Gedurende dit traject is ook onderzoek gedaan naar de tijdsbesteding en benodigde kosten van de verschillende behandelmodulen en klantencategorieën. Met het benchmarkonderzoek vertoont dit verwantschap, waardoor dit onderzoek wordt ervaren als een stap terug in plaats van vooruit. Binnen de subwerkgroep is derhalve afgesproken dat de resultaten uit het traject bekostigingscategorieën uitgangspunt vormen voor de te ontwikkelen benchmarkmethodiek.

De bovengenoemde vraagpunten waren van een zodanig gewicht dat hierover een gesprek heeft plaatsgevonden tussen het bestuur van GGZ Nederland en de minister van VWS, alvorens het onderzoek daadwerkelijk van start kon. Tijdens dit overleg is gesteld dat het onderzoek het karakter van een haalbaarheidsstudie zal krijgen, waarbij zo veel mogelijk wordt aangesloten bij de parameters die de sector zelf reeds heeft ontwikkeld. Tevens is afgesproken, dat dezelfde partijen vervolgoverleg zullen hebben op het moment dat de onderzoeksresultaten bekend zijn en het gebruik van de resultaten aan de orde komt.

2.4 Overige onderzoeksinhoudelijke punten

Het verloop van het onderzoek is tevens beïnvloed door het feit dat door verschillende ontwikkelingen binnen de geestelijke gezondheidszorg de oude, vastere structuren worden ingewisseld voor nieuwe vormen van hulpverlening en organisatie. Grenzen van voormalige afdelingen en zelfs instellingen vervagen hierdoor, zorgverleningsprogramma's worden integraler van inhoud, maar een en ander heeft zich nog maar beperkt organisatorisch uitgekristalliseerd. De voor benchmarken noodzakelijke koppeling van input aan output blijkt nu (nog) moeilijk te realiseren te zijn: de registratie van bijvoorbeeld personele inzet op bepaalde vormen van hulpverlening is daarop niet ingericht, hetgeen de zoektocht naar haalbare kengetallen heeft bemoeilijkt. De relatief korte doorlooptijd van het onderzoek heeft hierbij een rol van betekenis gespeeld. In hoofdstuk 4 komen we hier uiteraard nader op terug.

3. HET DOELMATIGHEIDSBEGRIP

Zoals in de Inleiding is opgemerkt, heeft de start van het benchmarkonderzoek in het teken gestaan van een discussie rondom het begrip doelmatigheid in relatie tot de effectiviteit van behandelen of van instellingen.

Het begrip doelmatigheid kan in enge en ruime zin worden beschouwd.

Bij doelmatigheid in enge zin wordt gekeken naar de verhouding tussen de input van middelen en de output, waarbij de output met name in kwantitatieve zin wordt beschreven. De kwaliteit van de output wordt hierbij als een constante beschouwd, en wordt eigenlijk niet expliciet gewogen. Dit perspectief brengt mee dat die instelling die met dezelfde middelen de meeste geestelijke gezondheidszorg voortbrengt bij eenzelfde kwaliteit van deze hulpverlening het meest doelmatig is. Om dit te kunnen operationaliseren moet het begrip 'meeste zorg' worden uitgewerkt.

De 'meeste zorg' heeft in eerste instantie betrekking op de mate waarin de beschikbare capaciteiten worden aangewend ten behoeve van de kerntaken van de instelling. Er is echter ook een tweede invalshoek voor het begrip 'meeste zorg' en dat heeft betrekking op het aantal klanten dat wordt bediend.

Indien een instelling namelijk veel van de beschikbare capaciteit aan de kerntaken besteedt, maar hiermee maar een klein aantal klanten bedient, kan niettemin de vraag worden gesteld hoe doelmatig deze instelling nu wel is.

Om dit onderscheid in het doelmatigheidsbegrip zichtbaar te maken, hanteren wij de begrippen produktiviteit en distributie. Beide begrippen zijn aspecten van de doelmatigheid van ggz-activiteiten. De produktiviteit heeft betrekking op de verhouding tussen de ingezette middelen en de geleverde hoeveelheid hulp- en dienstverlening. De distributie heeft vervolgens betrekking op het aantal klanten dat wordt bediend gegeven een gelijke hoeveelheid hulpverlening.

3.1 Effectiviteit

Bij het begrip doelmatigheid in ruime zin dient een dimensie te worden toegevoegd en dat betreft de effectiviteit van de zorg. Voor een integrale beoordeling van doelmatige zorg zal niet alleen gekeken mogen worden naar de hoeveelheid ingezette middelen en de aantallen bereikte klanten, maar moet tevens in ogenschouw worden genomen wat het effect is van de interventies van de zorgverleners.

In het voorliggende onderzoek wordt dit belangrijke aspect, waarover in de loop van de tijd veel studies zijn verschenen en veel discussie is gevoerd, niet meegenomen; het onderwerp valt buiten de kaders van de opdracht. Gezien het belang dat aan dit element van het doelmatigheidsbegrip wordt toegekend, willen wij niettemin een aantal noties rond dit begrip vermelden. Daarmee willen wij benadrukken dat met benchmarking allèen, het doelmatigheidsvraagstuk niet kan worden beantwoord. Mogelijk is het uit macro-doelmatigheidsperspectief belangrijker om de effectiviteitsvraag te beantwoorden (wordt gegeven een ziektebeeld de juiste hulpverlening geleverd), dan de doelmatigheidsvraag in enge zin (worden de ggz-activiteiten doelmatig voortgebracht).

Het bepalen van de effectiviteit van zorg zal overigens nog lastiger zijn dan het vaststellen van de doelmatigheid aan de hand van produktiviteits- en distributiekenngetallen. Zo zijn alleen al de begrippen effectiviteit (mate waarin het effect wordt bereikt) en effect op verschillende manieren te operationaliseren. Niet alleen kan naar het effect van een behandeling van een patiënt worden gekeken door een verschil vast te stellen tussen het begin en de beëindiging van de behandeling (daarvoor zijn instrumenten beschikbaar), maar ook zal daarvoor een vergelijking moeten plaats vinden met patiënten die geen of een andersoortige behandeling hebben gekregen. Daarbij zijn complicerende factoren dat het effect zowel bij de patiënt (qua symptomen of qua beperkingen in samenhang met die symptomen) als bij zijn/haar omgeving (partner, familie, de maatschappij) kan worden gemeten, en dat er verschillen kunnen zijn in het bereikte effect op de korte en de lange termijn (de mate waarin recidivisme optreedt).

In een doelmatigheidsoordeel zal daarom geen sprake kunnen zijn van één kengetal dat in één keer alles zegt over de doelmatigheid van een instelling in de geestelijke gezondheidszorg. Produktiviteitskenngetallen en effectiviteitskenngetallen zullen daartoe naast elkaar moeten komen te staan.

Het zoeken naar verklaringen en het beoordelen van verschillen in produktiviteit zal moeten plaats vinden tegen de achtergrond van een effectiviteitsbeoordeling. Daarbij moet ook rekening worden gehouden met de mate waarin het vóórkomt dat duidelijk verschillende behandelingen worden toegepast die tot significante verschillen in produktiviteit en effectiviteit leiden. Mogelijkerwijs geldt voor het grootste deel van de patiënten c.q. behandelingen dat 'standaardbehandelingen' worden gegeven of beschikbaar zijn, die elkaar qua produktiviteit en effectiviteit niet of nauwelijks ontlopen.

De subwerkgroep ziet tegen de achtergrond van het voorgaande ten behoeve van het benchmarkmodel een ontwikkeltraject voor zich, waarbij naast een verdere ontwikkeling van kengetallen op het gebied van doelmatigheid in enge zin, meetmogelijkheden voor effectiviteitsbeoordeling worden ontwikkeld die als het ware worden 'ingesluisd' in het benchmarkmodel.

Het resultaat dat dan ontstaat, kan worden gebruikt voor het doel van het benchmarken.

4. POGING TOT BENCHMARKMODEL VOOR DE GGZ

4.1 Inleiding

Benchmarken is het gestructureerd vergelijken van prestaties van organisaties of organisatieonderdelen op één of enkele aspecten van de bedrijfsvoering. Aspecten daarbij kunnen bijvoorbeeld zijn kwaliteit, doorlooptijd, klanttevredenheid of doelmatigheid. In het onderhavige traject staat het aspect doelmatigheid (in enge zin) centraal in het te ontwikkelen benchmarkinstrument. De belangrijkste stap die gezet moet worden bij het ontwerpen van een dergelijk instrument is het ontwikkelen van een schema waardoor organisaties die qua structuur verschillend zijn toch met elkaar vergeleken kunnen worden. Een dergelijk schema moet de generieke, organisatie-onafhankelijke functies of processen bevatten, waarnaar zowel de input als de output toegerekend kunnen worden. Vervolgens moet de output (= de produktie) per functie of proces objectief vastgesteld kunnen worden en eventueel worden gecorrigeerd voor kwaliteits- of outputmix verschillen. Ten behoeve van de ontwikkeling van het benchmarkmodel voor de ggz zijn wij gestart met het ontwikkelen van een dergelijk schema. Wij zullen eerst dit schema toelichten. Vervolgens zullen wij stap voor stap de inrichting van het tot nu toe ontwikkelde benchmarkmodel presenteren.

4.2 Schema benchmarkmodel

Zorgvormen

Het benchmarkmodel voor de ggz moet de doelmatigheid in beeld kunnen brengen van de vier organisatievormen die binnen deze sector voor komen. Dit zijn de apz'n, de ribw'n, de riagg's en de geïntegreerde instellingen.¹ Door deze organisaties worden in ieder geval één of enkele van de hoofdprocessen binnen de ggz voortgebracht. Deze hoofdprocessen zijn klinisch kortdurende hulpverlening, klinisch langdurende hulpverlening, deeltijd hulpverlening en ambulante hulpverlening. Op basis van deze indeling naar hoofdprocessen zijn ook de financieringsrichtlijnen opgebouwd.

¹ Geïntegreerde instellingen kunnen overigens nogal van elkaar verschillen. Zo zijn er geïntegreerde instellingen opgebouwd uit een voormalige apz en een voormalige riagg, uit een voormalige apz en een voormalige ribw en geïntegreerde instellingen die uit zowel apz, ribw als riagg zijn opgebouwd.

Het hanteren van deze vierdeling heeft daarmee als voordeel dat dit herkenbaar is vanuit de financierings- en daarmee de verantwoordingsstructuur van de ggz. De relatie tussen de organisatievorm en de processen die worden voortgebracht, kan als volgt worden weergegeven:

	klinische hulpverlening		deeltijd hulpverlening	ambulante hulpverlening
	kortdurend	langdurend		
apz	X	X	X	X
ribw		X		
riagg				X
geïntegreerde inst.	X	X	X	X

Vervolgens zijn er nog vele andere hulpverleningsvormen te onderscheiden, die in verschillende mate in verschillende organisaties voorkomen. Hierbij valt bijvoorbeeld te denken aan preventie en dienstverlening, psychiatrische intensieve thuiszorg, opname voorkomende behandelingen, dagopvang, activiteitenbegeleiding, woonbegeleiding, en case-management. Deze vormen van hulpverlening worden (met uitzondering van preventie en dienstverlening) niet zelfstandig erkend in de financieringsstructuur van de ggz. Zij komen veelal voort uit zorgvernieuwingstrajecten en in overleg tussen zorgaanbieder en zorgkantoor worden afspraken over volume en budget gemaakt. Deze vormen van hulpverlening maken inmiddels echter een belangrijk en niet meer weg te denken onderdeel van het produktaanbod van de ggz uit. Zij beogen veelal meer zorg op maat te leveren en een bijdrage te leveren aan het zo lang mogelijk binnen de maatschappij laten functioneren van mensen met psychische klachten of aandoeningen.

Produkten

Om de doelmatigheid van instellingen op ieder van de hierboven vermelde zorgvormen te kunnen vaststellen, moet per zorgvorm de output gemeten en gewogen kunnen worden. Hiertoe dienen per zorgvorm derhalve de produkten te worden vastgesteld. Waar dat voor handen is, baseren wij ons hiertoe eveneens op de financieringsrichtlijnen van de ggz. Dit is mogelijk voor de klinische, de deeltijd en de ambulante hulpverlening, waarvoor in de bekostigingscategorieën produkten zijn geformuleerd. Bijkomend voordeel hiervan is dat in deze bekostigingscategorieën ook zwaartewegingen zijn aangebracht, die uitdrukking geven aan de zorgzwaarte van klanten binnen de verschillende categorieën.

Hiermee kan ook de output voor deze processen worden gewogen voor de zorgzwaarte van de klantenmix. Overigens hebben wij geconstateerd dat het volgen van de externe bekostiging naar de interne budgettering zeker (nog) geen gebruik is. Wij verbinden hier geen oordeel aan, omdat de interne budgettering een ongedeelde verantwoordelijkheid van het instellingsmanagement is. Mogelijk geeft dit wel aan dat de representativiteit van de bekostigingscategorieën niet overschat moet worden. Ook kan het zijn dat de organisatiestructuur en de bekostigingsstructuur niet rechtstreeks aan elkaar gekoppeld kunnen worden. Niettemin zijn de bekostigingscategorieën momenteel de enige sectorbreed geaccepteerde en hanteerbare budgetparameters, waardoor deze ons inziens bruikbaar zouden moeten zijn.

Op basis hiervan komen wij tot de volgende voor de ggz te onderscheiden proces/produkt-combinaties:

- | | |
|--|-------------------------------------|
| - klinische hulpverlening ² : | verpleegdagen (gewogen) |
| - deeltijd hulpverlening: | deeltijdbehandelingen (gewogen) |
| - ambulante hulpverlening ³ : | |
| - poliklinisch | contacten |
| - riagg | contacten |
| - overige: | |
| - casemanagement |) hiervoor zijn nu nog geen |
| - PIT |) producten gedefinieerd; recent |
| - RIBW-woonbegeleiding |) is een onderzoekstraject hiervoor |
| - dagactiviteiten |) van start gegaan. |
| - andere. |) |

De producten voor de klinische en de deeltijd hulpverlening worden, zoals boven aangegeven, voor de zorgzwaarte gewogen. Deze weging vindt plaats op basis van de bekostigingscategorieën. Verschillen in kengetallen die zouden voortkomen uit zorgzwaarteverschillen worden aldus weggenomen.

² Binnen de klinische hulpverlening kan kortdurende zorg worden onderscheiden van langdurende zorg. Dit onderscheid is in het vervolg van dit rapport niet doorgevoerd.

³ In het onderzoek van Bakkenist naar de doelmatigheid van riagg-activiteiten is geen zwaarteweging aangebracht binnen de ambulante hulpverlening. Verschillende richtlijnbedragen weerspiegelen verschillende therapievormen geleverd door verschillende deskundigheidsniveau's, maar dit hoeft de produktiviteit van hulpverleners niet te beïnvloeden. Ook kan het onwenselijk zijn om verschillen in produktiemix juist zichtbaar te hebben.

Overige proces/productcombinaties

Naast deze proces/productcombinaties voor de hulpverlening, moeten er ook dergelijke combinaties worden aangebracht voor de niet-hulpverleningsprocessen.⁴ Tot de niet-hulpverleningsprocessen beschouwen wij alle processen die niet tot de specifieke ggz-kerntaken van een ggz-instelling behoren. Dit betekent dat bijvoorbeeld de tandarts, apotheek en fysiotherapie niet tot de hulpverleningsprocessen worden geleverd. Wij noemen dit 'ondersteunende hulpverleningsprocessen'. Wij verwachten hierin ook grote verschillen tussen instellingen in de uitkomst van de 'make or buy'-beslissing. Dit leidt tot een methodisch probleem waar wij later op terug komen. De producten waarin de output van deze ondersteunende hulpverleningsprocessen gemeten wordt is veelal afgeleid uit de output van de hulpverleningsprocessen, dat wil zeggen aantallen verpleegdagen en aantallen patiënten, of van specifieke output (bijvoorbeeld het aantal recepten). Ook kan de omvang van de formatie binnen de hulpverleningsprocessen een outputmaat zijn.

Twee overige groepen niet-hulpverleningsprocessen zijn de facilitaire en beleid/beheersprocessen. Voor de ggz geldt overigens dat deze processen de hulpverlening soms ook zeer dicht naderen. Te denken valt aan de schoonmaak en het klein onderhoud aan de woningen of de voedselvoorziening. De gehanteerde zorgvisie bepaalt vaak hoe deze processen worden voortgebracht en welke positie ten opzichte van de klanten wordt ingenomen. Ook hier kunnen grote verschillen bestaan in het in/uitbesteden van dergelijke activiteiten.

De produktmaat wordt in deze groep veelal ontleend aan de productie in de hulpverleningsprocessen (aantal verpleegdagen, aantal patiënten), in de erkenningen (aantal erkende bedden, aantal erkende stoelen) of in de omvang van de organisatie (aantal formatieplaatsen, aantal 'koppen').

⁴ Theoretisch is het denkbaar dat ook de ondersteunende processen worden toegedeeld naar de primaire processen. Het referentiemodel wijst ook in die richting. Voor het ontwikkelen van inzicht in integrale kostprijzen is dit ook noodzakelijk. In de praktijk is het echter nog niet mogelijk dergelijke toerekeningen enigszins gefundeerd te doen. Wij zien hiervan dan ook op voorhand af. Indien de doelmatigheid van deze processen afzonderlijk kan worden vastgesteld, is dat al een grote stap.

4.3 Vulling schema

Om vanuit dit schema tot kengetallen te komen moet het schema gevuld worden met input- en outputgegevens. Wij presenteren in deze paragraaf de stappen die hierbij gezet moeten worden en de problemen die wij hierbij zijn tegengekomen. De stappen zijn:

- 1 vaststellen van de netto formatie van de afdelingen in de betreffende instelling;
- 2 correcties aanbrengen voor bijzondere functies die door de betreffende instelling worden geleverd (bijvoorbeeld forensische psychiatrie);
- 3 toedelen van de netto formatie van de afdelingen naar de organisatieonafhankelijke processen van het procesmodel;
- 4 bepalen van de produktie en financiële parameters;
- 5 berekenen van de kengetallen en vergelijking met soortgelijke organisaties.

Bij de vulling van het schema wordt uitgegaan van het volledige ggz-aanbod dat een instelling kan leveren. Vulling voor enkel één van de samenstellende onderdelen (bijvoorbeeld voor een riagg met enkel ambulante hulpverlening) verschilt hiervan niet wezenlijk.

Wij presenteren hieronder steeds een deel van het benchmarkmodel, waarbij de cijfers die vermeld worden, gefingeerd zijn.⁵

In de bijlage zijn de uitgebreide overzichten opgenomen, waarnaar ook verwezen wordt voor toelichtingen op astrices die in de overzichten zijn weergegeven.

Stap 1 Bepalen netto formatie

Om een zuiver zicht te krijgen op de relatie tussen de input en de output van een organisatie dient de netto beschikbare formatie in beeld gebracht te worden. Dit kan worden uitgedrukt in uren of in fte (full time equivalenten). Hiertoe dient de werkelijk ingezette formatie gecorrigeerd te worden voor verschillende vormen van niet-beschikbaarheid (ziekte, vakantie, verlof) en het gebruik van ingehuurd personeel buiten de vaste formatie. De cao geeft inzicht in het aantal uren dat per jaar beschikbaar is per fte.

Een tabel voor het bepalen van de netto beschikbare capaciteit ziet er bijvoorbeeld als volgt uit:

⁵ Wij hebben dit moeten doen omdat wij in dit stadium onvoldoende werkelijke gegevens hebben kunnen verzamelen bij pilot-instellingen. Ook om de instelling die ons wel veel cijfers heeft geleverd te beschermen, hebben wij data gewijzigd.

afdeling	vast personeel					variabel personeel			totaal		
	Gemid. bezetting in fte's *	ziekteuren **	zwanger- schaps- uren	WAO- uren	gewerkte netto uren	gewerkte uren oproep- krachten ***	personeel niet in loon- dienst	overige inhuur	totaal netto uren	in standaard fte	rekenfte
1 circuit kinderen en jeugd											
2 management en algemeen	2,74	221			4.206	177			4.384	2,71	2,71
3 progr. 0-7 jaar / Autisme & aanv. stoornissen	3,61	292			5.542	233			5.775	3,57	3,57
4 progr. 0-12 jaar- multiprobleemgezinnen	3,12	252			4.790	202			4.992	3,09	3,09
5 progr. 12 - 21 jaar / kindermish. en eelstoorn.	4,01	324			6.156	259			6.415	3,97	3,97
6 zorgeenheid kinderen 0 - 12 jaar	8,19	662	800		13.373	529			13.903	8,60	8,60
7 zorgeenheid jeugd 12 - 21 jaar	37,11	2.998		1.600	58.571	2.399			60.970	37,73	37,73

Het onderscheid tussen de verschillende vormen van ziekte is nodig om een zuiver ziekteverzuimpercentage te kunnen berekenen en daarmee een juist beschikbaarheidscijfer voor de organisatie te bepalen. Aangenomen moet worden dat iedere organisatie in staat zal zijn de voor deze tabel benodigde cijfers te leveren. Problemen hierbij doen zich nog wel eens voor op het vlak van het ziekteverzuim. Verschillende registratievormen maken het niet altijd mogelijk de exacte absentie te bepalen.

