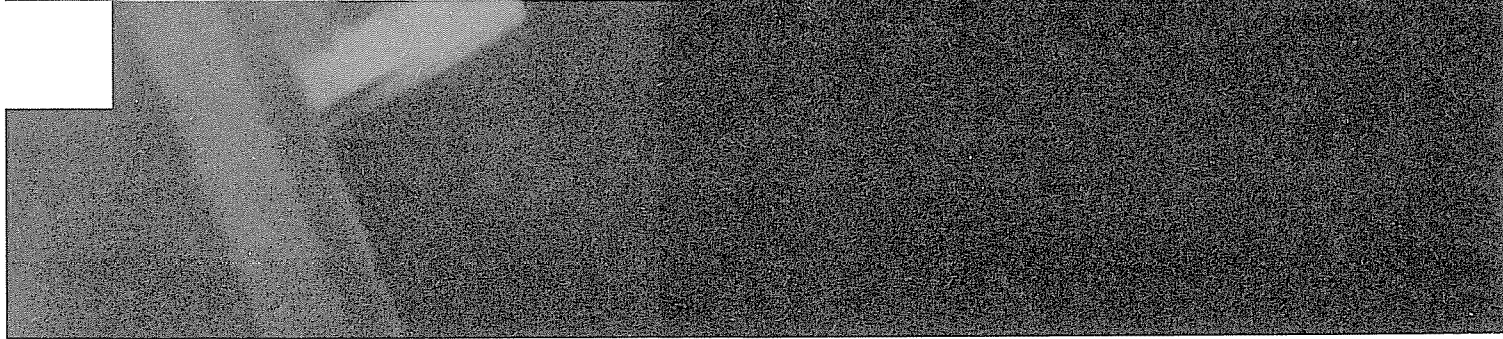
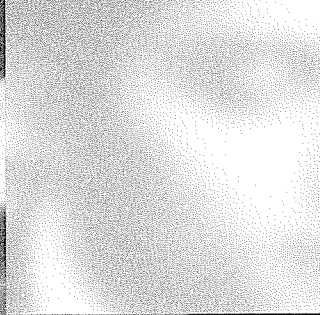
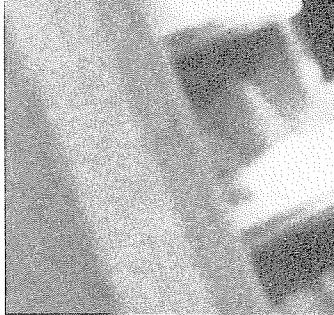


**Benchmarking
in de AWBZ
(bijlagen 9 t/m 10)**

**Interdepartementaal
beleidsonderzoek
Benchmarking in de AWBZ**



BIJLAGE 9: EINDRAPPORTAGE TOEPASSING BENCHMARKANALYSEMODEL
VOOR SECTOR VERPLEGING EN VERZORGING GEFASEERD EN ONDER
RANDVOORWAARDEN HAALBAAR

TOEPASSING BENCHMARKANALYSEMODEL
VOOR SECTOR VERPLEGING EN VERZORGING
GEFASEERD EN ONDER
RANDVOORWAARDEN HAALBAAR
EINDRAPPORTAGE

TOEPASSING BENCHMARKANALYSEMODEL
VOOR SECTOR VERPLEGING EN VERZORGING
GEFASEERD EN ONDER
RANDVOORWAARDEN HAALBAAR
EINDRAPPORTAGE

INHOUDSOPGAVE

VOORWOORD	5
SAMENVATTING	6
INLEIDING	14
Van efficiencyonderzoeken naar benchmarking	14
Het ambitieniveau van benchmarking in de AWBZ-sector	14
Vraagstelling en doelstelling haalbaarheidsonderzoek	16
Reikwijdte van het haalbaarheidsonderzoek	17
Benchmarking in breder perspectief	18
Fasering haalbaarheidsonderzoek	19
Fase 1: de analyse van de haalbaarheid van de ontwikkeling van een benchmarkanalysemodel	19
Fase 2: de ontwikkeling van het instrumentarium en de toetsing hiervan in de praktijk bij een aantal instellingen	20
Fase 3: de analyse van de bevindingen en het opstellen van een Rapport	22
Betrokkenheid koepelorganisaties en verpleeg- en verzorgingshuizen	22
Opbouw rapport	22
DEEL I HET BENCHMARKANALYSEMODEL	
1. Het Benchmarkanalysemodel	24
1.1 Inleiding	24
1.2 Overview van het benchmarkanalysemodel	24
1.3 De bouwstenen van het benchmarkanalysemodel	25
1.3.1 Eerste bouwsteen: beoordeling en analyseren van de doelmatigheid	25
1.3.2 Tweede bouwsteen: beoordelen en analyseren van kwalitatieve dimensies	27
1.3.3 Derde bouwsteen: omgevingsfactoren	28
2. Bouwstenen benchmarkanalysemodel in onderlinge samenhang	30