Bij het bepalen van de input in personeel van een organisatie doet zich het verschijnsel in/uitbesteding voor. Hierin doen zich grote verschillen tussen instellingen voor. Voor zover wij nu kunnen overzien liggen deze verschillen met name op het gebied van de ondersteunende hulpverleningsprocessen, zoals de apotheek, de tandarts, de fysiotherapie of het laboratorium. Uiteraard geldt dit ook voor zaken als schoonmaak, onderhoud en voeding. Om tot goede vergelijkingen te kunnen komen, is correctie op deze punten nodig. Voor functies die door (vrijwel) alle ggz-instellingen worden uitbesteed, kan dit achterwege blijven.

De berekende netto formatie dient vervolgens te worden omgezet in personele kosten. In de hier gepresenteerde voorbeelden is deze omzetting achterwege gelaten. Door de input in termen van personele kosten in het schema in te brengen, worden (eventuele) verschillen in personele samenstelling qua deskundigheids- en salarisniveau verdisconteerd.

Stap 2 Correctie bijzondere functies

Vele ggz-instellingen voeren bijzondere functies uit, zoals forensische psychiatrie, waarmee in de vergelijking met andere instellingen rekening gehouden moet worden. Ook de kinder- en jeugdpsychiatrie moet hierbij betrokken worden⁶, omdat deze volgens de opdracht buiten het benchmarkmodel moet worden gelaten. De beschikbare capaciteit moet niet alleen voor wat betreft de hulpverleners die voor deze bijzondere functies ingeschakeld zijn worden gecorrigeerd, maar ook voor de ondersteunende functies. Ook die zullen een extra bezetting kennen als gevolg van dergelijke bijzondere functies. Zeker bij een functie als forensische psychiatrie is makkelijk voorstelbaar dat deze extra inzet meer dan evenredig is. Een tabel voor correctie bijzondere functies kan er als volgt uitzien:

afdeling	rekenfte formulier 1	naar proces- model	naar bijzondere functies	totaal	% doorgeboekt	gebruikte sleutel
47 forensisch psychiatrisch circuit						
48 management en algemeen	11,75		11,75	11,75	100%	gehele proces uitgeboekt
49 zorg eenheid A/klinisch milieu chron. psychotici	61,93		61,93	61,93	100%	gehele proces uitgeboekt
50 zorg eenheid B pers. stoornissen en adolesc.	60,89		60,89	60,89	100%	gehele proces uitgeboekt
51 zorg eenheid C/acute, diagn. & verslavingszorg	58,58		58,58	58,58	100%	gehele proces uitgeboekt
52 zorg eenheid D	28,18		28,18	28,18	100%	gehele proces uitgeboekt
53 zorg eenheid E	27,08		27,08	27,08	100%	gehele proces uitgeboekt
54						
55 raad van bestuur						
56 raad van bestuur	2,97	1,95	1,02	2,97	34%	verhouding fte's bij primair
57 secretariaat rvb	2,97	1,95	1,02	2,97	34%	verhouding fte's bij primair
58 1e geneeskundigen	0,50	0,33	0,17	0,50	34%	verhouding fte's bij primair

In dit voorbeeld is een specifieke afdeling in zijn geheel afgeboekt vanwege de bijzondere functie en is ook bij de ondersteunende organisatie een deel afgeboekt. Hierbij is een sleutel gebruikt, die moet weergeven in welke mate de omvang van dat organisatieonderdeel beïnvloed wordt door de bijzondere functie. In dit geval is gekozen voor het aandeel van de bijzondere functies in het geheel van de primaire hulpverlening. Onze indruk is dat maar weinig instellingen dergelijke sleutels kennen. Ook is het registreren van activiteiten op afnemende afdelingen ten behoeve van bijvoorbeeld transferpricing nog niet gangbaar binnen de ggz. Dit maakt dat dergelijke correcties bijzondere functies veelal op 'best guess'-basis moeten worden gemaakt.

Stap 3 Toedelen naar processen

Bij deze stap gaat het erom de capaciteit van de organisatie toe te delen naar de generieke processen die zich binnen de sector (en ook over de sector heen) afspelen.

⁶ In deze doorrekeningen is de kinder en jeugdpsychiatrie nog meegenomen. Dit kan nog aangepast worden.

Op basis van het schema processen/produkten, zoals in paragraaf 4.2 uiteengezet, komen wij op het volgende ggz-generieke procesmodel:

primair proces *												Ondersteunende processen																					
klinische zorg			deeltijdzorg			ambulant			bijzondere zorgvormen						Zorgondersteuning				facilitaire afdelingen				beleid en beheersafdelingen										
management	uitvoering	ondersteuning	management	uitvoering	ondersteuning	management	uitvoering	ondersteuning	prev + dienstverlening	case-man	PTT	RIBW-woonbeg.	opnameverzoek, bt	handelings	dagopvang	bijzondere functies	somatische zorg	geestelijke verzorging	apotheek	cliëntenbelangen	fysioth/ergoth.	overig prim ond.	algemeen management	goed. logistiek	receptie	keuken en rest.	huis-houd.	Tech. onderh. en gsch. beheer	overig	directie & beleid	P&O	financ. en econ. zaken	overig

In dit procesmodel kunnen titels en benamingen overigens nog worden aangepast, indien dat voor aansluiting met andere sectoren wenselijk is. Binnen de hulpverleningsprocessen is een indeling naar management, uitvoering en ondersteuning aangebracht. Dit is bedoeld om vast te kunnen stellen hoeveel capaciteit daadwerkelijk als hulpverlener is ingezet.

Desgewenst kan deze driedeling ook in de andere onderdelen van het procesmodel worden aangebracht.

Afhankelijk van de vraagstelling is het mogelijk de inzet van management en ondersteuning binnen het primaire proces als overhead of als primair proces te beschouwen. Voorts kan in het klinische blok nog onderscheid worden aangebracht tussen kortdurende en langdurende hulpverlening. Dit verbetert de vergelijkbaarheid tussen ribw'n en de woonfunctie chronische patiënten binnen apz'n.

De toedeling van input naar deze processen kan er uitzien zoals in de twee onderstaande fragmenten is aangegeven. Wij tonen de fragmenten die betrekking hebben op het primaire proces en op de ondersteunende processen.

Het primaire proces omvat zoals opgemerkt de klinische zorg, de deeltijdzorg, de ambulante zorg en de bijzondere zorgvormen.

Binnen de ondersteunende processen worden de zorgondersteuning, de facilitaire afdelingen en de beleid- en beheerafdelingen verstaan.

afdeling \ processen		fte's	Ondersteunende processen															
			Zorgondersteuning						facilitaire afdelingen						beleid en beheersafdelingen			
			somatische zorg	geestelijke verzorging	apotheek	cliëntenbelangen	fysioth/ergoth.	overig prim ond.	algemeen management	goed. logistiek	receptie	keuken en rest.	huis-houd.	Tech. onderh. en geb. beheer	overig	directie & beleid	P&O	financ. en econ. zaken
55	raad van bestuur																	
56	raad van bestuur	2,0													2,0			
57	secretariaat rvb	2,0													2,0			
58	1e geneeskundigen	0,3													0,3			
64																		
65	dienst zorgondersteunende functies																	
66	bureau zorgontwikkeling	3,5													3,5			
68	cliëntenbelangenbureau	0,7													0,7			
70	medische dienst																	
71	huisarts	0,3	0,3															
72	ziekenhuishygiëniste	0,4					0,4											
73	verpleegkundige	0,3					0,3											
74	apothekersassistent	1,6																
75	coördinerend apothekersassistent	0,4			1,6													
76	tandarts-assistent	0,3	0,3		0,4													
105																		
106	dienst facilitaire zaken																	
107	management en algemeen	1,3						1,3										
108	facilitair bureau	4,1						4,1										
109	sector hotel algemeen	1,2										1,2						
110	afdeling keuken	14,3										14,3						
111	afdeling restauratieve voorzieningen	13,3										13,3						
112	afdeling schoonmaak	22,3										22,3						

Met name bij het toedelen van de formatie naar de primaire hulpverleningsprocessen ervaren wij veel problemen. De indeling naar klinische, deeltijd en ambulante zorg wordt meer en meer fluïde, door MFE(multi functionele eenheid)-vorming, circuitvorming en casemanagement. Personeelsleden zijn hierdoor minder en minder aan één van de drie (traditionele) hulpverleningsprocessen verbonden, bijvoorbeeld omdat zij verantwoordelijk zijn voor het gehele hulpverleningsproces van een klant. Zorg op maat en vermaatschappelijking van de hulpverlening maken dat de setting van de hulpverlening steeds dynamischer wordt en de transparantie van de personele inzet vermindert. Onze indruk is namelijk dat weinig instellingen hun medewerkers hun tijdsbesteding laten verantwoorden. Uiteraard is de ontwikkeling dat de hulpverlener steeds meer de patiënt volgt toe te juichen; het maakt het ontwikkelen van een benchmarkmodel echter niet eenvoudiger.

Ander element dat hierbij speelt, is dat een therapeut/behandelaar op hetzelfde moment klanten met verschillende 'bekostigingslabels' onder zijn/haar hoede heeft. Te denken valt daarbij aan een groepstherapie, waarbij gelijktijdig klinische, deeltijd en ambulante patiënten aanwezig zijn. Dit is geenszins denkbeeldig, maar staande praktijk binnen MFE's. Was in het eerdere voorbeeld van hulpverleners die op verschillende momenten verschillende hulpverleningsprocessen voortbrengen, het nog denkbaar, dat tijdsregistratie enig helderheid kan verschaffen, in de onderhavige situatie is dat niet mogelijk.

Deze problemen die zich voordoen bij de toekenning van formatie naar hulpverleningsprocessen roept de vraag op of wel de goede processen zijn onderscheiden en of er alternatieven zijn. Net zoals de hulpverlening zich meer rond casemanagement organiseert, zou ook een benchmarkmethodiek zich hiernaar kunnen richten. Wij hebben echter nog niet de handvatten gevonden om dit te kunnen. Voor wat betreft de situatie waarbij meerdere klantgroepen tegelijkertijd bediend worden, lijkt het erop dat meer naar de activiteiten gekeken moet worden om de doelmatigheid vast te stellen, dan naar de hulpverleningsprocessen klinisch/deeltijd/ambulant. Dit doet tevens recht aan het feit dat instellingen die relatief weinig activiteiten aanbieden aan hun klanten anders wel eens zeer doelmatig zouden kunnen lijken. In het volgende hoofdstuk komen wij op dergelijke punten terug.

Stap 4 Bepalen produktie

Met voorbijgaan aan de problemen die wij bij stap 3 zijn tegengekomen, bestaat de volgende stap uit het inventariseren van de produktie per hoofdproces hulpverlening. Hiertoe wordt de produktieregistratie van de instelling gebruikt en de wegingsfactor voor de zorgswaarte ontleend aan de bekostigingscategorieën. Voor het klinische deel kan een dergelijke inventarisatie er als volgt uitzien.

	totaal gerealiseerd	factor eenheid *	Klin prod eenheden
klinische produktie			
aantal erkende bedden	700		
gemiddelde verpleegduur	6,50		
aantal eerste opnamen	500		
aantal klanten begin jaar *	500		
totaal aantal klanten behandeld	1.000		
<i>verpleegdagen naar type (behandelmodule)</i>			
1: klinische kortdurende zorg met beperkte begeleiding	5.500	2,29	12.569
3: klinische kortdurende zorg met volledige begeleiding	38.000	3,27	
3: klinische kortdurende zorg met intensieve begeleiding/bescherming	20.000	5,16	103.134
4: herstellingsoord functie		1,04	
5: structuur biedend met beperkte begeleiding	13.000	1,00	13.000
6: structuur biedend met volledig begeleiding	45.000	2,71	121.956
7: veranderingsgericht met beperkte begeleiding	16.000	1,62	25.954
8: veranderingsgericht met volledig begeleiding	20.000	3,00	60.040
9: crisisbehandeling met intensieve begeleiding/bescherming	8.000	4,28	34.222
totaal produktie behandelmodulen	165.500		358.305

De wegingsfactor is bepaald aan de hand van de loonkostencomponent van de COTG-richtlijn 1997, waarbij het laagste bedrag op 1 is gesteld. Het richtlijnbedrag loonkosten voor klinisch kortdurende verzorging met volledige begeleiding (nr. 2) is derhalve 3,27 zo hoog als het richtlijnbedrag loonkosten voor structuurbiedend met beperkte begeleiding (f 164,25 resp. f 50,23). Opgebouwd uit de behandelmodulen weerspiegelt dit verschil in richtlijnbedragen volledig het verschil in zorgswaarte.

Voor de deeltijdproduktie geldt eenzelfde systematiek. Voor de ambulante produktie is in het riagg-onderzoek geen aanleiding gezien om te wegen voor zorgswaarte. Dit maakt dat hierbij de netto produktie (in zittingen of contacten) ook de bruto produktie is.

Bij het bepalen van de produktie (en daarmee van de produktiviteit) wordt op deze manier volledig uitgegaan van de cijfers die de instellingen leveren. Andere manieren zijn ook niet voor handen. Wij hebben over de betrouwbaarheid van deze registraties overigens wel uiteenlopende indrukken opgedaan.

Er zijn instellingen die periodiek zeer nauwkeurig laten scoren tot welke categorie individuele patiënten moeten worden gerekend. Ook zijn er instellingen die dit op een grover groepsniveau doen. Vervolgens wordt de productie uitgedrukt in bekostigingscategorieën ook wel administratief afgehandeld.

Voorts bestaan er verschillen tussen de interne productiecijfers en de externe cijfers, die bijvoorbeeld te maken hebben met zorgvernieuwingstrajecten en interne toewijzingen. Deze onzekerheden maakt dat de uitkomst van een benchmark dezelfde onzuiverheden zal laten zien.

Voor de bepaling van de produktiviteit binnen de niet primair hulpverlenende processen zijn nog andere productiecijfers nodig. Hier betreft het algemene productiecijfers, waarvan hieronder een voorbeeld wordt gegeven.

productie algemeen	
<i>algemene kenmerken</i>	
aantal personeelsleden (op basis van part-timefactor totale organisatie)	980
aantal M2 vloeroppervlakte	20.000
aantal maaltijd dagen	292.000
<i>productie bijzondere zorgvormen</i>	
uren preventie	18.000
klanten case-management	1.250
klanten PIT	100
klanten RIBW-woonbeg.	100
klanten Opnamevoork. behandeling	100
klanten dagopvang	100
klanten bijzondere functies	100

Stap 5 Bepalen kengetallen

Op basis van de bovengenoemde gegevens kunnen de doelmatigheidskengetallen voor ggz-instellingen worden aangemaakt. Wij presenteren deze doelmatigheidskengetallen op twee niveaus, te weten in de vorm van:

- hoofdkengetallen;
- (gewone) kengetallen.

De hoofdkengetallen worden hieronder genoemd. Deze kengetallen geven -uitgaande van de juiste toedelingen en cijfers- een beeld van diverse doelmatigheidsaspecten van een (geïntegreerde) ggz-instelling.

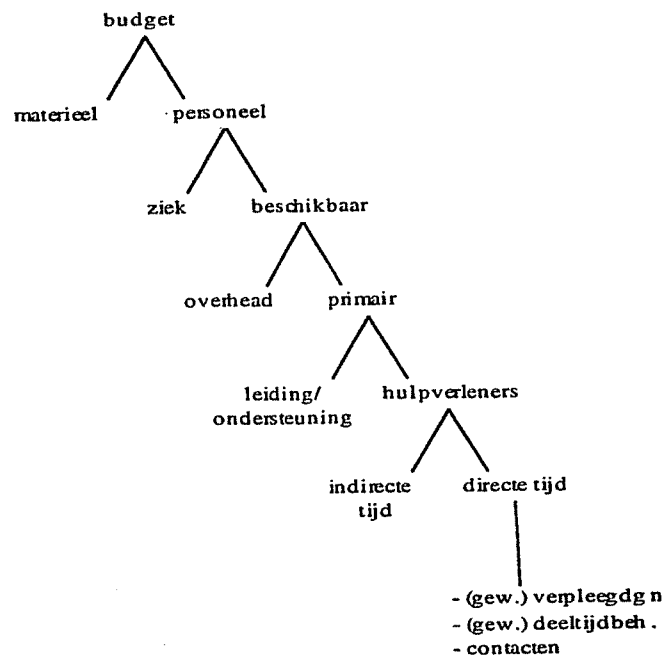
In de bijlage hebben we een groot aantal overige kengetallen opgenomen, die afhankelijk van het doel of van het beoordelingsoogpunt, relevante informatie geven.

De hoofdkengetallen worden in onderstaand overzicht van een korte toelichting voorzien.

<i>Hoofdkengetal</i>	<i>Toelichting</i>
Aantal fte's per f1.000.000,- budget	Geeft inzicht in de verhouding materiële kosten/ personele kosten en de gemiddelde salarislasten
Beschikbaarheid	Geeft zicht op het aantal uren dat per fte gerealiseerd is (tegenhanger van ziekteverzuim)
Span of control ondersteunende processen	Geeft zicht op de verhouding tussen de formatie die gericht is op de primaire processen en de ondersteunende processen
Aandeel hulpverlening binnen primaire processen	Geeft zicht op het aandeel hulpverleners binnen de formatie die worden ingezet op de primaire processen
Aantal gewogen verpleegdagen per fte klinisch uitvoerend	Is een weergave van de produktiviteit van de medewerkers werkzaam in het klinische proces
Aantal behandelde klinische patiënten per fte klinisch uitvoerend	Zie hiervoor, waarbij wordt uitgegaan van het aantal klanten en waarbij tevens wordt gewogen of veel of weinig verpleegdagen per patiënt zijn ingezet
Aantal gewogen deeltijdbehandelingen per fte deeltijdbehandeling uitvoerend	Is een weergave van de produktiviteit van de medewerkers werkzaam bij de deeltijdbehandelingen
Aantal behandelde deeltijdpatiënten per fte deeltijdbehandeling uitvoerend	Zie hiervoor, waarbij wordt uitgegaan van het aantal klanten en waarbij tevens wordt gewogen of veel of weinig deeltijdbehandelingen per patiënt zijn ingezet
Aantal zittingen per fte ambulant uitvoerend	Is een weergave van de produktiviteit van de medewerkers werkzaam in ambulante proces
Aantal ambulante patiënten per fte ambulant uitvoerend	Zie hiervoor, waarbij wordt uitgegaan van het aantal klanten en waarbij tevens wordt gewogen of veel of weinig zittingen per patiënt zijn ingezet

De berekening van deze hoofdkengetallen kan afzonderlijk voor apz'n, ribw'n, riagg's en geïntegreerde instellingen worden uitgevoerd. Hierdoor wordt het mogelijk deze instellingen onderling te vergelijken en voor elke categorie een 'best practice' vast te stellen.

De set hoofdkengetallen is bepaald aan de hand van een voortbrengingsmodel van een productieproces. Dit voortbrengingsproces stellen wij voor als een beslisboom. Op ieder knooppunt van deze beslisboom kunnen er doelmatigheidsverliezen optreden. Tevens vormen deze knooppunten beïnvloedingsmomenten van het management op de doelmatigheid van een instelling. Door per knooppunt een kengetal vast te stellen, is zicht op de doelmatigheid van alle stappen in voortbrengingsproces te verkrijgen. Deze beslisboom met toelichting ziet er als volgt uit.



Iedere instelling start met een bepaald budget. Dit budget kan aangewend worden om materiële kosten te dekken of om personele capaciteit in te schakelen. Deze personele capaciteit kan ziek zijn of beschikbaar zijn. Vervolgens kan het personeel worden ingezet in overhead-functies of in primaire processen. Binnen de primaire processen kan er weer gekozen worden voor personeel die in niet-hulpverlenende functies werken (leiding en directe ondersteuning) of voor hulpverleners. Deze hulpverleners kunnen hun tijd aanwenden richting indirecte taken en kerntaken. Uiteindelijk leidt de aanwending richting de kerntaken tot output in termen van aantallen (gewogen) verpleegdagen, (gewogen) deeltijdbehandelingen en contacten.

Door uit te gaan van deze beslisboom worden eventuele samenhangen of compensaties tussen scores (bijvoorbeeld tussen de overhead en de produktiviteit van hulpverleners) meegenomen. Voorts hebben wij ervoor gezorgd dat alle drie de hoofdprocessen van hulpverlening (klinisch, deeltijd en ambulant) aan bod komen.

Daarbij hebben wij naast de algemene doelmatigheidskengetallen, per hoofdproces steeds een produktiviteitskengetal (produktie per fte) en een distributiekenngetal (aantal klanten per fte) benoemd. Hiermee wordt recht gedaan aan deze beide dimensies van doelmatigheid in enge zin.

Opgemerkt moet worden dat een kwaliteitsparameter of effectiviteitsparameter nog ontbreekt in deze set hoofdkenngetallen.

Voorts zijn de kengetallen zo gedefinieerd dat een hogere score vanuit doelmatigheids- perspectief ook een betere score is. Dit om te kunnen komen tot een 'doelmatigheids- profiel' van een instelling (zie volgende subparagraaf).

Overigens kunnen voor een afzonderlijke ribw of een riagg nog specifieke kengetallen worden gepresenteerd, waarin meer dimensies zijn opgenomen. In de hoofd- kengetallenset voor deze zelfstandige instellingen is meer ruimte omdat niet alle drie de hulpverleningsprocessen aan bod hoeven te komen.

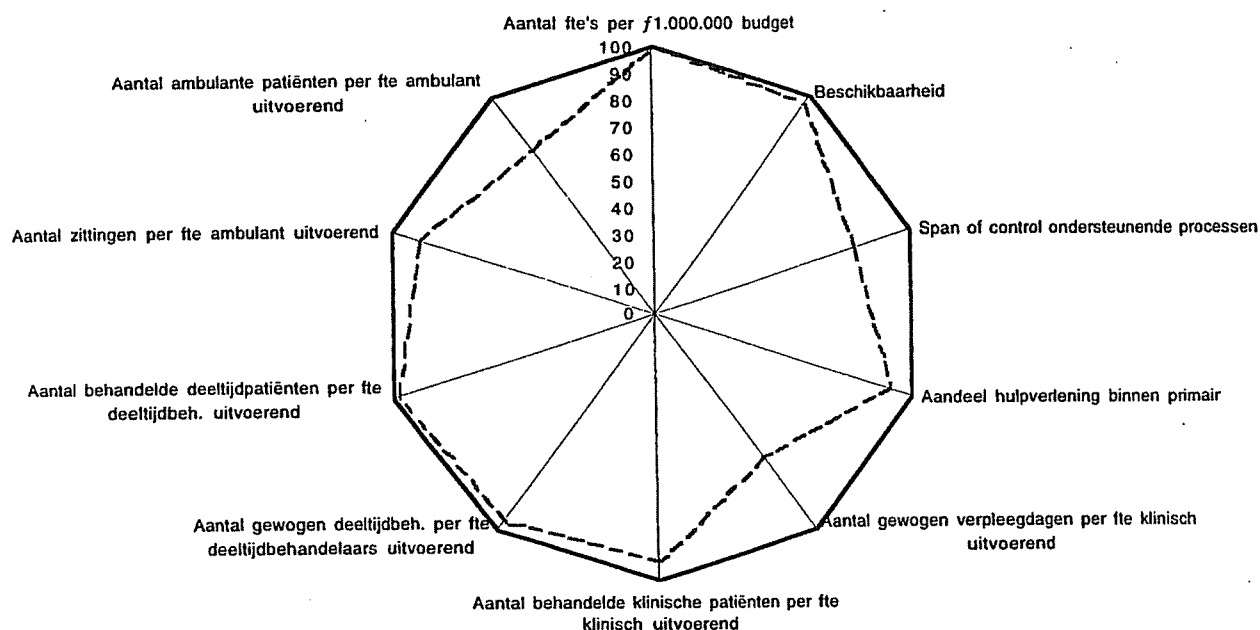
De hierboven gepresenteerde set hoofdkengetallen wijkt overigens af van de acht kengetallen zoals benoemd in het referentiekader. De redenen hiervoor zijn de volgende:

<i>kengetal referentiemodel</i>	<i>reden van afwijking</i>
1. verhouding totale produktie/budget aanvaardbare kosten	wij zien thans geen mogelijkheid de produktie klinisch, ambulant, deeltijd en zorgvernieuwing op één noemer te krijgen
2. verhouding produkt/direct zorgpersoneel	idem, wel per functie wordt dit kengetal gegeven
3. verhouding produkt/faciliterend personeel	faciliterend personeel is nog niet toe te delen naar primaire produkten, aangezien transfersystemen veelal ontbreken
4. verhouding zorgpersoneel/faciliterend personeel	in bovenstaand schema weergegeven als span of control ondersteunende processen
5. verhouding produkt/totaal personeel	zie 2
6. de materiële kosten per personeelslid	elders in kengetallenset opgenomen, in hoofdkengetallenset geeft eerste kengetal inzicht
7. produktieve tijd zorgpersoneel/niet produktieve tijd	m.u.v. de riagg's wordt de tijdsbesteding zorgpersoneel niet geregistreerd in de ggz
8. verhouding exploitatieresultaat/budget aanvaardbare kosten	nog in kengetallenset op te nemen

Doelmatigheidsprofiel

Als uitkomst van het hiervoor omschreven benchmarkmodel -en er dus vanuit gaande dat de gevraagde gegevens beschikbaar zijn- kan van een ggz-instelling een doelmatigheids- profiel worden opgesteld in de vorm van een zogenaamd doelmatigheidsweb.

Het profiel van de fictieve instelling A die wij gedurende dit stappentrajec hebben opgebouwd, wordt met de binnenste lijn in het web weergegeven. Het ziet er als volgt uit.



De waarden op de buitenste lijn geven de 'best practice' weer voor iedere as. De onderscheiden assen stemmen overeen met de onderscheiden hoofdkengetallen uit stap 5. De afstand tussen de score van een instelling en de buitenste lijn geeft aan welke afstand de instelling heeft te overbruggen om de doelmatigheid te verbeteren. Overigens zal het heel moeilijk zijn om op alle onderdelen best practice of daarbij in de buurt te scoren. Niettemin geeft een score met grote afstand tot de BP-lijn het management inzicht in de onderdelen waarop extra aandacht geschonken moet worden. Binnen dit voorbeeld betreft dat de produktiviteit binnen de kliniek en de distributie binnen de ambulante afdelingen.

5. EVALUATIE

De ervaringen die wij hebben opgedaan in dit haalbaarheidsonderzoek naar een benchmarkmodel voor de geestelijke gezondheidszorg toetsen wij in dit hoofdstuk aan onze eigen bevindingen en opvattingen over benchmarking en aan het IBO-referentiekader. Ter afsluiting formuleren wij enkele aanbevelingen voor vervolg.

5.1 Bevindingen

Om te kunnen benchmarken moeten de input en de output van een organisatie in een vrij grote mate van objectiviteit toe te wijzen zijn aan generieke (organisatie-onafhankelijke) processen. Op basis hiervan kan vervolgens de doelmatigheid binnen die processen worden bepaald. Afgemeten aan deze voorwaarde moet rond de ontwikkeling van een benchmarktool voor de ggz worden gesteld, dat 'we er nog zeker niet zijn'. We hebben in het onderzoek ook nog niet de handvatten gevonden om deze problemen adequaat op te lossen. De problemen betreffen zowel de input als de output.

Ten aanzien van het toedelen van de input naar generieke processen is gebleken dat de ggz een moeilijk transparant te maken voortbrengingsstructuur heeft. Door de MFE- en circuitvorming en de introductie van zaken als casemanagement is personele capaciteit nauwelijks in één van de hier onderscheiden hulpverleningsprocessen in te passen. Voorts zijn ook sommige hulpverleningsactiviteiten zelf niet meer toe te rekenen aan één van deze hulpverleningsprocessen, omdat meerdere processen (of beter: klanten in die processen) gelijktijdig worden bediend. Dit zijn voor een benchmarksystematiek principiële problemen, die opgelost moeten worden.

Ten aanzien van de bepaling van de output doen zich ook problemen voor, maar die zijn meer technisch van aard. Wij denken met de hantering van de bekostigingscategorieën een bruikbaar instrument voor weging van de zorgzwaarte te hebben gevonden. De sector heeft hierin zelf voorop gelopen. De technische problemen bevinden zich op het vlak van de registratie van de output. In de loop van het traject, en ook bij andere ervaringen in de ggz, hebben wij signalen gekregen dat de outputregistratie niet altijd zorgvuldig is.

Wij hebben overigens geen controles kunnen uitvoeren om deze signalen te toetsen. Niettemin zal voor een goede doelmatigheidsmeting betrouwbare outputregistratie moeten plaatsvinden. Anders wordt de meest rechtlijnige instelling de dupe van de meest creatieve.

Voorlopige conclusie

Welke voorlopige conclusie moet, naar ons oordeel, aan deze bevindingen rond benchmarking binnen de ggz worden verbonden?

Om de problemen met de toedeling van de input aan hulpverleningsprocessen te verminderen zou een systeem van tijdsregistratie kunnen worden ontworpen om de benodigde transparantie te bieden. Een dergelijk systeem zou, met de huidige stand van de (registratie)techniek, niet eens zo'n groot beslag op de medewerkers hoeven te leggen. Niettemin hebben wij vraagtekens bij een dergelijke oplossing. In de eerste plaats zal niet alle toedeling op basis hiervan gerealiseerd kunnen worden. In de tweede plaats, en naar ons idee belangrijker, wordt dan administratief een ggz-structuur in stand gehouden, die veel meer refereert aan het verleden dan aan de toekomst.

Ten aanzien van de outputregistratie is het in zekere zin eenvoudiger om oplossingen te vinden naar de mening van het onderzoeksteam. Door de accountantscontrole op dat punt te laten aanscherpen en specifiek een goedkeurende verklaring op dat aspect te vereisen, zal verbetering op dat punt snel gerealiseerd kunnen worden. Dit neemt niet weg dat zich daarnaast een ander probleem voordoet, namelijk dat de juiste produktdefinities en de bijbehorende parameters ontbreken. Wanneer deze eenmaal zijn vastgesteld, zijn er in feite geen belemmeringen meer om een goede produktregistratie te realiseren.

De principiële vraag achter de gesignaleerde problemen is of het benchmarkschema, zoals wij dat in paragraaf 4.2 uitéén hebben gezet, wel het juiste is en wat een beter schema zou zijn.

Voor helder af te bakenen onderdelen van de ggz is het onderzoeksteam van mening dat dit schema goed staande te houden is. Dat geldt dan voor de riagg, het ribw en de langdurige woonvoorziening van het apz. Zowel de input als de output zijn in deze afgebakende organisaties/organisatie-onderdelen goed te benoemen en aan elkaar te relateren. Ook over verschillende organisaties heen zijn dan vergelijkingen te maken, zoals tussen een ribw en de langdurige woonvoorziening van het apz.

De resultaten met het door Bakkenist uitgevoerde onderzoek naar de doelmatigheid van riagg-activiteiten geven aan dat een benchmark voor een afgebakend onderdeel van de ggz goed mogelijk is. Overigens bleek ook daar dat ambulante afdelingen van geïntegreerde instellingen veel moeilijker te 'vangen' waren.⁷

De moeilijkheden ontstaan daar waar functies dicht op elkaar worden aangeboden en medewerkers tussen deze functies switchen. Dit is het geval bij MFE-en, bij circuitvorming en daaraan verbonden casemanagement. Het betreft dan met name de kortdurende, de deeltijd en de ambulante functies binnen geïntegreerde instellingen. Door de voortgaande integratie binnen de ggz zal het steeds moeilijker worden om te benchmarken functies/processen te kunnen herkennen. Deze ontwikkeling is geïnitieerd om zorg op maat te kunnen leveren en om psychiatrische patiënten langer binnen de maatschappij te kunnen laten functioneren. Het ombuigen van deze trend ten behoeve van economische beheersingsmotieven is dan ook uitgesloten.

Om een naar de toekomst toe hanteerbaar benchmarkmethodiek te ontwikkelen, zien wij twee routes. De eerste route is gebaseerd op het benoemen van behandelpatronen gekoppeld aan diagnoses en behandeldoelstellingen. Aan de hand van dergelijke behandelpatronen kan een benchmarkmodel worden ontwikkeld, waarbij consumpties per diagnose/behandeldoelstelling met elkaar worden vergeleken en de voortbrengingskosten van die consumpties. Dit betekent evenwel dat registraties aanzienlijk aangepast moeten worden. In de ziekenhuissector loopt momenteel een DRG(diagnoses related groups)-programma dat verwantschap vertoont met deze benadering.

De tweede route bestaat uit het op dieper niveau dan momenteel benoemen van activiteiten en het op basis van deze activiteiten vaststellen van de produktiviteit en doelmatigheid. Voorbeeld hierbij kan zijn de activiteiten zoals die binnen de riagg worden gehanteerd en geregistreerd. Momenteel is er nauwelijks zicht op de daadwerkelijke activiteiten die binnen een ggz-instelling plaatsvinden. Zo kan het (hypothetisch) zowel zijn dat rond een klinische verpleegdag geen enkele activiteit wordt ontplooid alswel dat er allerlei vormen van therapieessies, dagbehandeling en activiteiten worden aangeboden aan de klant.

⁷ Desgewenst kan een samenvatting van het onderzoek naar de doelmatigheid van riagg-activiteiten, en dan met name gericht op de methodische kant van dit onderzoek, als bijlage aan de rapportage worden toegevoegd. Specifiek voor de riagg's hebben wij voor dit onderzoek een benchmarkmethodiek ontwikkeld die past in het schema voor de ggz.

Dergelijke invulling van een verpleegdag is aan de instelling en de behandelaar. Uiteraard moet dit zo blijven, maar om de doelmatigheid te kunnen vaststellen is het wel goed om te weten wat er nu daadwerkelijk gebeurt, anders dan dat een verpleegdag wordt 'geproduceerd'. Om hiertoe te komen zal een activiteiteninventarisatie moeten worden opgesteld en zullen hulpverleners hun tijdsbesteding en activiteiten moeten gaan vastleggen. Hierdoor ontstaat er zowel zicht op de werkelijke produktie als op de verhouding directe/indirecte tijd van hulpverleners. In de riagg's is een dergelijke verantwoording van de tijdsbesteding bijvoorbeeld gemeengoed.

Overigens is het ook voor de eerste 'DRG-route' nodig om de activiteiten die worden uitgevoerd beter in beeld te krijgen en om daarvoor doelmatigheidsnormen te bepalen. Beide routes zouden derhalve gelijktijdig ingezet kunnen worden.

5.2 Referentiemodel IBO

Het referentiemodel IBO hebben wij in dit onderzoek niet volledig kunnen navolgen. Op een aantal punten zijn de gevraagde kengetallen op korte termijn niet leverbaar gebleken binnen de ggz. Problemen daarbij zijn onder meer het op één noemer brengen van de produktie, het toedelen van facilitaire capaciteit en produktie aan primaire output en het ontbreken van inzicht in de directe en in de indirecte tijd van hulpverleners. Voorts blijkt binnen de primaire processen de verhouding tussen input en output moeilijk te leggen, zoals hiervoor uitvoerig besproken. Dit alles maakt dat op dit moment van de acht door het IBO-referentiekader omschreven kengetallen alleen de kengetallen 4 (verhouding zorgpersoneel/faciliterend personeel), 6 (de materiële kosten per personeelslid) en 8 (verhouding exploitatieresultaat/budget aanvaardbare kosten exclusief kapitaallasten) kunnen worden opgeleverd.

5.3 Aanbevelingen

In de loop van het onderzoek heeft het onderzoeksteam gemerkt dat niet alleen de rijksoverheid behoefte heeft aan inzicht en doorzicht in de doelmatigheid van awbz-gefinancierde instellingen. De overheid deelt deze behoefte met het management van in ieder geval de ggz-instellingen.

Ook zij hebben er behoefte aan te weten hoe de organisatie er voor staat, of de interne allocaties wel goed zijn en of er wel het maximaal haalbare aan hulpverlening uit de eigen organisatie komt. Daarbij wordt het begrip doelmatigheid wel gecombineerd met het begrip effectiviteit, maar hierin zal de overheid niet remmend willen optreden. Deze gezamenlijke belangstelling van overheid en management van ggz-instellingen biedt een vruchtbare bodem om verder te gaan met het ontwikkelen van een benchmarksystematiek.

Op basis van het onderhavige haalbaarheidsonderzoek moet gesteld worden dat voor de ggz in de breedte een dergelijke systematiek nog niet voorhanden is. Op onderdelen, de riagg's, ribw'n en langdurige woonvoorziening door apz'n, is deze systematiek wel aanwezig of met beperkte inspanning op basis van dit onderzoek beschikbaar te maken. Gezien de integratietendens binnen de ggz moet echter juist voor de ggz in de breedte een bruikbare methodiek worden ontwikkeld. Nauwe samenwerking met het veld hierin is hierbij onmisbaar. Met name verdient het aanbeveling te trachten de voorlopers in het veld te betrekken bij een dergelijk traject. Vanuit diverse instellingen hebben wij belangstelling waargenomen om hierin deel te nemen.

Wij bevelen derhalve aan:

1. Richt een projectgroep in, met als doel binnen een jaar een benchmarkmethodiek voor de gehele ggz te ontwikkelen. Basis hiervoor vormen de bevindingen uit dit haalbaarheidsonderzoek en de uitkomsten van de overige IBO-trajecten. Voor deze projectgroep worden vanuit 'het veld' een aantal vertegenwoordigers van prominente instellingen uitgenodigd, die een voorbeeldfunctie willen vervullen en daarmee voor draagvlak en uitstraling kunnen zorgen.
2. Onder de projectgroep worden in ieder geval twee werkgroepen ingesteld. De eerste werkgroep richt zich op het op dieper niveau benoemen van activiteiten en bijbehorende registraties en het op basis van deze activiteiten vaststellen van de produktiviteit en doelmatigheid. De tweede werkgroep houdt zich bezig met het ontwerpen van 'drg'-combinaties of zorgprogramma's waarlangs binnen de ggz de doelmatigheid, inclusief de effectiviteit, kan worden bepaald. Overigens betekent dit niet dat in aanvang direct ook effectiviteit in de benchmarkmethodiek opgenomen hoeft te worden. De methodiek dient hierop wel voorbereid te zijn. De 'prominente instellingen' fungeren als pilotomgeving voor de beide werkgroepen. De projectgroep is verantwoordelijk voor de informatievoorziening en toetsing van uitkomsten richting het veld.

3. Verbeter de huidige outputregistratie door hiervoor bij de accountantscontrole specifieke aandacht, inclusief een goedkeurende verklaring te vragen. Ook de verbindingskantoren zullen hierbij kunnen worden betrokken. Veranderingen in feitelijke capaciteiten en erkenningen moeten daartoe ook in formele zin worden aangepast.
4. Laat de benchmarkmethodieken voor de onderdelen riagg, ribw en langdurige woonvoorziening apz-en uitwerken en testen en gereed maken voor toepassing. Afstemming hierbij met de bevindingen uit de andere IBO-trajecten ligt voor de hand.

BIJLAGE 1: SAMENSTELLING SUBWERKGROEP GGZ

de heer A. Bersee (voorzitter)	Ministerie van VWS, afdeling GGZ
mevrouw J. Gill	Ministerie van VWS, afdeling GGZ
de heer H. Noordt zij	Ministerie van VWS, afdeling GGZ
mevrouw G. Hoejenbos	Ministerie van VWS, afdeling FEZ
mevrouw C. de Jager	Ministerie van VWS, afdeling VPZ
mevrouw C. Mur	Ministerie van Financiën
de heer P. Tijsterman	Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg
de heer B. Holman	Zorgverzekeraars Nederland
mevrouw J. van Duuren	Zorgverzekeraars Nederland
de heer G. ter Avest	Psych. Ziekenhuis Veldwijk te Ermelo
de heer J. Baars	PMS Vijverdal te Maastricht
mevrouw A. Besamusca	De Meren te Amsterdam
de heer F. Verschoor	RBC te 's-Gravenhage
de heer F. van de Pol	GGZ Nederland
de heer J. de Hartog (secretaris)	Bakkenist Management Consultants
de heer J. van Iperen	Bakkenist Management Consultants



BIJLAGE 2: KENGETALLEN

Instelling: A

1: Inzet per afdeling in rekenfte

afdeling	vast personeel					variabel personeel			totaal		
	Gemid. bezetting in fte's *	ziekteuren **	zwangerschaps-uren	WAO-uren	gewerkte netto uren	gewerkte uren oproepkrachten ***	personeel niet in loon-dienst	overige inhuur	totaal netto uren	in standaard fte	rekenfte
1 <i>circuit kinderen en jeugd</i>					4.206	177			4.384	2,71	2,71
2 management en algemeen	2,74	221			5.542	233			5.775	3,57	3,57
3 progr. 0- 7 jaar / Autisme & aanv. stoornissen	3,61	292			4.790	202			4.992	3,09	3,09
4 progr. 0-12 jaar- multiproblemegezinnen	3,12	252			6.156	259			6.415	3,97	3,97
5 progr. 12 - 21 jaar / kindermish. en eetstoornissen	4,01	324			13.373	529			13.903	8,60	8,60
6 zorgenheid kinderen 0 - 12 jaar	8,19	662	800	1.600	58.571	2.399			60.970	37,73	37,73
7 zorgenheid jeugd 12 - 21 jaar	37,11	2.998									
8											
9 <i>circuit acute zorg</i>					2.579	109			2.688	1,66	1,66
10 management en algemeen	1,68	136			22.092	930			23.022	14,25	14,25
11 programmaliijn acute zorg	14,39	1.163			54.868	2.310			57.178	35,38	35,38
12 zorgliijn acute zorg	35,74	2.888									
13											
14 <i>circuit behandeling</i>					3.070	129			3.200	1,98	1,98
15 management en algemeen	2,00	162			768	32			800	0,50	0,50
16 programma generalistisch	0,50	40			768	32			800	0,50	0,50
17 programma methodisch/innovatief	0,50	40			68.286	2.875			71.161	44,04	44,04
18 regionaal centrum 1	44,48	3.594			46.870	1.973			48.843	30,22	30,22
19 regionaal centrum 2	30,53	2.467			59.013	2.485			61.498	38,06	38,06
20 zorgenheid specialistische psychotherapie	38,44	3.106			67.411	2.838			70.249	43,47	43,47
21 zorgenheid centraal specialistische zorg	43,91	3.548			79.278	3.338			82.616	51,12	51,12
22 KIB	51,64	4.173									
23											
24 <i>circuit complexe en langdurige hulpvragen</i>					5.373	226			5.599	3,47	3,47
25 management en algemeen	3,50	283			2.456	103			2.560	1,58	1,58
26 programma complexe / langdurige hulpvragen	1,60	129			31.072	1.308			32.381	20,04	20,04
27 casemanagement 1	20,24	1.635			37.597	1.583			39.180	24,25	24,25
28 casemanagement 11	24,49	1.979			28.787	1.178			29.965	18,54	18,54
29 zorgenheid dagbesteding en arbeid	18,23	1.473		800	79.109	3.331			82.440	51,01	51,01
30 zorgenheid wonen	51,53	4.164			57.509	2.421			59.930	37,09	37,09
31 zorgenheid crisisinterventie en behandeling	37,46	3.027			11.453	482			11.935	7,39	7,39
32 zorgenheid rehabilitatie en training	7,46	603									