3.	De doelmatigheid van verpleeg- en verzorgingshuizen	32
3.1	DEA-methodiek meet doelmatigheid en clustert vergelijkbare instellingen	32
3.1.1	Een voorbeeld van de werking van de DEA-methodiek	33
3.1.2	DEA-methodiek kan met meerdere factoren rekening houden	35
3.1.3	Opmerkingen bij de toepassing van de DEA-methodiek	36
3.2	Analyse van de doelmatigheid	37
3.3	Bedrijfsvoering van de instelling	37
3.4	Doelmatigheid en gegevensverzameling	38
3.5	Toerekenen kosten aan producten	38
4.	De kwaliteit van verpleeg- en verzorgingshuizen	39
4.1	Cliënten beoordelen instellingen op hun prestaties, onderverdeeld in vier kwalitatieve dimensies	39
4.2	Kwalitatieve dimensie ten opzichte van de doelmatigheid	41
4.3	Kwalitatieve dimensies en gegevensverzameling	42
5.	Relevante omgevingsfactoren	43
5.1	Modelmatige benadering voor het bepalen van de zorgvraag	44
5.2	Identificatie van de best-practice-instellingen	45
DEEL II ERVARINGEN EN BEVINDINGEN UIT DE PRAKTIJK		
6.	Opzet benchmarkonderzoek in de praktijk	47
7.	Kwantitatieve vragenlijst gericht op meting doelmatigheid in enge zin	49
7.1	Inzet van mensen en budgetten bepaalt de prestatie, maar kent grote verschillen	50
7.2	Opmerkingen bij de kwalitatieve vragenlijst	51
7.3	Specificatie kostenregistraties is onvoldoende voor benchmarking	52
7.4	Eenduidige productdefinitie op basis van zorgzwaarte ontbreekt nog	53

8.	Cliëntenraadpleging levert zinvolle bijdrage aan benchmarking	55
8.1	Doel en uitvoering cliëntenraadpleging	55
8.2	Opmerkingen over groepsinterviews	56
8.3	Optimalisatie cliëntenraadpleging door uitbreiding met vragenlijsten	57
8.4	Resultaten cliëntenraadpleging in de praktijk	58
9	Medewerkersvragenlijst in aangepaste vorm	59
9.1	Doel en uitvoering medewerkersvragenlijst	59
9.2	Opmerkingen bij de medewerkersvragenlijst	60
9.3	Resultaten medewerkersvragenlijst in de praktijk	60
10.	Managementvragenlijst levert essentiële basisgegevens	61
10.1	Doel en uitvoering managementvragenlijst	61
10.2	Vragenlijst vergt op onderdelen een bijstelling	61

DEEL III HAALBAARHEID BENCHMARKONDERZOEK BEOORDEELD

11.	Haalbaarheid benchmarkonderzoek beoordeeld	64
11.1	Inleiding	64
11.2	Conclusies haalbaarheidsonderzoek	64
11.3	Randvoorwaarden benchmarking	69
11.4	Aanbevelingen	72

BIJLAGEN:

A.	Bij het onderzoek betrokken instellingen	76
B.	De Balanced Score Card	78

VOORWOORD

Dit rapport bevat de resultaten van het haalbaarheidsonderzoek naar de ontwikkeling van een integraal benchmarkinstrument voor de sector verpleging en verzorging. Wij zijn veel dank verschuldigd aan de instanties met wie wij hebben samengewerkt om dit onderzoek te kunnen uitvoeren. Allereerst de koepelorganisaties WoonZorg Federatie (WZF) en Nederlandse Vereniging voor Verpleeghuiszorg (NVVz), die veel energie in het onderzoek hebben geïnvesteerd. Zij hebben het onderzoek kritisch gevolgd, alle voorstellen en notities van de onderzoekers van reacties voorzien, informatie aangeleverd en belangrijke inhoudelijke bijdragen aan het onderzoek geleverd. Daarnaast hebben zij bemiddeld bij het vinden van instellingen die bereid waren deel te nemen aan het praktijkonderzoek.

Ook deze instellingen zijn wij zeer erkentelijk. Zij hebben veel tijd besteed aan het invullen en becommentariëren van de vragenlijsten en het bijwonen van bijeenkomsten. Dankzij hen is het praktijkonderzoek een succes geworden en hebben wij de nodige verbeteringen in de door ons ontwikkelde instrumenten kunnen aanbrengen.