-- DE CIJFERS UIT DIT VOORBEELD ZIJN FICTIEF --

Instelling: A

1: Inzet per afdeling in rekenfte

afdeling		vast personeel					variabel personeel			totaal		
		Gemid. bezetting in fte's *	ziekteuren **	zwanger- schaps- uren	WAO- uren	gewerkte netto uren	gewerkte uren oproep- krachten ***	personeel niet in loon- dienst	overige inhuur	totaal netto uren	in standaard fte	rekenfte
33												
34	<i>circuit voor ouderen</i>					4.606	194			4.800	2,97	2,97
35	management en algemeen	3,00	242			3.070	129			3.200	1,98	1,98
36	programma organische psychiatrie	2,00	162			1.535	65			1.600	0,99	0,99
37	programma psychiatrische & psychosoc. problemen	1,00	81			2.502	105			2.608	1,61	1,61
38	zorgseenheid behandeling management	1,63	132			34.281	1.443			35.724	22,11	22,11
39	zorgseenheid behandeling lokatie A	22,33	1.804			31.809	1.339			33.149	20,51	20,51
40	zorgseenheid behandeling lokatie B	20,72	1.674			55.052	2.318			57.370	35,50	35,50
41	zorgseenheid organische psychiatrie	35,86	2.897			2.917	123			3.040	1,88	1,88
42	zorgseenheid rehabilitatie management	1,90	154			55.822	2.300			58.122	35,97	35,97
43	zorgseenheid rehabilitatie lokatie C	35,58	2.875	1.200		23.826	1.003			24.830	15,36	15,36
44	zorgseenheid rehabilitatie lokatie D	15,52	1.254			2.671	112			2.784	1,72	1,72
45	dagopvang lokatie E	1,74	141									
46												
47	<i>forensich psychiatrisch circuit</i>					18.223	767			18.990	11,75	11,75
48	management en algemeen	11,87	959			96.042	4.044			100.086	61,93	61,93
49	zorgseenheid A/klinisch milieu chron. psychotici	62,56	5.055			94.430	3.976			98.406	60,89	60,89
50	zorgseenheid B pers. stoornissen en adolesc.	61,51	4.970			90.838	3.825			94.663	58,58	58,58
51	zorgseenheid C/acute, diagn. & verslavingszorg	59,17	4.781			43.692	1.840			45.531	28,18	28,18
52	zorgseenheid D	28,46	2.300			41.988	1.768			43.756	27,08	27,08
53	zorgseenheid E	27,35	2.210									
54												
55	<i>raad van bestuur</i>					4.606	194			4.800	2,97	2,97
56	raad van bestuur	3,00	242			4.606	194			4.800	2,97	2,97
57	secretariaat rvb	3,00	242			768	32			800	0,50	0,50
58	1e geneeskundigen	0,50	40									
59												

Instelling: A

1: Inzet per afdeling in rekenfte

afdeling		vast personeel					variabel personeel			totaal		
		Gemid. bezetting in fte's *	ziekteuren **	zwanger- schaps- uren	WAO- uren	gewerkte netto uren	gewerkte uren oproep- krachten ***	personeel niet in loon- dienst	overige inhuur	totaal netto uren	in standaard fte	rekenfte
92	archivaris	0,84	68			1.290	54			1.344	0,83	0,83
93	sector planning en control	4,53	366			6.954	293			7.247	4,48	4,48
94	sector administratie	14,42	1.165			22.138	932			23.070	14,28	14,28
95	sector automatisering en informatisering	7,07	571			10.854	457			11.311	7,00	7,00
96	administratie opmaat	3,37	272			5.174	218			5.391	3,34	3,34
97												
98	<i>dienst sociale en personeelszaken</i>											
99	management en algemeen	1,94	157			2.978	125			3.104	1,92	1,92
100	staf sociale en personeelzaken	3,62	292			5.557	234			5.791	3,58	3,58
101	sector personeelsadviseurs	7,60	614			11.668	491			12.159	7,52	7,52
102	opleiding verpleegkundigen	6,63	536			10.178	429			10.607	6,56	6,56
103	leerling verpleegkundigen VP	20,00	1.616			30.704	1.293			31.997	19,80	19,80
104	bibliotheek	1,15	93			1.765	74			1.840	1,14	1,14
105												
106	<i>dienst facilitaire zaken</i>											
107	management en algemeen	2,00	162			3.070	129			3.200	1,98	1,98
108	facilitair bureau	6,25	505			9.595	404			9.999	6,19	6,19
109	sector hotel algemeen	1,84	149			2.825	119			2.944	1,82	1,82
110	afdeling keuken	22,01	1.778			33.790	1.423			35.212	21,79	21,79
111	afdeling restauratieve voorzieningen	20,51	1.657			31.487	1.326			32.813	20,30	20,30
112	afdeling schoonmaak	34,25	2.767			52.581	2.214			54.795	33,91	33,91
113	sector interne service algemeen	1,00	81			1.535	65			1.600	0,99	0,99
114	huismeesters	15,56	1.257			23.888	1.006			24.894	15,40	15,40
115	distributiecentrum	8,00	646			12.282	517			12.799	7,92	7,92
116	drukkerij	2,00	162			3.070	129			3.200	1,98	1,98
117	receptie	17,70	1.430			27.173	1.144			28.317	17,52	17,52
118	linnen	1,66	134			2.548	107			2.656	1,64	1,64
119	algemeen onderhoud	7,17	579			11.007	463			11.471	7,10	7,10
120	inkoop	3,58	289			5.496	231			5.727	3,54	3,54
121												
122	Overig	2,55	206			3.915	165			4.080	2,52	2,52
123	OR											

-- DE CIJFERS UIT DIT VOORBEELD ZIJN FICTIEF --

Instelling: A

1: Inzet per afdeling in rekenfte

afdeling		vast personeel					variabel personeel			totaal		
		Gemid. bezetting in fte's *	ziekteuren **	zwanger- schaps- uren	WAO- uren	gewerkte netto uren	gewerkte uren oproep- krachten ***	personeel niet in loon- dienst	overige inhuur	totaal netto uren	in standaard fte	rekenfte
124	algemene cliëntenraad	0,40	32			614	26			640	0,40	0,40
125												
126	uitbestede functies ***											
127	opleiding B-verpleegkundigen								38.604	38.604	23,89	23,89
128	schoonmaakwerkzaamheden door derden											
129	waskosten door derden								6.356	6.356	3,93	3,93
130	receptiewerkzaamheden											
131	automatisch informatieverwerking											
132	laboratoriumwerkzaamheden								41.477	41.477	25,67	25,67
133	onderhoud ****											
134												
totaal		1150,91	92.994	2.000	2.400	1.771.277	74.395		86.438	1.932.110	1195,61	1195,61

* uren ziekte is in dit voorbeeld een vast percentage van 5%

** uren oproepkrachten in dit voorbeeld standaard 4%

*** uitbestedingen in dit voorbeeld tegen F 45.000 per fte; alleen berekend voor functies die doorgaans zowel door de instelling zelf vervuld worden als uitbesteed worden

**** voor onderhoud is uitgegaan van 50% materieel en 50% personeel

[illegible]

Instelling: A
2: Afsplitsing bijzondere functies

afdeling		rekenfte formulier 1	naar procesmodel	naar bijzondere functies	totaal
67	lunchroomproject	1,49	0,98	0,51	1,49
68	cliëntenbelangenbureau	1,12	0,73	0,38	1,12
69	preventie	5,84	3,84	2,00	5,84
70	medische dienst				
71	huisarts	0,50	0,33	0,17	0,50
72	ziekenhuishygiëniste	0,59	0,39	0,20	0,59
73	verpleegkundige	0,40	0,26	0,14	0,40
74	apothekersassistent	2,38	1,56	0,82	2,38
75	coördinerend apothekersassistent	0,59	0,39	0,20	0,59
76	tandarts-assistent	0,52	0,34	0,18	0,52
77	pedicure	0,38	0,25	0,13	0,38
78	fysiotherapeut	1,18	0,77	0,40	1,18
79	ergotherapeut	0,52	0,34	0,18	0,52
80	secretaressen	1,02	0,67	0,35	1,02
81	toezichthoudende apotheker	0,15	0,10	0,05	0,15
82	EEG-laborant	0,18	0,12	0,06	0,18
83	internist	0,05	0,03	0,02	0,05
84	neuroloog	0,04	0,03	0,01	0,04
85	tandarts	0,20	0,13	0,07	0,20
86	geestelijke verzorging	4,17	2,74	1,43	4,17
87	nachthoofden	4,05	2,66	1,39	4,05
88	secretariaat commissies	1,21	0,79	0,41	1,21
89					
90	<i>dienst financiën en informatievoorziening</i>				
91	management en algemeen	1,98	1,30	0,68	1,98
92	archivaris	0,83	0,55	0,29	0,83
93	sector planning en control	4,48	2,95	1,54	4,48
94	sector administratie	14,28	9,38	4,90	14,28
95	sector automatisering en informatisering	7,00	4,60	2,40	7,00
96	administratie opmaat	3,34	2,19	1,14	3,34
97					
98	<i>dienst sociale en personeelszaken</i>				
99	management en algemeen	1,92	1,26	0,66	1,92

% doorgeboekt	gebruikte sleutel
34%	verhouding fte's bij primair
34%	verhouding fte's bij primair
34%	verhouding fte's bij primair
34%	verhouding fte's bij primair
34%	verhouding fte's bij primair
34%	verhouding fte's bij primair
34%	verhouding fte's bij primair
34%	verhouding fte's bij primair
34%	verhouding fte's bij primair
34%	verhouding fte's bij primair
34%	verhouding fte's bij primair
34%	verhouding fte's bij primair
34%	verhouding fte's bij primair
34%	verhouding fte's bij primair
34%	verhouding fte's bij primair
34%	verhouding fte's bij primair
34%	verhouding fte's bij primair
34%	verhouding fte's bij primair
34%	verhouding fte's bij primair
34%	verhouding fte's bij primair
34%	verhouding fte's bij primair
34%	verhouding fte's bij primair
34%	verhouding fte's bij primair
34%	verhouding fte's bij primair
34%	verhouding fte's bij primair
34%	verhouding fte's bij primair

Instelling: A

2: Afsplitsing bijzondere functies

afdeling		rekenfte formulier 1	naar procesmodel	naar bijzondere functies	totaal
100	staf sociale en personeelzaken	3,58	2,35	1,23	3,58
101	sector personeelsadviseurs	7,52	4,94	2,58	7,52
102	opleiding verpleegkundigen	6,56	4,31	2,25	6,56
103	leerling verpleegkundigen VP	19,80	13,01	6,79	19,80
104	bibliotheek	1,14	0,75	0,39	1,14
105					
106	<i>dienst facilitaire zaken</i>				
107	management en algemeen	1,98	1,30	0,68	1,98
108	facilitair bureau	6,19	4,07	2,12	6,19
109	sector hotel algemeen	1,82	1,20	0,62	1,82
110	afdeling keuken	21,79	14,32	7,47	21,79
111	afdeling restauratieve voorzieningen	20,30	13,34	6,96	20,30
112	afdeling schoonmaak	33,91	22,28	11,63	33,91
113	sector interne service algemeen	0,99	0,65	0,34	0,99
114	huismeesters	15,40	10,12	5,28	15,40
115	distributiecentrum	7,92	5,20	2,72	7,92
116	drukkerij	1,98	1,30	0,68	1,98
117	receptie	17,52	11,51	6,01	17,52
118	linnen	1,64	1,08	0,56	1,64
119	algemeen onderhoud	7,10	4,66	2,43	7,10
120	inkoop	3,54	2,33	1,22	3,54
121					
122	<i>Overig</i>				
123	OR	2,52	1,66	0,87	2,52
124	algemene cliëntenraad	0,40	0,26	0,14	0,40
125					
126	uitbestede functies				
127	opleiding B-verpleegkundigen				
128	schoonmaakwerkzaamheden door derden	23,89	15,69	8,19	23,89
129	waskosten door derden				
130	receptiewerkzaamheden	3,93	2,58	1,35	3,93
131	automatisch informatieverwerking				
132	laboratoriumwerkzaamheden				

% doorgeboekt	gebruikte sleutel
34%	verhouding fte's bij primair
34%	verhouding fte's bij primair
34%	verhouding fte's bij primair
34%	verhouding fte's bij primair
34%	verhouding fte's bij primair
34%	verhouding fte's bij primair
34%	verhouding fte's bij primair
34%	verhouding fte's bij primair
34%	verhouding fte's bij primair
34%	verhouding fte's bij primair
34%	verhouding fte's bij primair
34%	verhouding fte's bij primair
34%	verhouding fte's bij primair
34%	verhouding fte's bij primair
34%	verhouding fte's bij primair
34%	verhouding fte's bij primair
34%	verhouding fte's bij primair
34%	verhouding fte's bij primair
34%	verhouding fte's bij primair
34%	verhouding fte's bij primair

Instelling: A

2: Afsplitsing bijzondere functies

afdeling		rekenfte formulier 1	naar procesmodel	naar bijzondere functies	totaal	% doorgeboekt	gebruikte sleutel
133	onderhoud	25,67	16,86	8,80	25,67	34%	verhouding fte's bij primair
134							
Totaal		1195,61	785,49	410,12	1195,61	34%	

Er is gebruik gemaakt van één type sleutel. 1

In werkelijkheid zullen meerdere typen sleutels nodig zijn en kunnen soms de werkelijke waarden worden overgenomen uit interne budgettering

Instelling: A
3: Toewijzing fte's naar processen

afdeling \ processen		fte's	primaire proces *															Ondersteunende processen																		
			klinische zorg			deeltijdzorg			ambulant			bijzondere zorgvormen						Zorgondersteuning				facilitaire afdelingen					beleid en beheersafdelingen									
			management	uitvoering	ondersteuning	management	uitvoering	ondersteuning	management	uitvoering	ondersteuning	prev + dienstverlening	case-man	P/T	RIBW-woonbeg.	opnamevoork. beha ndeling	dagopvang	bijzondere functies	somatische zorg	geestelijke verzorging	apotheek	cliëntenbelangen	fysioth/ergoth.	overig prim ond.	algemeen management	goed. logistiek	receptie	keuken en rest.	huis-houd.	Tchn. onderh. en geb. beheer	overig	directie & beleid	P&O	financ. en econ. zaken	overig	
1	circuit kinderen en jeugd		0,8		0,8	0,3		0,3	0,3		0,3																									
2	management en algemeen	2,7																																		
3	progr. 0- 7 jaar / Autisme & aanv. stoornissen	3,6	0,3	1,2	0,3	0,1	0,4	0,1	0,1	0,1	0,3	0,1	0,2	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0																		
4	progr. 0-12 jaar- multiprobleemgezinnen	3,1	0,2	1,0	0,2	0,1	0,3	0,1	0,1	0,1	0,3	0,1	0,2	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0																		
5	progr. 12 - 21 jaar / kindermish. en eetstoorniss	4,0	0,3	1,3	0,3	0,1	0,4	0,1	0,1	0,1	0,4	0,1	0,2	0,4	0,0	0,0	0,0	0,0																		
6	zorgenheid kinderen 0 - 12 jaar	8,6	0,6	2,9	0,6	0,2	1,0	0,2	0,2	0,2	1,0	0,2	0,4	0,9	0,1	0,1	0,1	0,1																		
7	zorgenheid jeugd 12 - 21 jaar	37,7	2,7	12,7	2,7	0,9	4,2	0,9	0,9	0,9	4,2	0,9	1,9	3,8	0,4	0,4	0,4	0,4																		
8																																				
9	circuit acute zorg		0,5		0,5	0,2		0,2	0,2		0,2																									
10	management en algemeen	1,7																																		
11	programmaliijn acute zorg	14,2	1,0	4,8	1,0	0,3	1,6	0,3	0,3	1,6	0,3	0,7	1,4	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1																		
12	zorglijn acute zorg	35,4	2,5	11,9	2,5	0,8	4,0	0,8	0,8	4,0	0,8	1,8	3,5	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4																		
13																																				
14	circuit behandeling		0,6		0,6	0,2		0,2	0,2		0,2																									
15	management en algemeen	2,0																																		
16	programma generalistisch	0,5	0,3			0,1			0,1																											
17	programma methodisch/innovatief	0,5	0,3			0,1			0,1																											
18	regionaal centrum 1	44,0	3,2	14,8	3,2	1,1	4,9	1,1	1,1	4,9	1,1	2,2	4,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4																		
19	regionaal centrum 2	30,2	2,2	10,2	2,2	0,7	3,4	0,7	0,7	3,4	0,7	1,5	3,0	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3																		
20	zorgenheid specialistische psychotherapie	38,1	2,7	12,8	2,7	0,9	4,3	0,9	0,9	4,3	0,9	1,9	3,8	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4																		
21	zorgenheid centraal specialistische zorg	43,5	3,1	14,6	3,1	1,0	4,9	1,0	1,0	4,9	1,0	2,2	4,3	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4																		
22	KIB																																			
23																																				
24	circuit complexe en langdurige hulpvragen		1,0		1,0	0,3		0,3	0,3		0,3																									
25	management en algemeen	3,5				0,3			0,3																											
26	programma complexe / langdurige hulpvragen	1,6	1,0																																	
27	casemanagement I	20,0	1,4	6,7	1,4	0,5	2,2	0,5	0,5	2,2	0,5	1,0	2,0	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2																		
28	casemanagement II	24,2	1,7	8,1	1,7	0,6	2,7	0,6	0,6	2,7	0,6	1,2	2,4	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2																		
29	zorgenheid dagbesteding en arbeid	18,5	1,3	6,2	1,3	0,4	2,1	0,4	0,4	2,1	0,4	0,9	1,9	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2																		
30	zorgenheid wonen	51,0	3,7	17,1	3,7	1,2	5,7	1,2	1,2	5,7	1,2	2,6	5,1	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5																		
31	zorgenheid crisisinterventie en behandeling	37,1	2,7	12,5	2,7	0,9	4,2	0,9	0,9	4,2	0,9	1,9	3,7	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4																		
32	zorgenheid rehabilitatie en training	7,4	0,5	2,5	0,5	0,2	0,8	0,2	0,2	0,8	0,2	0,4	0,7	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1																		
33																																				
34	circuit voor ouderen		0,9		0,9	0,3		0,3	0,3		0,3																									
35	management en algemeen	3,0																																		
36	programma organische psychiatrie	2,0	0,6	1,0		0,2			0,2																											
37	programma psychiatische & psychosoc. probl	1,0	0,6			0,2			0,2																											
38	zorgenheid behandeling management	1,6	0,5		0,5	0,2		0,2	0,2		0,2																									
39	zorgenheid behandeling lokatie A	22,1						2,2	17,7	2,2																										

Instelling: A
3: Toewijzing fte's naar processen

afdeling processen fte's			primaire proces *													Ondersteunende processen															beleid en beheersafdelingen						
			klinische zorg			deeltijdzorg			ambulant			bijzondere zorgvormen							Zorgondersteuning					facilitaire afdelingen							beleid en beheersafdelingen						
			management	uitvoering	ondersteuning	management	uitvoering	ondersteuning	management	uitvoering	ondersteuning	prev + dienstverlening	case-man	PIT	RIBW-woonbeg.	opnamevoork.beha	ndeling	dagopvang	bijzondere functies	somatische zorg	geestelijke verzorging	apotheek	cliëntenbelangen	fysioth/ergoth.	overig prim ond.	algemeen management	goed. logistiek	receptie	keuken en rest.	huis-houd.	Tchn. onderh. en geb. beheer	overig	directie & beleid	P&O	financ. en econ. zaken	overig	
40	zorgzaamheid behandeling lokatie B	20,5	12,3	2,1		4,1	2,1																														
41	zorgzaamheid organische psychiatrie	35,5	1,0	15,0	3,0	1,0	5,0	2,0	1,0	5,5	2,0																										
42	zorgzaamheid rehabilitatie management	1,9	0,6		0,6	0,2		0,2	0,2		0,2																										
43	zorgzaamheid rehabilitatie lokatie C	36,0	2,6	12,1	2,6	0,9	4,0	0,9	0,9	4,0	0,9	1,8	3,6	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4																		
44	zorgzaamheid rehabilitatie lokatie D	15,4	1,1	5,2	1,1	0,4	1,7	0,4	0,4	1,7	0,4	0,8	1,5	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2																		
45	dagopvang lokatie E	1,7																1,7																			
46																																					
47	forensisch psychiatrisch circuit																																				
48	management en algemeen																																				
49	zorgzaamheid A/klinisch milieu chron. psychotisch																																				
50	zorgzaamheid B pers. stoornissen en adolesc.																																				
51	zorgzaamheid C/acute, diagn. & verslavingszorg																																				
52	zorgzaamheid D																																				
53	zorgzaamheid E																																				
54																																					
55	raad van bestuur																																				
56	raad van bestuur	2,0																																			
57	secretariaat rvb	2,0																																			
58	le geneeskundigen	0,3																																			
59																																					
60	specialistische opleidingen																																				
61	A-opleiding	3,3	1,0			0,3			0,3																												
62	opleiding sociale psychiatrie	1,8	0,5			0,2			0,2																												
63	opleiding psychologie en psychotherapie	3,6	1,1			0,4			0,4																												
64																																					
65	dienst zorgondersteunende functies																																				
66	bureau zorgontwikkeling	3,5																	1,0																		
67	lunchroomproject	1,0																																			
68	cliëntenbelangenbureau	0,7																																			
69	preventie	3,8										3,8																									
70	medische dienst																			0,3																	
71	huisarts	0,3																							0,4												
72	ziekenhuishygiëniste	0,4																							0,3												
73	verpleegkundige	0,3																																			
74	apothekersassistent	1,6																																			
75	coördinerend apothekersassistent	0,4																																			
76	tandarts-assistent	0,3																							0,2												
77	pedicure	0,2																																			
78	fysiotherapeut	0,8																							0,8												

Instelling: A
3: Toewijzing fte's naar processen

afdeling processen		fte's	primaire proces *													Ondersteunende processen													beleid en beheersafdelingen								
			klinische zorg			deeltijdzorg			ambulant			bijzondere zorgvormen				Zorgondersteuning					facilitaire afdelingen							beleid en beheersafdelingen									
			management	uitvoering	ondersteuning	management	uitvoering	ondersteuning	management	uitvoering	ondersteuning	prev + dienstverlening	case-man	P/T	RIBW-woonbeg.	opnamevoork. beha	ndeling	dagopvang	bijzondere functies	somatische zorg	geestelijke verzorging	apotheek	cliëntenbelangen	fysioth/ergoth.	overig prim ond.	algemeen management	goed. logistiek	receptie	keuken en rest.	huis-houd.	Tchn. onderh. en geb. beheer	overig	directie & beleid	P&O	financ. en econ. zaken	overig	
79	ergotherapeut	0,3																						0,3													
80	secretaresses	0,7																			0,1				0,7												
81	toezichthoudende apotheker	0,1																						0,1													
82	EEG-laborant	0,1																		0,0																	
83	internist	0,0																		0,0																	
84	neuroloog	0,0																		0,1																	
85	tandarts	0,1																		2,7																	
86	geestelijke verzorging	2,7	2,7																						0,8												
87	nachthoofden	2,7																																			
88	secretariaat commissies	0,8																																			
89																																					
90	dienst financiën en informatievoorziening																																			1,3	
91	management en algemeen	1,3																																		0,5	
92	archivaris	0,5																																		2,9	
93	sector planning en control	2,9																																		9,4	
94	sector administratie	9,4																																		4,6	
95	sector automatisering en informatisering	4,6																																		2,2	
96	administratie opmaat	2,2																																			
97																																					
98	dienst sociale en personeelszaken																																			1,3	
99	management en algemeen	1,3																																		2,4	
100	staf sociale en personeelszaken	2,4																																		4,9	
101	sector personeelsadviseurs	4,9																																		4,3	
102	opleiding verpleegkundigen	4,3																																			
103	leerling verpleegkundigen VP	13,0																							0,7											13,0	
104	bibliotheek	0,7																																			
105																																					
106	dienst facilitaire zaken																									1,3											
107	management en algemeen	1,3																							4,1												
108	facilitair bureau	4,1																																			
109	sector hotel algemeen	1,2																																			
110	afdeling keuken	14,3																																			
111	afdeling restauratieve voorzieningen	13,3																																			
112	afdeling schoonmaak	22,3																																			
113	sector interne service algemeen	0,7																																			
114	huismeesters	10,1																																			
115	distributiecentrum	5,2																																			
116	drukkerij	1,3																																			
117	receptie	11,5																																			

Instelling: A

3: Toewijzing fte's naar processen

afdeling \ processen		fte's	primaire proces *														Ondersteunende processen																								
			klinische zorg			deeltijdzorg			ambulant			bijzondere zorgvormen					Zorgondersteuning					facilitaire afdelingen						beleid en beheersafdelingen													
			management	uitvoering	ondersteuning	management	uitvoering	ondersteuning	management	uitvoering	ondersteuning	prev + dienstverlening	case-man	PIT	RIBW-woonbeg.	opnamevoork. behandel.	dagopvang	bijzondere functies	somatische zorg	geestelijke verzorging	apotheek	cliëntenbelangen	fysiothergoth.	overig prim ond.	algemeen management	goed. logistiek	receptie	keuken en rest.	huis-houd.	Tchn. onderh. en geb. beheer	overig	directie & beleid	P&O	financ. en econ. zaken	overig						
118	linnen	1,1																								1,1															
119	algemeen onderhoud	4,7																												4,7											
120	inkoop	2,3																								2,3															
121																																									
122	Overig																																		1,7						
123	OR	1,7																																	0,3						
124	algemene cliëntenraad	0,3																																							
125																																									
126	uitbestede functies																																								
127	opleiding B-verpleegkundigen																													15,7											
128	schoonmaakwerkzaamheden door derden	15,7																																							
129	waskosten door derden																											2,6													
130	receptiewerkzaamheden	2,6																																							
131	automatisch informatieverwerking																																								
132	laboratoriumwerkzaamheden																														16,9										
133	onderhoud	16,9																																							
134																																									
Totaal		785,5	42,6	192	43,9	14,9	62,8	17,0	17,1	76,9	17,2	27,4	47,2	4,7	4,7	4,7	6,4	5,7	0,9	2,7	2,0		1,1	3,2	5,4	9,3	11,5	31,4	43,0	26,6	1,3	8,5	12,9	21,0	19,2						
			278,7			94,7			111,2			100,9					10,0					128,5					61,5														
			585,5																			200,0																			

* Van enkele zorgafdelingen is bekend bij welke processen geboekt dienen te worden. De waarden waren evenwel in de gegeven periode niet te bepalen. Om geen schijn van juiste toerekening te wekken is uitgegaan van een standaardverdeling van de zorgafdelingen over de primaire processen.

Instelling A
4: financieel

Resultatenrekening	Gerealiseerd 1997 *	kostenverschuiving i.v.m. uitbesteding **	subtotaal	afrek voor bijzondere functies ***	totaal
Lasten					
Salaris; vergoeding niet in loondienst arbeid	65.000.000	2.625.000	67.625.000	21.640.000	45.985.000
Sociale kosten en andere personeelskosten	26.500.000	1.125.000	27.625.000	8.840.000	18.785.000
Kosten van voeding	2.500.000		2.500.000	800.000	1.700.000
Andere hotelmatige kosten	3.000.000	-1.250.000	1.750.000	560.000	1.190.000
Algemene kosten	6.000.000		6.000.000	1.920.000	4.080.000
Patiëntgebonden kosten	2.000.000		2.000.000	640.000	1.360.000
Terrein en gebouwgebonden kosten	3.500.000	-2.500.000	1.000.000	320.000	680.000
Afschrijving, huur en leasing, interest	16.000.000		16.000.000	5.120.000	10.880.000
Overige lasten minus baten					
totaal	124.500.000		124.500.000	39.840.000	84.660.000
Baten					
Wettelijk budget aanvaardbare kosten	121.000.000	121.000.000	121.000.000	33.600.000	87.400.000
Zorgvernieuwing					
Overige bijdragen					
totaal	121.000.000	121.000.000	121.000.000	33.600.000	87.400.000

Budgetten	volgens staat	correctie	totaal
budget RIAGG	16.000.000		16.000.000
budget APZ	105.000.000	33.600.000	71.400.000
budget RIBW			
totaal budget	121.000.000	33.600.000	87.400.000

* Exclusief kassiersfunctie

** In deze kolom worden de kosten die verbonden zijn aan uitbesteding conform de toedeling in formulier 1 geboekt als personeelskosten en afgeboekt bij de materiële kosten.

*** Dit betreft de KIB en de forensische psychiatrie. In dit voorbeeld is een standaardregel toegepast (34%) conform de personele verdeling uit formulier 2.

Instelling: A
5: Produktie

	totaal gerealiseerd	weegfactor *	gewogen verpleegdagen
klinische produktie			
<i>algemeen</i>			
aantal erkende bedden	700		
gemiddelde verpleegduur	6,50		
<i>klanten</i>			
aantal eerste opnamen	500		
aantal klanten begin jaar *	500		
totaal aantal klanten behandeld	1.000		
<i>verpleegdagen naar type bekostigingscategorie</i>			
1: klinische kortdurende zorg met beperkte begeleiding	5.500	2,29	12.569
3: klinische kortdurende zorg met volledige begeleiding	38.000	3,27	
3: klinische kortdurende zorg met intensieve begeleiding/bescherming	20.000	5,16	103.134
4: herstellingsoord functie		1,04	
5: structuur biedend met beperkte begeleiding	13.000	1,00	13.000
6: structuur biedend met volledig begeleiding	45.000	2,71	121.956
7: veranderingsgericht met beperkte begeleiding	16.000	1,62	25.954
8: veranderingsgericht met volledig begeleiding	20.000	3,00	60.040
9: crisisbehandeling met intensieve begeleiding/bescherming	8.000	4,28	34.222
totaal verpleegdagen resp. gewogen verpleegdagen	165.500		358.305

* op basis van loonkosten COTG-beschikking, waarbij laagste vergoeding als uitgangspunt (1) is opgenomen

Instelling: A
5: Produktie

	totaal gerealiseerd	weegfactor	gewogen deeltijd behandelingen
deeltijd produktie			
<i>algemeen</i>			
aantal erkende plaatsen	58		
aantal plaatsen beschikbaar	70		
aantal behandelingen per patiënt	25		
<i>klanten</i>			
aantal nieuwe cliënten op jaarbasis	450		
aantal klanten begin jaar	225		
totaal aantal klanten behandeld	675		
<i>deeltijdbehandelingen naar type bekostigingscategorie</i>			
1: structurerende deeltijdbehandeling	200	4,38	876
2: structurerende deeltijdbehandeling met beperkte begeleiding	4.000	6,40	25.589
3: psychotherapeutische deeltijdbehandeling		5,40	
4: psychotherapeutische deeltijdbehandeling met beperkte begeleiding	5.500	7,65	42.075
5: stabilisatie	2.000	1,00	2.000
6: rehabilitatie	5.000	2,75	13.732
totaal deeltijdbehandelingen	16.700		84.272

* op basis van loonkosten COTG-beschikking, waarbij laagste vergoeding als uitgangspunt (1) is opgenomen

Instelling: A
5: Productie

	totaal gerealiseerd
ambulante productie	
<i>klanten</i>	
Aantal nieuwe cliënten op jaarbasis **	3.059
aantal klanten begin jaar *	6.000
totaal aantal klanten behandeld	9.059
<i>productie algemeen</i>	
Aantal vertrekte contacten	77.058
Aantal ontvangen contacten	90.656
<i>zittingen **</i>	
intakecontacten	10.733
onderzoek	108
psychotherapie	9.095
psychotherapie groep	4.231
behandelings/begeleiding	40.731
behandeling / begeleiding groep	7.149
crisisinterventie	3.500
totaal zittingen	75.547

* op basis van loonkosten COTG-beschikking, waarbij laagste vergoeding als uitgangspunt (1) is opgenomen

** voor deze gegevens is de NIS-registratie benodigd

Instelling: A
5: Productie

productie algemeen	
<i>algemene kenmerken</i>	
aantal personeelsleden (op basis van part-timefactor totale organisatie)	980
aantal M2 vloeroppervlakte	20.000
aantal maaltijddagen	292.000
<i>productie bijzondere zorgvormen</i>	
uren preventie	18.000
klanten case-management	1.250
klanten PIT	100
klanten RIBW-woonbeg.	100
klanten OPnamevoork. behandeling	100
klanten dagopvang	100
klanten bijzondere functies	100

Instelling: A
6: kengetallen

Hoofdkengetallen	APZ			RIBW			RIAGG			APZ + RIAGG		
	A	B	BP	A	B	BP	A	B	BP	A	B	BP
Aantal fte's per f1.000.000 budget										8,99		9,00
Beschikbaarheid										95%		98%
Span of control ondersteunende processen										2,93		3,75
Aandeel hulpverlening binnen primair										74%		80%
Aantal gewogen verpleegdagen per fte klinisch uitvoerend										1.865		2.800
Aantal behandelde klinische patiënten per fte klinisch uitvoerend										5,20		5,60
Aantal gewogen deeltijdbeh. per fte deeltijdbehandelaars uitvoerend										1.341		1.400
Aantal behandelde deeltijdpatiënten per fte deeltijdbeh. uitvoerend										11		11
Aantal zittingen per fte ambulant uitvoerend										982		1.100
Aantal ambulante patiënten per fte ambulant uitvoerend										118		156

Instelling: A
6: kengetallen

	APZ			RIBW			RIAGG			APZ + RIAGG		
	A	B	BP	A	B	BP	A	B	BP	A	B	BP
<i>Kosten per fte</i>												
Personeelskosten per fte (bruto)										79.502		
Personeelskosten per fte (netto)										92.279		
Kosten voor voeding (netto)										2.164		
Schoonmaakkosten (netto)										1.515		
Hotelmatige kosten (netto)										5.194		
Patiëntgebonden kosten (netto)										1.731		
Terrein en gebouwgebonden kosten (netto)										866		
Afschrijving hur leasing interst (netto)										13.851		
Overige lasten minus baten (netto)												
Totale kosten per fte (netto)										107.779		

	APZ			RIBW			RIAGG			APZ + RIAGG		
	A	B	BP	A	B	BP	A	B	BP	A	B	BP
<i>Kengetallen beschikbaarheid personeel</i>												
<i>Personeel algemeen</i>												
Aantal personeelsleden										980		
Omvang in fte (netto)										785		
Parttime-factor										1,25		
Aandeel variabele inzet vast personeel										9,1%		
<i>Ziekte personeel</i>												
Ziekteverzuimpercentage (excl. zwangerschap & WAO)										5,0%		
Ziekteverzuimpercentage (incl. WAO excl. zwangerschap)										5,1%		
Ziekteverzuimpercentage (incl. zwangerschap excl. WAO)										5,1%		
Ziekteverzuimpercentage (incl. zwangerschap & WAO)										5,2%		

Instelling: A
6: kengetallen

	APZ			RIBW			RIAGG			APZ + RIAGG		
	A	B	BP	A	B	BP	A	B	BP	A	B	BP
<i>Kengetallen inzet (overhead) personeel naar type</i>												
<i>Aandelen per 100 fte totaal</i>												
Aandeel leidinggevend per 100 fte *										15%		
Aandeel uitvoerenden per 100 fte										80%		
Aandeel ondersteuning per 100 fte										15%		
Aandeel hulpverleners **										56%		
Aandeel niet-hulpverleners										44%		
<i>Omvang zorgondersteuning</i>												
Somatische zorg per 100 fte primair (fte)										0,11		
Geestelijke verzorging per 100 fte primair (fte)										0,35		
Apotheek per 100 fte primair										0,26		
Clëntenbelangen per 100 fte primair												
Fysiotherapie/ergotherapie per 100 fte primair										0,14		
Overig primair ondersteunend per 100 fte primair										0,41		
Totaal zorgondersteuning per 100 fte primair										1,27		
<i>Omvang facilitaire afdelingen</i>												
Algemeen management per 100 fte primair										0,68		
Goederenlogistiek per 100 fte primair										1,18		
Receptie per 100 fte primair										1,47		
Keuken en rest per 100 fte primair										4,00		
Huishouding per 100 fte primair										5,48		
Techniek per 100 fte primair										3,38		
Overig per 100 fte primair										0,17		
Totaal per 100 fte primair										16,36		
<i>Omvang overhead beleid en beheer</i>												
Algemene leiding per 100 fte Primair (fte)										1,08		
Personeel en organisatie RIAGG per 100 fte Primair (fte)										1,64		
Financieel en economische zaken RIAGG per 100 fte Primair (fte)										2,67		
Overig RIAGG per 100 fte Primair (fte)										2,45		
Totaal beleid en beheer										7,83		
<i>Productiviteitskengetallen overhead ***</i>												
Aantal personeelsleden per fte uitvoering P&O										76		
Aantal maaltijden per fte keuken										9.289		
Aantal m2 per fte schoonmaak										465		

* Hiervoor moet ook in de ondersteunende processen de leiding, uitvoering en ondersteuning gesplitst worden in subniveau's van procesmodel

** Aanvullende vastlegging van hulpverleners binnen overige zorg processen nodig in subniveau's van procesmodel

*** Betreft enkele voorbeelden; nader uit te breiden

Instelling: A
6: kengetallen

	APZ			RIBW			RIAGG			APZ + RIAGG		
	A	B	BP	A	B	BP	A	B	BP	A	B	BP
<i>Kengetallen inzet personeel primaire processen</i>												
<i>Aandelen personeel per 100 fte primair</i>										15%		
Aandeel leiding binnen primair										70%		
Aandeel hulpverleners binnen primair										15%		
Aandeel ondersteuning binnen primair												
<i>Aandelen personeel per 100 fte primair</i>										35%		
Aandeel klinisch binnen primair										12%		
Aandeel deeltijdbehandeling binnen primair										14%		
Aandeel ambulant binnen primair										3%		
Aandeel preventie en dienstverlening binnen primair										6%		
Aandeel casemanagement binnen primair										1%		
Aandeel PIT binnen primair										1%		
Aandeel RIBW-woonbegeleiding binnen primair										1%		
Aandeelopnamevoorkomende behandeling binnen primair										1%		
Aandeel dagopvang binnen primair										1%		
Aandeel bijzondere functies binnen primair												
<i>Productiviteit niet-hulpverleners klin/dagbeh/amb</i>										4,67		
Span of control leiding binnen klin/dagbeh/amb										4,67		
Span of support binnen klin/dagbeh/amb												