Wij bedanken ook anderen: de deelwerkgroep die het onderzoek heeft begeleid (met als leden vertegenwoordigers van de ministeries van Financiën en Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), de WZF, de NVVz en het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg), de instellingen die wij als klankbord hebben benaderd in de fase dat het model werd ontwikkeld, en zeker niet in de laatste plaats de medewerkers van de directie Ouderenbeleid van het ministerie van VWS.

SAMENVATTING

In de periode februari tot en met december 1998 hebben PricewaterhouseCoopers en Berenschot B.V. in opdracht van het ministerie van VWS in samenwerking met de koepelorganisaties WZF en NVVz een haalbaarheidsonderzoek uitgevoerd naar de mogelijkheden voor toepassing van een integraal benchmarkanalysemodel in de sector verpleging en verzorging en de voorwaarden waaronder een benchmarkmodel kan worden toegepast.

In dit rapport wordt benchmarking als volgt gedefinieerd:

het continue en systematische proces om waar mogelijk prestaties te verbeteren door prestatieniveaus, processen en werkwijzen te vergelijken met die van toonaangevende organisaties uit de sector verpleging en verzorging om op basis van excellente prestaties en werkwijzen verbeteringsmogelijkheden te identificeren en te implementeren.

In de opdrachtverlening had het ministerie van VWS vastgelegd dat de onderzoeksbureaus bij de opzet en uitvoering van het haalbaarheidsonderzoek rekening zouden moeten houden met de visie en uitgangspunten van de koepelorganisaties WZF en NVVz en het referentiekader van de werkgroep Interdepartementale Beleidsonderzoeken (IBO). Na de opdrachtverlening van 16 maart 1998 door het ministerie van VWS is een startnotitie opgesteld, waarin het doel, de reikwijdte en de onderzoeksaanpak zijn omschreven. Deze startnotitie is bestuurlijk geaccordeerd en vormde de basis voor dit rapport.

De in de startnotitie vastgelegde uitgangspunten hadden met name betrekking op het uitbreiden van het benchmarkonderzoek met de aspecten kwaliteit en bedrijfsvoering omdat een beoordeling van de doelmatigheid van instellingen op basis van een set kengetallen als te beperkt en voor de instellingen minder bruikbaar en zinvol werd beschouwd. Dit vanuit de gedachte dat de spiegelinformatie uit het benchmarkinstrument het management van de instellingen dient te ondersteunen bij het optimaliseren van de kwaliteit, doelmatigheid en transparantie van de organisatie. Als centrale vraagstelling is in de startnotitie geformuleerd: kan voor de sector verpleging en verzorging één integraal benchmarkinstrument worden ontwikkeld en, zo ja, onder welke condities?. Het onderzoek is niet bedoeld voor de opzet en inrichting van bekostigingsmodellen. Een specifieke vraag in dit verband is of voor de sector verpleging en verzorging volstaan kan worden met één benchmarkmodel of dat de ontwikkeling van twee modellen noodzakelijk is.

Het haalbaarheidsonderzoek is in drie fasen uitgevoerd. In de eerste fase is, in de eerste helft van 1998, het door de onderzoeksbureaus aangereikte benchmarkanalysemodel in samenwerking met de koepelorganisaties ontwikkeld. Voor het operationaliseren van het model is in de tweede fase vervolgens een instrumentarium ontwikkeld, bestaande uit diverse vragenlijsten en een methode voor het inventariseren van de mening van de cliënten. Een belangrijk uitgangspunt daarbij was zo veel mogelijk gebruik te maken van reeds bestaande instrumenten en registratiemethoden. Het instrumentarium is vervolgens als onderdeel van de tweede fase bij zeven verzorgingshuizen en zes verpleeghuizen toegepast. Dit praktijkonderzoek had onder meer als doel om te bezien of de instellingen in staat zijn om met behulp van het ontwikkelde instrumentarium de benodigde gegevens te leveren. In de derde fase van het onderzoek zijn de verschillende deelresultaten van het praktijkonderzoek geanalyseerd en is de haalbaarheid van de toepasbaarheid van het benchmarkanalysemodel binnen de sector verpleging en verzorging beoordeeld.

CONCLUSIES HAALBAARHEIDSONDERZOEK

Benchmarkanalysemodel

Op grond van de ervaringen met het benchmarkanalysemodel tijdens het praktijkonderzoek en de besprekingen met de koepelorganisaties en bij het praktijkonderzoek betrokken instellingen is geconcludeerd dat de conceptuele opzet van het ontwikkelde benchmarkanalysemodel voor de sector verpleging en verzorging en de daarin opgenomen bouwstenen voor een beoordeling van de prestaties van een instelling worden gedragen door de koepelorganisaties en de instellingen die bij het praktijkonderzoek zijn betrokken. Daarmee is een belangrijke basis gelegd voor de verdere voorbereiding en uitvoering van een benchmarkonderzoek. De opzet van het benchmarkanalysemodel en de hierin opgenomen bouwstenen bevatten naar het oordeel van de koepelorganisaties en de instellingen die aan het praktijkonderzoek hebben deelgenomen naar verwachting bruikbare aanknopingspunten voor een vergelijking van de prestaties van vergelijkbare instellingen en het doorvoeren van verbeteringen door het instellingsmanagement. Het model doet recht aan zowel het belang van een goede kwaliteit van de zorgverlening als het belang van doelmatigheidsaspecten in engere zin en onderkent het belang van omgevingsfactoren, zoals de zorgvraagontwikkeling. De omgevingsfactoren en de maatschappelijke waardering zijn overigens onderdelen van het analysemodel die in het praktijkonderzoek niet verder zijn uitgewerkt en getoetst.

Het feit dat binnen de sector verpleging en verzorging op dit moment de ontwikkeling van een eenduidig begrippenkader nog niet is afgerond, vormt een knelpunt bij de toepassing van het benchmarkanalysemodel. Geconcludeerd wordt dat op dit moment nog geen volledig betrouwbaar beeld van de gemiddelde zorgzwaarte binnen een instelling op basis van de bestaande registratiemethoden (EBIS-zorgzwaartemeting en de LZV-SIVIS) kan worden verkregen. Dit impliceert dat de verklaringskracht van het zorgzwaartecijfermateriaal en de onderbouwing van de uitkomsten beperkingen kennen. De WZF heeft in 1998 een uitgebreid onderzoek uitgevoerd, gericht op volledige vernieuwing van de EBIS-zorgzwaartemeting. Dit onderzoek heeft geresulteerd in een actuele methode van zorgmeting, die geschikt is voor toepassing op de huidige doelgroepen van het verzorgingshuis en waarmee onderscheid kan worden gemaakt naar cliënttype en bijbehorende zorgzwaarte. Het onderzoeksrapport zal in januari 1999 aangeboden worden aan het ministerie van VWS. Ook de hulpindex wordt momenteel aangepast, zodat die op een adequate wijze op alle doelgroepen kan worden toegepast. Omdat in verzorgings- en verpleeghuizen overeenkomstige doelgroepen worden verzorgd, hebben de WZF en de NVVz besloten om in de eerste helft van 1999 een gezamenlijk afstemmings-traject te volgen, dat moet leiden tot identieke zorgvragen voor de zorgmeting in zowel verzorgings- als verpleeghuizen. De beoogde eenduidige productdefinitie komt daarmee aanzienlijk dichterbij.

Uit het praktijkonderzoek is gebleken dat het mogelijk is om voor de verpleeghuizen en de verzorgingshuizen grotendeels hetzelfde instrumentarium te gebruiken. Voor het inventariseren van de benodigde kwantitatieve gegevens en het cliëntenoordeel moeten echter op onderdelen verschillende vragenlijsten met bijbehorende invulinstructies worden gebruikt. Hierdoor kan rekening worden gehouden met de binnen de beide sectoren gehanteerde begrippen en registratiemethoden.

Enkele instellingen konden de gevraagde kwantitatieve gegevens vanuit de bestaande administraties op een eenvoudige wijze en binnen een kort tijdsbestek (enkele dagen) leveren. Voor de verzorgingshuizen die geen EBIS-kostenrapportage toepassen en de verpleeghuizen die de jaarenquête verpleeghuizen niet (kunnen) invullen, vergt het invullen van de vragenlijsten een forse inspanning. Voor sommige instellingen bleek de vereiste inspanning een te grote tijdsinvestering te vergen, die in het kader van de haalbaarheidsstudie niet kon worden geleverd.

De door de werkgroep Interdepartementale Beleidsonderzoeken (IBO) ontwikkelde set kengetallen is naar onze mening door de instellingen te genereren, met uitzondering van de productiviteitskengetallen. Hierbij tekenen wij aan dat voor de berekening van de kengetallen in sommige gevallen een aanzienlijke inspanning moet worden geleverd omdat de vereiste uitsplitsing van de personeelskosten niet in de (financiële) administratie is aangebracht. De IBO-productiviteitskengetallen kunnen niet worden berekend omdat de instellingen de daarvoor vereiste gegevens niet registreren. De IBO-kengetallen worden door zowel de koepelorganisaties als de bij het onderzoek betrokken instellingen en de onderzoekers te eenzijdig geacht om gebruikt te kunnen worden voor een adequate vergelijking van de prestaties van de instellingen binnen de sector verpleging en verzorging. Deze set kengetallen is gericht op een beoordeling van de doelmatigheid in enge zin en zou minimaal moeten worden uitgebreid met gegevens over de door een instelling geleverde kwaliteit en omgevingsfactoren.