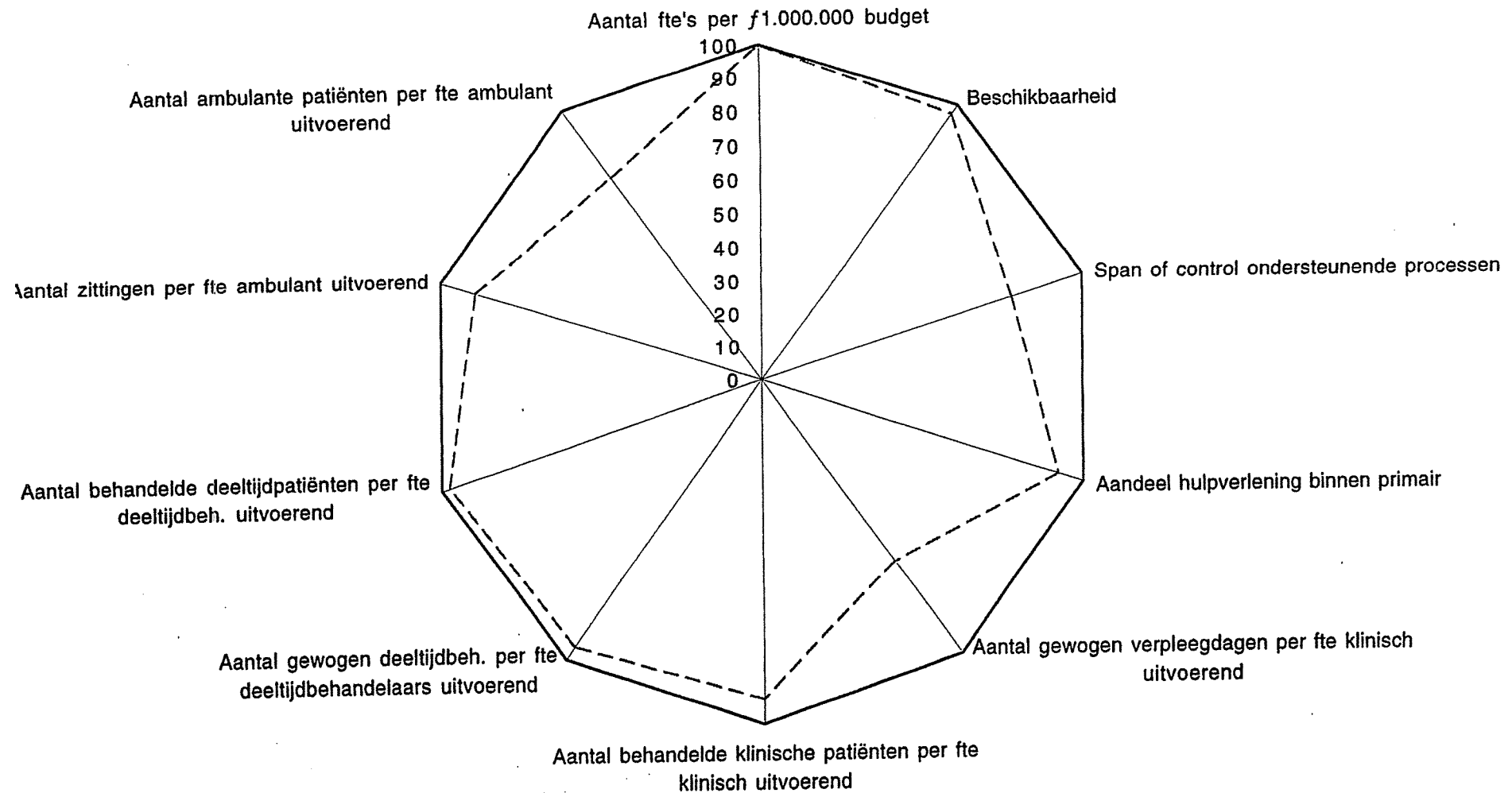
Instelling: A
6: kengetallen

Kengetallen productiviteit hulpverleners	APZ			RIBW			RIAGG			APZ + RIAGG		
	A	B	BP	A	B	BP	A	B	BP	A	B	BP
<i>Productiviteit per fte Klinisch</i>												
Directe tijd per fte klinisch												
Directe tijd per fte hulpverlening klinisch												
Aantal gewogen verpleegdagen per fte klinisch										1.286		
Aantal gewogen verpleegdagen per fte hulpverlening klinisch										1.865		
Aantal behandelde klanten per fte klinisch										3,59		
Aantal behandelde klanten per fte hulpverlening klinisch										5,20		
<i>Productiviteit per fte deeltijdbehandeling</i>												
Directe tijd per fte deeltijdbehandeling												
Directe tijd per fte hulpverlening deeltijdbehandeling												
Aantal gewogen dagbehandelingen per fte deeltijdbehandeling										758		
Aantal gewogen dagbeh. per fte hulpverlening deeltijdbehandeling										5.703		
Aantal behandelde klanten per fte deeltijdbehandeling										7,13		
Aantal behandelde klanten per fte hulpverlening deeltijdbeh.										10,74		
<i>Productiviteit per fte Ambulant</i>												
Directe tijd per fte Ambulant												
Directe tijd per fte hulpverlening Ambulant												
Aantal zittingen per fte Ambulant										680		
Aantal zittingen per fte hulpverlening Ambulant										982		
Aantal behandelde klanten per fte Ambulant										81,50		
Aantal behandelde klanten per fte hulpverlening Ambulant										117,78		
<i>Productiviteit per fte hulpverlening overig</i>												
uren preventie per fte hulpverlener preventie en dienstverlening										656		
behandelde klanten per fte hulpverlener casemanagement										26		
behandelde klanten per fte hulpverlener PIT										21		
behandelde klanten per fte hulpverlener RIBW-woonbegeleiding										21		
behandelde klanten per fte hulpverlener opnamevoork behandeling										21		
behandelde klanten per fte hulpverlener dagopvang										16		
behandelde klanten per fte hulpverlener bijzondere functies										18		
<i>Face-to-face tijd organisatie</i>												
Aandeel directe tijd Instelling totaal												
Aandeel directe tijd per fte primair												
Aandeel directe tijd hulpverleners primair												

Instelling: A
6: kengetallen

	APZ			RIBW			RIAGG			APZ + RIAGG		
	A	B	BP	A	B	BP	A	B	BP	A	B	BP
<i>Kengetallen distributie</i>												
<i>Distributiekengetallen klinisch</i>												
Gemiddelde verpleegduur in maanden										6,50		
aandeel klinisch kortdurende zorg met beperkte begeleiding										3%		
aandeel klinische kortdurende zorg met volledige begeleiding										23%		
aandeel klinische kortdurende zorg met intensieve beg/bescherm.										12%		
aandeel herstellingsoord functie										8%		
aandeel structuur biedend met beperkte begeleiding										27%		
aandeel structuur biedend met volledig begeleiding										10%		
aandeel veranderingsgericht met beperkte begeleiding										12%		
aandeel veranderingsgericht met volledig begeleiding										5%		
aandeel crisisbehandeling met intensieve begeleiding/bescherming												
<i>Distributiekengetallen klinisch</i>												
aantal behandelingen per plaats										239		
Aantal behandelingen per patiënt										25		
aandeel structurerende deeltijdbehandeling										1%		
aandeel structurerende deeltijdbeh. met beperkte begeleiding										24%		
aandeel psychotherapeutische deeltijdbehandeling										33%		
aandeel psychotherapeutische deeltijdbeh. met beperkte begeleiding										12%		
aandeel stabilisatie										30%		
aandeel rehabilitatie												
<i>Distributiekengetallen ambulant</i>												
Aantal zittingen per behandelde klant ambulant										8,34		
Aantal ontvangen contacten per zitting ambulant										10,01		
Aantal verstrekte contacten per zitting ambulant										8,51		
Gemiddelde contactduur per zitting ambulant (uren)												
Aantal uren hulpverlening per behandelde klant ambulant												
<i>Aandelen hulpverleningstypen ambulant</i>												
Aandeel zittingen intake ambulant										14%		
Aandeel zittingen onderzoek ambulant										0%		
Aandeel zittingen psychotherapie ambulant										12%		
Aandeel zittingen psychotherapie groep ambulant										6%		
Aandeel behandeling/begeleiding ambulant										54%		
Aandeel behandeling/begeleiding groep ambulant										9%		
Aandeel zittingen crisisinterventie ambulant										5%		

Instelling: A
7: WEB



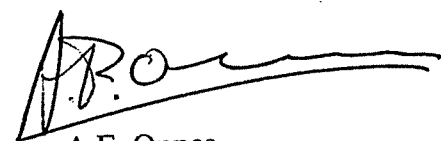
-- DE CIFIERS UIT DIT VOORBEELD ZIJN FICTIEF --

Vervolgrapportage Benchmarkonderzoek
Geestelijke Gezondheidszorg

Rapport uitgebracht aan:

Werkgroep Interdepartementaal Beleidsonderzoek 1997
p/a de heer drs. P. Boone
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Postbus 20350
2500 EJ Den Haag

Bakkenist Management Consultants


drs. A.F. Onnes
directeur

Samenstellers:

drs. J.J.H. de Hartog
senior adviseur

drs. J.Th. van Iperen
senior adviseur

drs. M.A.H. Knaven
senior adviseur

29 oktober 1998
05887/5507.00



INHOUDSOPGAVE

Blz.

1. INLEIDING

1

1.1 Inleiding

1

1.2 Resultaat GGZ-benchmarkactie

1

1.3 Invulling vervolgfase

2

1.4 Verloop vervolg

3

2. UITKOMSTEN PRAKTIJKTOETS

4

2.1 Benchmarking RIBW/langdurig wonen

4

2.2 Benchmarking ambulante GGZ

11

2.3 Benchmarking facilitaire en beleid/beheersprocessen

14

3 DOELMATIGHEID EN BENCHMARKING IN DE GGZ

19

3.1 Inleiding

19

3.2 Verkenning GGZ

20

3.3 Modellen

21

3.4 Conclusie en aanbevelingen

25

1. INLEIDING

1.1 Inleiding

Gedurende de eerste helft van 1998 is door Bakkenist Management Consultants onderzoek gedaan naar de haalbaarheid van een benchmarkmodel voor de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ). Dit onderzoek is uitgevoerd als onderdeel van het Interdepartementale Beleidsonderzoek 1997, met als thema toepassing van benchmarking in de AWBZ, in opdracht van de Werkgroep IBO. De eerste bevindingen van het deelonderzoek naar de GGZ zijn neergelegd in de rapportage 'Benchmarkonderzoek Geestelijke Gezondheidszorg' van 15 juni 1998.

Een praktijktoets van het opgeleverde benchmarkmodel zou onderdeel van dit onderzoek uitmaken. Door diverse omstandigheden was per 15 juni 1998 –evenals voor de andere sectoren– nog onvoldoende invulling gegeven aan deze praktijktoets. De werkgroep IBO heeft derhalve besloten om haar rapportage tot 1 oktober op te schorten. Aan Bakkenist Management Consultants is de vraag gesteld welke mogelijkheden er voorhanden zijn om in de periode tot 1 oktober alsnog een verdere praktijktoets voor de GGZ uit te voeren.

1.2 Resultaat GGZ-benchmarkactie

Invulling van de praktijktoets kan niet los gezien worden van onze conclusies bij de ontwikkeling van het model en de eerste beoordeling van de toepasbaarheid daarvan in de instellingen van de GGZ. In genoemde rapportage is geconcludeerd dat de GGZ zich, gezien de ontwikkelingen in de zorgorganisatie en gegevensvastlegging, niet eenvoudig laat vangen in het ontwikkelde procesmodel. Met name in die situaties waarin klinische zorg, deeltijdbehandeling en ambulante zorg rond doelgroepen zijn georganiseerd (circuits, MFE's) en waar veel nieuwe zorgvormen worden ontwikkeld (PIT, casemanagement) doen zich toewijzingsproblemen van formatie naar 'processen/producten' voor. Ook de afbakening van bijzondere zorgvormen (bijvoorbeeld forensische psychiatrie) en de vaststelling van de geleverde productie kunnen in bepaalde gevallen problematisch zijn. Geschetste problemen nemen gezien de ontwikkelingen in de sector toe.

In de rapportage is geconcludeerd dat de ontwikkelde methodiek direct of na enige aanpassingen beschikbaar te maken is voor specifieke onderdelen van de GGZ. Met name is daarbij verwezen naar zelfstandige RIAGG's, RIBW'en en langdurige woonvoorzieningen door apz'en. Voor de ontwikkeling van een toekomstgericht benchmarkmodel die toegepast kan worden in de volle breedte van de GGZ, is voorgesteld een ontwikkeltraject uit te zetten.

1.3 Invulling vervolgfase

Met inachtneming van bovenstaande constatering uit het onderzoek zijn met de IBO-werkgroep de volgende ontwikkelingssporen voor het vervolgtraject tot 1 oktober vastgesteld:

1. Voor de instellingen en deelprocessen waarvoor wij denken dat het huidige benchmarkmodel en kengetallen toepasbaar zijn, zal een nadere praktijktoets worden uitgevoerd. Daarbij zal speciale aandacht worden besteed aan de beschikbaarheid van gegevens in bestaande registraties.
2. Verdere ontwikkeling van ideeën met betrekking tot de inrichting van een benchmarksysteem voor de primaire processen en de daarvoor benodigde gegevens en registraties.

Voor het eerste spoor hebben wij de volgende activiteiten uitgevoerd:

- a. Toepassing van het GGZ-benchmarkmodel bij 2 RIBW'en.
- b. Vertaling van de gegevens van het RIAGG-onderzoek naar het GGZ-model.
- c. Toetsing van het benchmarkmodel voor de faciliterende en beheersmatige processen.

Het tweede spoor heeft zich gericht op het samen met enkele prominente instellingen uit de GGZ verder ontwikkelen van ideeën over een GGZ-benchmarkmodel voor de primaire processen, dat inspeelt op lopende trends in de GGZ. Insteek daarbij was de wijze waarop het management van een GGZ-instelling sturing wil (gaan) geven aan haar eigen primaire bedrijfsprocessen.

Het idee is dat vanuit dit perspectief ook ideeën onttrokken kunnen worden voor benchmarking. In het kader van dit tweede spoor zijn door ons twee werkconferenties georganiseerd met topmanagers uit vier instellingen.

1.4 Verloop vervolg

In overleg met de voorzitter van de subwerkgroep IBO-GGZ, die het eerdere onderzoek heeft begeleid, is ervoor gekozen de subwerkgroep niet actief bij het vervolgtraject te betrekken. Enerzijds had dit te maken met het technische karakter van deze fase, anderzijds met praktische zaken als vakanties en doorlooptijd. Wel is GGZ-Nederland informeel door ons op de hoogte gehouden van de stappen in dit vervolgtraject.

In deze rapportage worden in hoofdstuk 2 de uitkomsten gepresenteerd van de toepassing van het GGZ-benchmarkmodel bij RIBW-en, de vertaling van eerder benchmarkonderzoek van Bakkenist voor RIAGG's naar het GGZ-model en toetsing van het model voor de faciliterende en beheersmatige processen. Hoofdstuk 3 bevat een beschouwing inzake benchmarking van de primaire processen in de GGZ. De input daarvoor komt met name uit de workshops die wij in dit verband hebben gehouden.

2. UITKOMSTEN PRAKTIJKTOETS

2.1 Benchmarking RIBW/langdurig wonen

2.1.1 Inleiding

In deze paragraaf rapporteren we over de toepassingsmogelijkheid van het GGZ-benchmarkmodel op Regionale Instellingen voor Beschermd Woonvormen (RIBW-en) en langdurige woonfuncties verzorgd door andere GGZ-instellingen. Omdat de toepassingsmogelijkheid ons inziens alleen afdoende kan worden beoordeeld door daadwerkelijk gegevens te verzamelen, hebben we binnen twee organisaties een traject uitgevoerd om de benodigde gegevens te verkrijgen en toe te wijzen binnen ons procesmodel.

We hebben dit uitgevoerd bij een instelling die het beheer voert over drie RIBW-en, en bij één zelfstandige RIBW.

Op het moment van schrijven van dit hoofdstuk hadden we het gevraagde materiaal in hoofdlijn ontvangen, en hebben we de beoordeling kunnen uitvoeren. De gevraagde gegevens hadden echter nog niet de benodigde volledigheid om op dit moment ook de feitelijke cijfers in het model te kunnen presenteren.

2.1.2 Zorgaanbod

Het zorgaanbod van de genoemde RIBW-en omvat in hoofdzaak en van oorsprong Beschermd Wonen. Bij Beschermd Wonen wordt door middel van een woonfunctie en een begeleidingsfunctie zorg verleend aan cliënten met een psychiatrische problematiek, die met meerdere mensen in een beschermende woonvorm wonen. Meestal is dit een langdurig verblijf.

Naast Beschermd Wonen verlenen de RIBW-organisaties ook andere vormen van zorg. Binnen die overige zorgvormen is de (ambulante) Woonbegeleiding in omvang de belangrijkste. Dit betreft de zorg aan cliënten die zelfstandig in een (in principe) eigen woning wonen, en die om dat mogelijk te maken, enige begeleiding krijgen.

De laatste jaren heeft in het kader van zorgvernieuwing substitutie van verzorgingsplaatsen in de beschermende woonvormen door met name ambulante woonbegeleiding plaats gevonden. Dit betreft in beide organisaties die in de praktijktoets betrokken zijn ongeveer 10% van de verzorgingsplaatsen.

Andere zorgvormen die men verleent of waarin wordt geparticipeerd zijn casemanagement en dagbesteding/dagactiviteitencentra. De eerstgenoemde zorgvorm heeft een eigen financiering, dagbesteding wordt uit het reguliere budget betaald. De dagbesteding wordt in samenwerking met andere organisaties aangeboden. De inzet van middelen vanuit de RIBW op deze activiteit bedraagt enkele procenten van het totale budget, waarmee deze activiteit in het kader van de benchmarking van mindere betekenis is.

2.1.3 Beschikbaarheid gegevens

In deze paragraaf geven we onze bevindingen weer van de feitelijke beoordelingstoets. We doen dat aan de hand van de ervaringen, die we met name bij het doorlopen van de stappen 1 tot en met 4 uit onze eerder genoemde onderzoeksrapportage hebben opgedaan binnen de twee organisaties.

We zijn daarbij uitgegaan van het benchmark-model zoals gepresenteerd in onze onderzoeksrapportage van 15 juni 1998, met dien verstande dat we -uiteraard- de kengetallen op het gebied van de deeltijdbehandelingen en de ambulante zorg buiten beschouwing hebben gelaten. De toets richtte zich voor wat betreft de primaire zorgprocessen op de kengetallen, die in het model zijn ondergebracht bij de klinische zorg (vanwege het Beschermd Wonen) en de overige zorgvormen (vanwege met name de Woonbegeleiding).

Stap 1: Bepalen netto formatie

De gegevens over de feitelijke inzet van de formatie zijn beschikbaar binnen de RIBW-en. Dit geldt voor zowel de bruto formatie als de (in verband met ziekte, vakantie, verlof) netto ingezette formatie. Het budget dat ten behoeve van (de uitbestede) dagbesteding beschikbaar is gesteld, kan worden omgerekend naar personele capaciteit. Ook de uitbesteding van onderhoudswerkzaamheden kan voor een deel worden vertaald naar personele kosten, en aan de eigen personele capaciteit op dit gebied worden toegevoegd.

Vanwege organisatorische verschillen in de twee onderzochte organisaties was de gegevensverzameling voor wat betreft de overheadfuncties verschillend qua uitvoering. De instelling die het beheer voert over drie afzonderlijke RIBW-en beschikt namelijk over een centraal bureau dat ondersteunende functies uitoefent voor de RIBW-en. De capaciteit hiervan moest hierdoor worden toegedeeld aan deze RIBW-en. Het aantal verzorgingsplaatsen is hierbij als verdeelsleutel gehanteerd. Bij de andere instelling is de situatie omgekeerd. Daar wordt de administratie verzorgd door een stichting die ook voor andere instellingen administratieve taken verricht. Als sleutel voor de toerekening van de personele inzet aan deze RIBW is de intern gehanteerde sleutel voor de kostenverdeling gebruikt.

Stap 2: Correctie bijzondere functies

Binnen de twee onderzochte organisaties worden geen bijzondere functies uitgevoerd, waardoor geen correctie op de inzet van middelen nodig was.

Stap 3: Toedelen naar processen

Zoals opgemerkt is binnen de RIBW-en het Beschermd Wonen het hoofdproces binnen het zorgaanbod. Daarnaast participeert men in andere zorgvormen, waarvan (ambulante) Woonbegeleiding de belangrijkste is.

De verschillende zorgprocessen binnen de RIBW-en zijn organisatorisch helder herkenbaar. Dat geldt ook voor de personele capaciteit die op deze processen wordt ingezet; medewerkers zijn in principe werkzaam binnen één zorgproces.

Bij de toedeling van de personele capaciteit naar de processen hebben zich daardoor geen problemen voorgedaan. Ook de toedeling van de capaciteiten in de overheadfuncties naar de ondersteunende processen is goed mogelijk gebleken.

Bij de toedeling van personele capaciteit naar het hoofdproces Beschermd Wonen (in het model: klinische zorg) hebben we conform het procesmodel onderscheid gemaakt tussen management, uitvoering en ondersteuning.

Bij het proces Woonbegeleiding en bij de overige zorgvormen hebben we dat onderscheid -eveneens conform het huidige procesmodel- achterwege gelaten, omdat met deze processen een relatief kleine personele capaciteit is gemoeid.

Toevoeging van deze onderverdeling in het procesmodel zou dit model niet onbelangrijk vergroten (er zijn immers zeven categorieën bijzondere zorgvormen onderscheiden), terwijl tegelijkertijd het nut van deze nadere onderverdelingen kan worden betwijfeld vanwege de kleine celvullingen bij die deelprocessen.

In principe is het echter mogelijk -zoals ook op pagina 18 van de Rapportage Benchmarkonderzoek GGZ is opgemerkt- deze onderverdeling alsnog aan te brengen.

Stap 4: Bepalen productie

De belangrijkste productieparameter met betrekking tot het Beschermd Wonen is het aantal verzorgingsdagen. Deze kunnen worden verdeeld naar bekostigingscategorieën. Tot op zekere hoogte is ook het aantal cliënten en het aantal nieuwe cliënten relevant (zie opmerking bij stap 5 Bepalen Kengetallen).

Bij het aantal verzorgingsdagen hanteren we de netto aantallen, dat wil zeggen dat deze gecorrigeerd zijn voor de substitutie van verzorgingsdagen ten gunste van capaciteit voor Woonbegeleiding.

Het aantal verzorgingsdagen is uit de administratie bekend en kan ook voor de RIBW worden gewogen naar de zorgzwaarte aan de hand van de bekostigingscategorieën. Voor de bekostiging van een RIBW gelden drie bekostigingscategorieën, die qua aard ook worden gebruikt voor de bekostiging van verpleegdagen van een apz.

Onze opvatting is dat ten behoeve van de benchmark weging van de productie in verzorgingsdagen op basis van de bekostigingscategorieën niet hoeft te worden toegepast. Gebleken is dat de registratie van bekostigingscategorieën niet altijd eenduidig verband houdt met de geleverde productie, aard van de woonzorg en zorgzwaarte van de bewoners. In sommige gevallen is het vaststellen van de productie in termen van bekostigingscategorieën een administratieve exercitie ten behoeve van de verantwoording van het budget. Het daadwerkelijk ongewogen geleverde aantal verzorgingsdagen is derhalve een betere maat voor de productie dan de bekostigingscategorieën.

Het aantal cliënten en het aantal nieuwe cliënten zijn eveneens beschikbaar vanuit de administratie.

Voor de Woonbegeleiding en de overige zorgvormen is het aantal cliënten een belangrijke parameter. Op een gedetailleerder niveau zijn de aantallen contacten, de contactduur en tijdsbesteding van hulpverleners van belang. In de instellingen die in de praktijktoets hebben deelgenomen zijn deze gegevens beschikbaar.

Het gemak waarmee de gegevens kunnen worden gegenereerd loopt evenwel uit één, doordat in één organisatie men gebruik maakt van een geautomatiseerd registratiesysteem, terwijl in de andere organisatie de registratie nog grotendeels handmatig geschiedt. Overigens kunnen wij ten aanzien van de contactduur en tijdsbesteding van hulpverleners niet zeggen of het registreren van deze gegevens landelijk gemeengoed is. Bij de deelnemende instellingen is dit wel het geval, maar hier ligt geen dwingende reden achter, zoals bijvoorbeeld een verantwoordingsplicht of declaratiestelsel op basis van deze gegevens.

Ook bij de (overige) zorgvorm Dagbesteding die in samenwerking met andere zorgverleners wordt aangeboden, zijn gegevens beschikbaar omtrent de cliënten die daarvan gebruik maken (aantallen, duur, herkomst). Om tot zinvolle kengetallen te komen, zouden de te hanteren parameters in relatie moeten worden gebracht met het aandeel in de financiering. Deze gegevens zijn in dit traject nu niet geïnventariseerd.

Stap 5: Bepalen kengetallen

De toepasbaarheid van de hoofdkengetallen die in het benchmarkonderzoek zijn genoemd met betrekking tot de klinische zorg, de van toepassing zijnde overige zorgvormen en de algemene organisatie op de RIBW-en, wordt in het volgend schema beoordeeld.

<i>Hoofdkengetal</i>	<i>Toepasbaarheid op RIBW</i>
Aantal fte's per f1.000.000,- budget (maat voor de verhouding materiële/personele kosten en de gemiddelde salarislsten)	volledig toepasbaar.
Beschikbaarheid (maat voor ziekte en overig verlof)	volledig toepasbaar.
Span of control ondersteunende processen (maat voor verhouding van formatie in primaire en in ondersteunende processen)	volledig toepasbaar.
Aandeel hulpverlening binnen primaire processen (maat voor het aandeel hulpverleners binnen de formatie van de primaire processen)	redelijk toepasbaar; zie ook opmerking bij stap 4: omdat binnen de bijzondere zorgvormen nu geen uitsplitsing is aangebracht tussen management, uitvoering en ondersteuning, wordt het 'aandeel hulpverlening' niet geheel zuiver (te hoog) weergegeven.
Aantal verzorgingsdagen per fte klinisch uitvoerend (maat voor produktiviteit binnen primair proces)	volledig toepasbaar, wordt: aantal verzorgingsdagen per fte Beschermd Wonen uitvoerend. Kan ook bepaald worden op basis van fte totaal; vormt dan een maat voor de algehele productiviteit.
Aantal behandelde klinische patiënten per fte klinisch uitvoerend (maat voor produktiviteit en doorstroming binnen primair proces)	volledig toepasbaar, wordt: aantal behandelde cliënten Beschermd Wonen per fte Beschermd Wonen uitvoerend; vanwege het langdurige/meerjarige verblijf van cliënten geeft dit getal info over doorstroming/nieuwe cliënten.

Binnen het overzicht van

Woonbegeleiding en over
contacten per fte.

In het kengetallenmodel is
(Woonbegeleiding of Dagop
wel als zodanig genoemd.

Daaraan zouden als nieuw
per fte hulpverlener' en 'com
geven over de intensiteit
moeten worden afgewog
Woonbegeleiding via

Wat betreft de overige kengetallen
op dit terrein nauwelijks
zorgondersteuning nauwelijks
zorgondersteuning aangetro
genoemde facilitaire afdelin
aantal van die activiteiten
hierbij moet worden gedaan

2.1.4 Langdurig wonen

Behalve de RIBW-en en ex
langdurige woonvoorzieninge
psychiatrische ziekenhuizen.
psychiatrische patiënten.
eventueel geflankeerd met d
Het bevorderen van de zelf
hierbij zo beperkt moge

De doelmatigheidskengetallen
RIBW-en geleverd, zijn op
kengetallen zijn echter te be
tussen de primaire en di

de
aantal

cliënten
dagopvang)

el contacten
len informatie
ng zou dit
ormt. Voor

steuning op, dat

en we
ok zullen bij de
zijn, omdat een
dit uitgevoerd;

gezondheidszorg
en de algemeen
elde chronisch
woonfunctie,
van de klant.
dienstenpakket

ers dan door
BW-en. Niet alle
de verhouding

In de instellingen die het hier betreft, is de toedeling van de overhead naar de verschillende primaire processen (waaronder langdurig wonen) niet te maken (stap 3 in de benchmarkmethode). Instellingen hanteren zelf veelal nog geen systeem van doorbelasting naar business units. Hierop zal verder worden ingegaan in paragraaf 2.3 over de overheadfuncties. Implicatie hiervan dat alleen de doelmatigheid van de primaire processen kunnen worden vergeleken bij benchmarking tussen ongelijksoortige instellingen.

Doordat de functie langdurig wonen binnen deze instellingen organisatorisch veelal wel helder herkenbaar is, is de personele capaciteit die ingezet wordt voor het primaire proces wel goed te identificeren.

Ten aanzien van de bepaling van de productie (stap 4) speelt ook hier de vraag of de productie in verzorgingsdagen moet worden gewogen aan de hand van de bekostigingscategorieën (interne productieweging). Aanvullend speelt de vraag of er bij vergelijking met RIBW-en gewogen moet worden vanwege het feit dat de richtlijnbedragen voor dezelfde bekostigingscategorieën voor APZ-en zo'n 30 tot 40% hoger zijn dan voor RIBW-en (externe productieweging). In beide gevallen denken wij dat weging niet moet worden toegepast. Ten aanzien van de interne productieweging geldt ook voor deze instellingen dat registratie van de bekostigingscategorieën niet altijd de feitelijke weerspiegelt, maar sterk een administratieve betekenis heeft ten behoeve van de budgetverantwoording. Ten aanzien van de externe productieweging merken wij op dat de verschillen in richtlijnbedragen hun achtergrond hebben in de verschillen in kostenstructuren tussen de typen instellingen. Zij weerspiegelen geen andere zorgzwaarte, aangezien verschillen in zorgzwaarten zich al in de bekostigingscategorieën weerspiegelen.

Wij komen hiermee uit op de volgende te realiseren doelmatigheidskengetallen voor langdurige woonfuncties buiten de RIBW-en. De uitkomsten van deze kengetallen zijn in principe vergelijkbaar met de uitkomsten voor RIBW-en.

<i>Hoofdkengetal</i>	<i>Toepasbaarheid op langdurige woonvormen</i>
Aantal fte's per f1.000.000,- budget (maat voor de verhouding materiële/personele kosten en de gemiddelde salarislaster)	beperkt toepasbaar, aangezien fte's ondersteunende processen niet eenduidig zijn te bepalen. Wel is vergelijking mogelijk zonder overheadformatie.
Beschikbaarheid (maat voor ziekte en overig verlof)	volledig toepasbaar.
Span of control ondersteunende processen (maat voor verhouding van formatie in primaire en in ondersteunende processen)	niet toepasbaar. Capaciteit ingezet in ondersteunende processen moeilijk te bepalen.
Aandeel hulpverlening binnen primaire processen (maat voor het aandeel hulpverleners binnen de formatie van de primaire processen)	redelijk toepasbaar
Aantal verzorgingsdagen per fte klinisch uitvoerend (maat voor produktiviteit binnen primair proces)	volledig toepasbaar, wordt: aantal verzorgingsdagen per fte langdurig wonen uitvoerend.
Aantal behandelde klinische patiënten per fte klinisch uitvoerend (maat voor produktiviteit en doorstroming binnen primair proces)	volledig toepasbaar, wordt: aantal behandelde cliënten langdurig wonen per fte langdurig wonen uitvoerend; vanwege het langdurige/meerjarige verblijf van cliënten geeft dit getal info over doorstroming/nieuwe cliënten.

2.2 Benchmarking ambulante GGZ

2.2.1 Inleiding

In opdracht van de toenmalige Commissie Doelmatigheid RIAGG-activiteiten heeft Bakkenist begin 1998 onderzoek gedaan naar de doelmatigheid binnen een zevental RIAGG-instellingen. Het rapport van 4 mei 1998 doet verslag van dit onderzoek. Het onderzoek is onder meer uitgevoerd met behulp van kengetallen.

In dit hoofdstuk wordt antwoord gegeven op de vraag in hoeverre de gegevens uit dat RIAGG onderzoek te vertalen zijn naar het onderdeel 'ambulante zorg' van het algemene benchmarkmodel voor de GGZ. Behalve de RIAGG's betreft dit ook de polikliniekfuncties van APZ-en en geïntegreerde instellingen.

2.2.2 Relatie kengetallensets

De kengetallenset in het RIAGG onderzoek is opgezet om op een vrij gedetailleerd niveau instellingen die RIAGG-activiteiten uitvoeren, op het gebied van doelmatigheid met elkaar te vergelijken.

Net als in het GGZ-onderzoek is de effectiviteit van de zorgverlening niet expliciet meegenomen c.q. als een constante verondersteld. Wel is een kengetal voor de tevredenheid van klanten opgenomen als een maat voor de geleverde kwaliteit. Het procesmodel dat voor het RIAGG-onderzoek is opgesteld, is ten opzichte van het model uit het benchmarkonderzoek GGZ gedetailleerder. Op de eerste plaats is binnen het hoofdproces een onderscheid aangebracht naar doelgroep: Jongeren, Volwassenen en Ouderen.

Op de tweede plaats zijn binnen het hoofdproces 'ambulante zorg' per doelgroep verschillende deelprocessen onderscheiden: intake, behandeling, begeleiding, psychotherapie en crisisinterventie.

Binnen de (deel)processen is bovendien gekeken naar de tijdsbesteding (direct-, indirect- en niet-cliëntgebonden tijd) van de hulpverleners.

Voor alle relevante uitsplitsingen zijn in het kader van dat onderzoek specifieke kengetallen ontwikkeld.

De informatie ten behoeve van deze kengetallen is vrijwel geheel verkregen uit het bestaande, geautomatiseerde registratiesysteem (RIS/NIS) dat binnen de sector in het algemeen wordt gebruikt, waardoor deze gegevens in principe relatief gemakkelijk verkrijgbaar bleken te zijn.

De kengetallenset van het RIAGG-onderzoek is door de gevolgde aanpak duidelijk uitgebreider geworden dan de set die in het algemene benchmarkmodel voor de GGZ wordt gepresenteerd.

Op het niveau van de hoofdkengetallen -voor zover betrekking hebbend op de algemene organisatie en de ambulante processen- komen ze goed met elkaar overeen. Alleen op details zijn er enkele verschillen, maar deze zijn niet wezenlijk.

De vergelijking tussen de sets hoofdkengetallen wordt in onderstaand schema gegeven. We zien daarbij dat, afgezien van enkele terminologieverschillen, de relevante kengetallen geheel met elkaar overeenkomen.

<i>Hoofdkengetallen Benchmarkonderzoek GGZ</i>	<i>Hoofdkengetallen RIAGG-onderzoek</i>
Aantal fte's per f1.000.000,- budget	Aantal fte's per f100.000,- budget
Beschikbaarheid	Beschikbaarheidsfactor
Span of control ondersteunende processen	Span of support overhead
Aandeel hulpverlening binnen primaire processen	Aandeel hulpverleners binnen Jongeren/Volw./Ouder.
Aantal gewogen verpleegdagen per fte klinisch uitvoerend	niet van toepassing
Aantal behandelde klinische patiënten per fte klinisch uitvoerend	niet van toepassing
Aantal gewogen deeltijdbehandelingen per fte deeltijdbehandeling uitvoerend	niet van toepassing
Aantal behandelde deeltijdpatiënten per fte deeltijdbehandeling uitvoerend	niet van toepassing
Aantal zittingen per fte ambulant uitvoerend	Aantal zittingen per fte hulpverlener binnen Jongeren/Volwassenen/Ouderen
Aantal ambulante patiënten per fte ambulant uitvoerend	Aantal behandelde klanten per fte hulpverlener binnen Jongeren/Volwassenen/Ouderen

Op basis van deze vergelijking komen wij tot de conclusie dat het model voor benchmarking van RIAGG's past binnen het algemene GGZ-model voor benchmarking. Daarbij moet wel worden opgemerkt dat het RIAGG-model veel gedetailleerder en dieper uitgewerkt is dan het GGZ-model. Het RIAGG-model is echter hiërarchisch opgebouwd en op het hoogste modelniveau van de gehele RIAGG-organisatie zijn de modellen passend.

In het RIAGG-model kunnen de doelmatigheidskengetallen echter verder uitéengerafeld worden, voor bijvoorbeeld doelgroepen, deelprocessen en combinaties hiervan. Met het RIAGG-model kan daardoor beter rekening worden gehouden met verschillen tussen het zorgaanbod van RIAGG-organisaties. Het RIAGG-model leent zich derhalve beter voor diepergaande analyse, met het huidige benchmarkmodel voor de GGZ/ambulante zorg kunnen de belangrijkste verschillen tussen RIAGG-organisaties op een relatief hoog niveau worden vastgesteld.

2.2.3 Ambulante zorg overige GGZ-instellingen

Behalve RIAGG's verzorgen ook andere GGZ-instellingen ambulante GGZ. Het betreft hier de polikliniekfunctie van APZ-en en geïntegreerde instellingen. Relevant is derhalve de vraag of de methodiek zoals ontwikkeld voor de RIAGG's ook voor dergelijke organisaties kan worden toegepast binnen het algemene GGZ-model.

Twee problemen doen zich hierbij voor, die wij in algemene zin ook in onze rapportage van 15 juni 1998 hebben benoemd. Deze hebben betrekking op bepaling van de input en van de capaciteit ondersteunende functies.

De input –de personele capaciteit dat in deze instellingen wordt ingeschakeld ten behoeve van de ambulante taken– blijkt niet eenduidig vast te stellen. Dit geldt met name voor geïntegreerde instellingen, waar de scheiding tussen klinisch, ambulant en deeltijdactiviteiten steeds diffuser wordt. Binnen een multifunctionele eenheid verrichten hulpverleners werkzaamheden die tot alle drie de groepen gerekend kunnen worden. De tijdsverdeling over deze groepen wordt niet geregistreerd. Ook kan het zijn dat één en dezelfde activiteit –bijvoorbeeld het geven van een groepstherapie– zowel tot de ambulante als tot de deeltijd als tot de klinische sector gerekend moet worden – bijvoorbeeld indien in de groepstherapie zowel poliklinische, deeltijd en klinische patiënten deelnemen. Als gevolg van de circuitvorming wordt dit van uitzonderingen tot regel. Ten aanzien van de ondersteunende functies blijkt het evenals bij de langdurige woonvormen niet goed mogelijk de toedeling van de overhead naar de verschillende primaire processen te maken.

Deze twee knelpunten leiden ertoe dat wij moeten concluderen dat de methodiek zoals ontwikkeld voor de RIAGG's wel past op het model ontwikkeld voor de GGZ, maar dat deze methodiek, om redenen uitgebreider beschreven in de rapportage van 15 juni 1998, niet eenvoudig toe te passen is op de ambulante functies uitgevoerd door andere GGZ-instellingen dan zelfstandige RIAGG's.

2.3 Benchmarking facilitaire en beleid/beheersprocessen

De toetsing van het benchmarkmodel voor de facilitaire en beleids/beheersprocessen hebben wij uitgevoerd door de stappen in het benchmarkmodel voor deze processen door te lopen en te toetsen aan de praktijk van een ggz-instelling. De uitkomsten hiervan laten zien dat er geen grote problemen bestaan voor het benchmarken van deze processen, maar dat daarbij wel enkele belangrijke spelregels in acht moeten worden genomen om tot reële vergelijkingen te komen. Aan de hand van de te zetten stappen in het benchmarkmodel formuleren wij deze.

Stap 1: Bepalen netto formatie

De formatie die ingezet wordt ten behoeve van de facilitaire en beleid/beheersprocessen is binnen instellingen van GGZ goed te bepalen. Wel moet er daarbij op worden gelet dat medewerkers die taken uitvoeren die behoren tot de ondersteunende processen, maar organisatorisch zijn ondergebracht bij primaire eenheden, worden meegenomen in de inventarisatie. Twee situaties moeten vervolgens goed in het oog worden gehouden. De eerste betreft de uitbesteding van werkzaamheden. In veel GGZ-instellingen worden activiteiten in de facilitaire sfeer uitbesteed. De capaciteit die in deze gevallen ingehuurd worden, moeten worden meegenomen bij de bepaling van de netto ingezette formatie voor de facilitaire en beleid/beheersprocessen. Veelal betekent dit een vertaling van de kosten voor uitbesteed werk naar ingehuurde formatie. Ook is het mogelijk juist naar kosten toe te rekenen, waarbij zowel de kosten van eigen personeel als de materiële kosten en kosten van uitbesteed werk op één noemer worden gebracht. De kengetallen worden dan voor deze processen in financiële termen uitgedrukt. Ten opzichte van het IBO-referentiemodel betekent dit dan wel dat het hoofdkengetal verhouding zorgpersoneel/faciliterend personeel niet te bepalen is.

Tweede situatie waarmee bij de bepaling van de netto formatie rekening moet worden gehouden is het verzorgen van dienstverlening buiten de eigen GGZ-instelling. Dergelijke dienstverlening doet zich eveneens in de facilitaire sfeer geregeld voor. Daarbij gaat het bijvoorbeeld om het verzorgen van de maaltijdvoorziening voor andere zorginstellingen en 'tafeltje dekje' of om het verlenen van diensten op het gebied van civiel of technisch onderhoud. Op de formatie die ingezet wordt ten behoeve van de facilitaire processen moet in dat geval een correctie worden toegepast, voor de omvang van de inzet voor deze externe activiteiten. Deze correctie mag ons inziens pas plaatsvinden als tegenover de gepleegde levering ook daadwerkelijke inkomsten staan. Daarmee wordt namelijk de waardering en toegevoegde waarde van de extern geleverde dienst uitgedrukt. De correctie mag (in geld uitgedrukt) ook nooit groter zijn dan de opbrengst uit de externe levering. Andersom betekent dit dat indien er op een externe activiteit winst wordt gemaakt, dit zich vertaalt in een goede doelmatigheidsscore op het proces dat deze activiteit voortbrengt. Ten aanzien van de bepaling van de feitelijke correctie voor externe activiteiten moet, evenals bij de correctie voor uitbesteed werk, de keuze tussen een correctie in personele termen of in financiële termen worden gemaakt.

Stap 2: Correcties bijzondere functies

De correctie voor bijzondere functies is ten behoeve van de benchmarking van de ondersteunende processen niet actueel. Wel is in het algemeen de verschillen in functies die verschillende GGZ-instellingen uitoefenen een punt van bijzondere aandacht. De verschillende hoofdfuncties van een GGZ-instelling (kliniek, deeltijd, ambulant en langdurige woonvormen) hebben een sterk verschillende behoefte aan (facilitaire) ondersteuning. Dit betekent dat de optimale (of doelmatige) omvang van de ondersteunende processen zal verschillen naar het verschil in relatieve omvang van de verschillende hoofdfuncties. Zo zal een instelling met een grote ambulante functie relatief weinig technisch onderhoud en geen voedingsdienst nodig hebben en relatief veel administratieve ondersteuning. Het oordeel over de doelmatigheid van de ondersteunende functies van deze organisatie mag hierdoor uiteraard niet beïnvloed worden.

Bij voorkeur zou het verschil in de mix van hoofdfuncties (de 'cost drivers') worden opgeheven door de inzet in de verschillende ondersteunende functies te relateren of toe te delen aan de primaire processen. De verbanden tussen deze twee categorieën processen (primaire en ondersteunende) zijn echter nog niet bekend, wat toedelingen zeer arbitrair maakt. Wij denken daarom dat vergelijking van de doelmatigheid van ondersteunende processen op dit moment alleen gemaakt kan worden tussen vergelijkbare instellingen. Daarbij moet 'vergelijkbaar' niet te eng worden opgevat. Wij denken dat een grove indeling kan worden gemaakt op basis van de 'traditionele' indeling naar GGZ-instellingen. Deze indeling kent APZ-en, RIAGG's en RIBW-en. Wij komen hiermee tot zeven categorieën¹ van, voor wat betreft de ondersteunende processen, 'vergelijkbare instellingen'.

Stap 3: Toedelen naar processen

Toedeling van de ingezette capaciteit naar de ondersteunende processen is veelal geen probleem. De taken van medewerkers zijn in deze gebieden veelal helder afgebakend en passen in één van de onderscheiden processen.

¹ Instellingen die (nog) als zelfstandige RIAGG (cat. 1), APZ (cat. 2) of RIBW (cat. 3) functioneren, instellingen voortkomend uit een fusie van APZ, RIAGG en RIBW (cat. 4), van APZ en RIAGG (cat. 5), van APZ en RIBW (cat. 6) en van RIAGG en RIBW (cat. 7).

Stap 4: Bepalen productie

Het bepalen van de productie van de ondersteunende processen kan op twee niveaus plaats vinden. Gekeken kan worden naar de omvang van de kernactiviteiten van de organisatie om tot productiviteitskengetallen te komen en naar de productie die het specifieke proces voortbrengt. Bijvoorbeeld, de productiviteit van de voedingsdienst kan worden bepaald op basis van het aantal verzorgings/verpleegdagen, maar ook op basis van het aantal geproduceerde maaltijden. Deze verschillende outputparameters geven verschillende soorten doelmatigheidskengetallen. Het kengetal op basis van het aantal verzorgings/verpleegdagen geeft de omvang van de voedingsdienst ten opzichte van de rest van de organisatie aan (allocatieve efficiency); het kengetal op basis van het aantal geproduceerde maaltijden geeft de interne doelmatigheid van de voedingsdienst aan (de statische efficiency). Onze ervaring is dat beide typen outputparameter voor alle ondersteunende processen verkrijgbaar is.

Overigens heeft de keuze voor de te hanteren outputparameter relatie met de eerdere opmerkingen inzake de extra inzet voor externe dienstverlening. Indien de output van het proces als outputparameter wordt gehanteerd, hoeft er geen correctie meer plaats te vinden op dienstverlening door derden om de doelmatigheid van dit proces vast te stellen. Wordt de output van de primaire processen gehanteerd, dan dient de genoemde correctie wel te worden aangebracht.

Stap 5: Bepalen kengetallen

Op basis van deze toets naar de haalbaarheid van doelmatigheidsanalyse bij de voorwaardenscheppende processen van geïntegreerde GGZ-instellingen, komen wij ten aanzien van de belangrijkste kengetallen van het IBO-referentiemodel op dit vlak, tot de conclusies zoals in bijgaand schema vermeld. Per afzonderlijk ondersteunend proces zijn er aanvullend veel kengetallen te bepalen die nadrukkelijke zeggingskracht hebben op de productiviteit van de verschillende ondersteunende processen. Daarbij denken wij met name aan kengetallen als het aantal maaltijden per fte voedingsdienst, het aantal personeelsleden per fte salarisadministratie en het aantal vierkante meters vloeroppervlak per fte schoonmaak.

<i>Kengetal referentiemodel</i>	<i>Toepasbaarheid</i>
3. verhouding product/faciliterend personeel	niet toepasbaar aangezien productie klinisch, ambulant, deeltijd en langdurig wonen niet op één noemer te krijgen is.
4. verhouding zorgpersoneel/faciliterend personeel	toepasbaar bij vergelijking tussen vergelijkbare instellingen (zeven categorieën), mits in/uitbestedingen goed gecorrigeerd.
6. materiële kosten per personeelslid	idem, mits in/uitbestedingen goed gecorrigeerd en derhalve geen vervuilingen in materiële kosten.

3 DOELMATIGHEID EN BENCHMARKING IN DE GGZ

3.1 Inleiding

In de rapportage Benchmarkonderzoek Geestelijke Gezondheidszorg is een model gepresenteerd waarin voor het primair proces onderscheid is gemaakt in de drie subprocessen: klinische zorg, deeltijdzorg en ambulante zorg. Daarnaast worden nog bijzondere zorgvormen onderscheiden. Wij noemen dit het *functionele model*. In de beoordeling van de bruikbaarheid van dit model is vastgesteld dat door een moeilijk transparant te maken en weinig eenduidige voortbrengingsstructuur het toedelen van capaciteiten naar deze processen problemen oplevert. Daarnaast hebben wij signalen gekregen dat de outputregistratie niet altijd zorgvuldig is. Eveneens is de registratie van tussenproducten die als outputgegevens in een dergelijk model zouden moeten dienen, niet volledig. Deze punten bemoeilijken de toepassing van dit functionele model aanzienlijk.

Naar aanleiding hiervan is besloten verder te gaan met de ontwikkeling van ideeën met betrekking tot het inrichten van het benchmarkmodel voor de primaire processen van de GGZ en de daarvoor benodigde gegevens en registraties. Ten behoeve hiervoor is in twee workshops met vier directeuren van prominente GGZ-instellingen een verkenning uitgevoerd naar de ontwikkelingen in de GGZ en de betekenis hiervan voor een te ontwikkelen benchmarkmodel. Bij deze bijeenkomsten is vanuit de positie van de instellingsdirectie geredeneerd. Centraal stond de vraag hoe de organisatie er over 5 jaar uit dient te zien en op welke wijze het management kan beoordelen of de organisatie goed presteert. Wij hebben deze uitkomsten vertaald in conclusies voor een benchmarkmethodiek voor de sector.

In dit hoofdstuk geven wij eerst de hoofdlijnen van de uitkomsten uit deze workshops weer. Vervolgens presenteren wij twee alternatieve benchmarkmodellen die hierbij aansluiten. Tenslotte geven wij onze conclusie en aanbevelingen.

3.2 Verkenning GGZ

In twee workshops is een verkenning uitgevoerd naar de voor de GGZ relevante ontwikkelingen en de consequenties daarvan voor de inrichting en besturing van (geïntegreerde) GGZ-instellingen. Gebruik is gemaakt van een contingency-benadering, waarin de veranderende eisen uit de omgeving centraal staan voor de inrichting van de diverse subsystemen die binnen organisaties te onderscheiden zijn. Op hoofdlijnen geven wij de uitkomsten hiervan weer.

Tijdens de workshops zijn de volgende eisen uit de omgeving van GGZ-instellingen gesignaleerd die een belangrijke invloed zullen hebben op de opstelling van de GGZ in de komende jaren:

- transparantie van kosten/effectiviteit;
- vermaatschappelijking van de zorg;
- aandacht voor kwaliteit;
- het leveren van zowel een breed als een specifiek productenpakket.

De workshopdeelnemers schatten op basis van de omgevingseisen in dat de instellingen zich zullen gaan concentreren op de core-business: behandelen, begeleiden en verplegen/verzorgen van psychiatrische patiënten. Het productenpakket zal desondanks binnen de primaire zorg breed blijven. Structuur in het aanbod komt tot stand door het definiëren en organiseren van zorgprogramma's. Modulaire opbouw dient ervoor zorg te dragen dat daarbinnen zorg op maat kan worden geleverd. Er zal een sterke regionale inbedding van de GGZ-organisatie nodig zijn.

Naar verwachting zal de zorg veeluit worden geleverd uit geïntegreerde instellingen (RIBW, RIAGG, APZ). Buiten de bijzondere zorgvormen zal de basisorganisatie naar verwachting doorgaans opgedeeld zijn op basis van de criteria leeftijd en regio's. Welk van de beide criteria als hoofdindeling en welke als subindeling wordt gekozen hangt met name af van de mate van verstedelijking van het werkgebied en het ontwikkelstadium van de betreffende organisatie. Als organisatiestructuur komt een netwerkorganisatie naar voren, waarbij tamelijk autonome subregionale cellen een doelgroep binnen een subregio bedienen. Deze bediening betreft in principe alle vormen van GGZ, met uitzondering van regionaal of nationaal belegde functies, zoals forensische psychiatrie.

Zorgprogramma's, behandelprotocollen en besturingssystemen zorgen voor samenhang en integratie tussen deze autonome 'cellen'. Deze samenhang wordt bij voorkeur georganiseerd op het niveau van doelgroepen (circuitvorming).

Of een instelling of een organisatie-eenheid het 'goed doet' kan worden afgeleid uit de mate van klanttevredenheid, medewerkerstevredenheid, maatschappelijke tevredenheid, erkenning als expertise-centrum, de doelmatigheid en doeltreffendheid, het serviceniveau en de kwaliteit van de informatie en voorlichting.

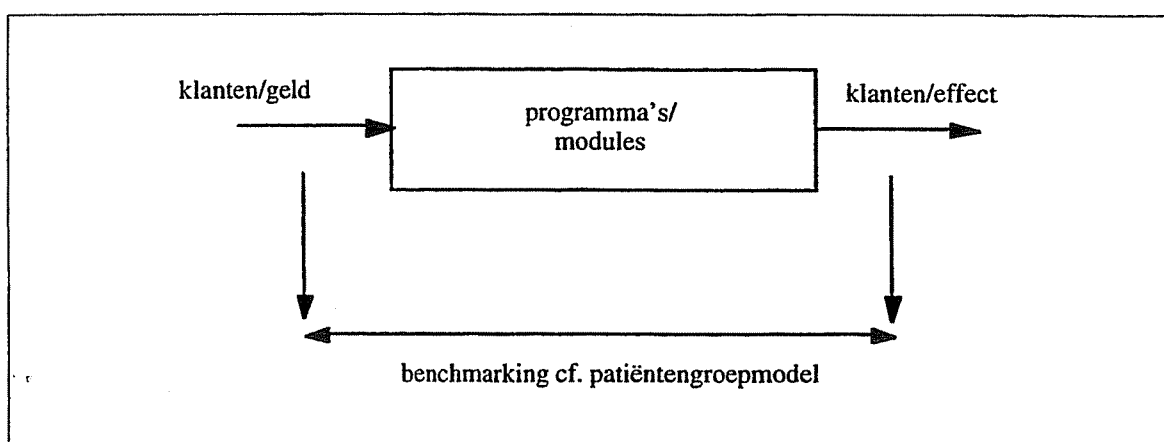
In het vervolg van deze rapportage gaan we in op de wijze waarop de doelmatigheid in kaart kan worden gebracht. Als startpunt nemen we de techniek van benchmarking. De techniek van het vergelijken van instellingen en het op basis daarvan leren en verbeteren.

3.3 Modellen

Het beeld van een GGZ-instelling dat uit de contingency-benadering naar voren komt, bevestigt dat het functionele model niet goed toepasbaar is. De integratie van de verschillende functies maakt dat de scheiding in klinisch, ambulant en deeltijdbehandeling steeds meer verdwijnt. De geschetste ontwikkelingen bieden wel openingen voor twee andere modellen. Wij noemen deze het *patiëntengroepmodel* en het *voortbrengingsmodel*. Deze zullen hieronder worden toegelicht.

1. Het patiëntengroepmodel

Het patiëntengroepmodel heeft als invalshoek dat voor een bepaalde patiëntengroep gelijktijdig een beoordeling van kosten en effectiviteit plaatsvindt van de geleverde zorg. Dit betekent dat vergelijkbare patiëntengroepen dienen te worden gedefinieerd. Gezien de ontwikkelingen binnen de GGZ is het gebruik van zorgprogramma's het meest aangewezen middel hierbij. Deze benadering van de doelmatigheidsanalyse richt zich derhalve op de verhouding van de input en de output, zoals voorgesteld in figuur 1.



Figuur 1: Het patiëntengroepmodel

Vertaald naar de benchmarktechniek wordt formatie van de organisatie toegewezen aan de behandelprogramma's zoals onderstaand schema laat zien. Het idee is dat daarbij een onderscheid voor de drie leeftijdscategorieën wordt gemaakt. Gezien de diversiteit van de zwaarte van de patiënten in een behandelprogramma kan binnen sommige behandelprogramma's een differentiatie naar zorgzwaarte of module-consumptie wenselijk zijn. Deze differentiatie kan gebruikt worden als wegingsfactor van de patiëntengroep of als subproces.

	jongeren zorgprogramma's						volwassenen zorgprogramma's						ouderen zorgprogramma's					
	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
afdeling 1	x		x	x														
afdeling 2		x		x	x	x												
afdeling 3							x	x	x									
afdeling 4									x	x		x						
afdeling 5								x			x							
afdeling 6													x	x	x	x	x	x

Figuur 2: Procesmodel bij benchmarking volgens patiëntengroepmodel

Naast de meting van de ingezette formatie en de meting van de output in termen van aantal behandelde klanten dient bij het patiëntengroepmodel de effectiviteit gemeten te worden. Wordt dit aspect buiten beschouwing gelaten, dan is de consequentie namelijk dat de meest marginale aanbieder van geestelijke gezondheidszorg 'winnaar' wordt in de benchmark. De introductie van een benchmark zou daarmee gemakkelijk een perverse werking kunnen krijgen. Idealiter wordt de effectiviteit uitgedrukt in de mate van gezondheidswinst op een x-punts schaal. Effectiviteit en efficiëntie kunnen in dat geval in één formule worden samengebracht.

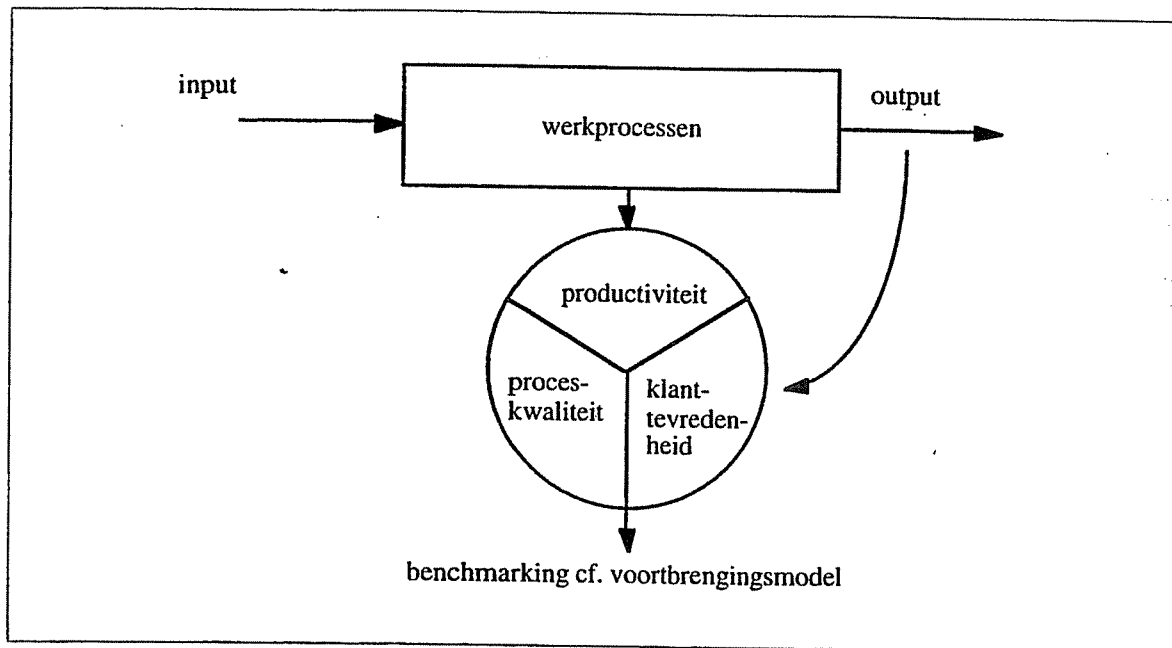
Het patiëntengroepmodel kent geen vooronderstelling naar de indeling van de organisatie en is daarmee generiek toepasbaar. Een ander voordeel is de mogelijkheid om de methode ook in te zetten voor allocatievraagstukken. Verder verwachten wij dat deze methode - sterker dan een strikt efficiëntiegerichte benadering - aansluit bij de perceptie van professionals en de sector.

Wil het patiëntengroepmodel effectief kunnen worden ingezet voor benchmarking dan dienen de volgende aspecten nader invulling te krijgen:

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

2. Het voortbrengingsmodel

Het voortbrengingsmodel neemt niet de verhouding tussen de input en de output, maar het voortbrengingsproces zelf als uitgangspunt voor vergelijking van de efficiëntie (figuur 3). Centraal daarin voor wat betreft de doelmatigheid staat de produktiviteit van de zorgverleners. Aanvullend hierop kan een inschatting van de kwaliteit van de dienstverlening gemaakt door te beoordelen of kwaliteitsprocedures worden doorlopen en of de klanttevredenheid goed is.



Figuur 3: Het voortbrengingsmodel

Uitgangspunt bij het voortbrengingsmodel is dat een zorgverlener die meer van zijn/haar tijd aan primaire taken besteed doelmatiger is dan een zorgverlener die meer tijd aan indirecte taken kwijt is. De mate waarin dit plaats vindt kan worden gemeten in aantallen (klantcontacten, zittingen, klanten) of in een percentage van de bestede tijd. Bij instellingen voor ambulante GGZ is deze manier van (tijdbestedings)registratie en productiviteitsmeting gemeengoed. Het voortbrengingsmodel betekent het overbrengen van de sturingsvorm van de ambulante GGZ naar de rest van de sector.

Benchmarken volgens het voortbrengingsmodel betekent dat er een indeling van personeel wordt opgesteld waarvoor de produktiviteit kan worden vastgesteld en vergeleken. De indeling naar deskundigheden komt hiervoor gezien de eenvoud van toewijzing van input het meest in aanmerking. Wellicht is het op termijn wenselijk om voor bepaalde deskundigheden onderscheid te gaan maken naar de setting waarin de produktie geleverd wordt (binnen het gebouw of bij de klant thuis b.v.).

	psychiaters	psychologen	SPV'ers PIT	SPV'ers langdurige zorg	verpleging kort verblijf	verpleging langdurige zorg	enz.
afdeling 1	x	x		x		x	
afdeling 2	x	x			x		
afdeling 3	x	x		x			
afdeling 4	x	x		x		x	
afdeling 5	x			x	x		
afdeling 6			x				

Figuur 4: procesmodel bij benchmarking volgens voortbrengingsmodel

Het voortbrengingsmodel kent geen vooronderstellingen naar de opbouw van de organisatie en is daarmee generiek toepasbaar. Interessant is de mogelijkheid om de data die verzameld wordt te gebruiken voor de interne aansturing, zoals in de RIAGG's reeds langere tijd gebruikelijk.

Wil het voortbrengingsmodel effectief kunnen worden ingezet voor benchmarking dan dienen de volgende aspecten nader invulling te krijgen:

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

Deze laatste twee aspecten zijn overigens optioneel, afhankelijk van de reikwijdte die men aan benchmarking wil geven. Ten behoeve van uitsluitend doelmatigheidsbeoordeling volstaat in principe uitwerking van de eerste twee aspecten.

3.4 Conclusie en aanbevelingen

In de voorgaande paragraaf hebben wij twee modellen geschetst om tot benchmarking in de GGZ te komen. Gezien onze ervaringen tot nu toe zijn wij van mening dat er duidelijke redenen bestaat om te streven naar vergroting van de transparantie binnen de sector, onder meer op het vlak van de doelmatigheid. Benchmarking kan daarin een voorname rol spelen, waarbij dit met name ook het management moet ondersteunen in het vormgeven van de interne besturing van instellingen.

Daarbij merken wij op dat benchmarking als beleidsinstrument niet meer dan een signalerende functie kan hebben, en geen verklarend instrument of verantwoordingsinstrument is. De uitkomst van een benchmarkonderzoek moeten gezien worden als een set rode lampjes die aan springen of niet. Indien een lampje aanspringt is er reden voor nadere analyse. Het risico van 'jumping to conclusions' ligt daarbij altijd onterecht op de loer.

Op de korte termijn is ten behoeve van vergroting van de transparantie, het doelmatigheidsbewustzijn en het doelmatigheidsstreven de introductie van het *voortbrengingsmodel* het meest aangewezen. Voor dit model behoeven duidelijk minder voorwaarden te worden ingevuld vergeleken bij het patiëntengroepenmodel. Daarnaast is het model concreter, praktischer en eenvoudiger. Het voortbrengingsmodel kan als springplank dienen voor de benchmarking via het patiëntengroepmodel. Enerzijds omdat reeds ervaring kan worden opgedaan met benchmarking, anderzijds omdat het benodigde instrumentarium van tijdsmeting en meting van tussenprodukten in een later stadium voor het patiëntengroepmodel zijn nut zal bewijzen. Dit patiëntengroepmodel kan als perspectief voor de langere termijn dienen. Het patiëntengroepmodel is hiervoor het meest geschikt omdat zij expliciet de 'medische doelmatigheid' mee beoordeeld. De methodiek is verder ook interessant omdat zij goed aansluit bij de ontwikkelingen binnen de GGZ.

Voor de uitwerking en implementatie van benchmarking conform (de eenvoudige variant van) het voortbrengingsmodel dienen sluitende indelingen naar deskundigheden en tijdsregistraties te worden ontwikkeld. Voor de betrouwbaarheid van de registraties moet er ook voor gezorgd worden dat deze controleerbaar zijn en ook andere doelen dienen dan benchmarking. Koppeling met financiering, zoals in de thuiszorg en de RIAGG's is hierbij een zeer effectieve adoptieroute, maar lijkt ons in de GGZ-breed niet haalbaar. Introductie in de management- en sectorinformatie is daar een goed alternatief voor. Wij stellen voor dat deze twee onderdelen –indelingen deskundigheden met settings en tijdsregistraties– worden ontwikkeld in drie GGZ-instellingen. Gelijktijdig wordt hierbij het benchmarkmodel conform de lijnen van het voortbrengingsmodel verder uitgewerkt. Bezien wordt of introductie hiervan in de systemen van managementinformatie binnen de drie deelnemende instellingen haalbaar is. Ten behoeve van deze uitwerking van het voortbrengingsmodel denken wij een periode van vier maanden nodig te hebben.

Het gaat er hierbij niet om het ideale model te ontwikkelen, maar 'het beste model binnen de gegeven tijd'.

Deze dient tot taak te krijgen om binnen een beperkte termijn - te denken binnen een half jaar - tot uitwerking van het voortbrengingsmodel te komen. Het gaat er daarbij niet om het ideale model te ontwikkelen maar 'het beste model binnen de gegeven tijd'.