Cliëntenraadpleging

Uit de haalbaarheidsstudie is gebleken dat binnen de sector verpleging en verzorging het opnemen van het oordeel van de cliënten in een benchmarkonderzoek de inzet van verschillende instrumenten vereist. Gebleken is dat op basis van een groepsinterview met de bewoners of patiënten van een instelling een belangrijke indruk van het cliëntenoordeel kan worden verkregen. Wel is bij het groepsinterview soms enige onderlinge beïnvloeding te constateren. Door naast het groepsinterview met cliënten ook individuele vragenlijsten te gebruiken, wordt het beeld gecompleteerd en het beïnvloedingsprobleem weggenomen.

De deelnemers aan de cliëntenraadpleging hebben veelal positief gereageerd op het feit dat het cliëntenoordeel deel uitmaakt van een benchmarkonderzoek naar de doelmatigheid en kwaliteit van verzorgings- en verpleeghuizen. Een bijkomend voordeel van de uitvoering van de cliëntenraadpleging is dat de positie van de cliënt in de instelling wordt verstevigd.

De beoordeling van het cliëntenperspectief is een onderwerp waaraan ook de Nederlandse Patiënten/Consumenten Federatie (NP/CF), in samenwerking met de Nederlandse Vereniging voor Belangenbehartiging Verpleeghuisbewoners (NVBV) en de Landelijke Organisatie Cliëntenraden (LOC) veel aandacht besteedt. Hoe het onderdeel van de cliëntenraadpleging binnen een benchmarkonderzoek zich verhoudt tot de beoordeling van het cliëntenperspectief, georganiseerd door de NP/CF, zal in de toekomst nader verkend moeten worden, zodat er geen dubbele belasting van de instellingen en de cliënten ontstaat.

Vragenlijsten management en medewerkers

De ontwikkelde vragenlijsten voor het management en de medewerkers van een instelling, worden als zinvolle onderdelen van het benchmarkanalysemodel beschouwd. Het onderling vergelijken van de opzet en inrichting van de bedrijfsvoering van de verschillende instellingen en het identificeren van verbeterpunten voor het management van de instellingen krijgen een meerwaarde als voor de sector verpleging en verzorging een eenduidig begrippenkader wordt ontwikkeld.

De instellingen hebben aangegeven dat de ondervonden werkdruk naar verwachting mede wordt bepaald door de wijze waarop binnen de instelling wordt omgegaan met pieken en dalen in de zorgvraag. Hierover zijn bij de instellingen op dit moment onvoldoende vergelijkbare en onderbouwde kwantitatieve gegevens beschikbaar. Een objectief referentiekader om de door de medewerkers ondervonden werkdruk te meten, ontbreekt op dit moment.

RANDVOORWAARDEN BENCHMARKING

Voor een zinvolle en succesvolle verdere uitwerking van een benchmarkinstrument binnen de sector verpleging en verzorging achten wij de conceptuele opzet van het in samenwerking met de sector ontwikkelde benchmarkanalysemodel en de bijbehorende vragenlijsten een goed vertrekpunt. Hierbij achten wij het noodzakelijk dat aan de onderstaande randvoorwaarden wordt voldaan.

- In de komende periode dienen in aansluiting op initiatieven vanuit de sector zelf de producten van de sector verpleging en verzorging eenduidig te worden gedefinieerd en door de instellingen te worden geregistreerd. Bij de productdefinitie dient rekening te worden gehouden met de zorgzwaarte van de cliënten.
- Voor een goede vergelijkbaarheid van de resultaten van de cliëntenraadpleging dienen de cliënten van verzorgings- en verpleeghuizen over een helder referentiekader ten aanzien van de te verwachten zorg- en dienstverlening bij opname in het verpleeg- of verzorgingshuis te beschikken.

- Voor de beoordeling van de doelmatigheid dienen de effecten van de verschillende manieren van registreren te worden geëlimineerd om de vergelijkbaarheid van de instellingen te waarborgen. Hiertoe dient een aantal definities van enkele belangrijke kostensoorten te worden aangescherpt. Ook dient rekening te worden gehouden met de zogenaamde derdegeldstroom-activiteiten van een instelling en het feit dat in de plannen verzorgingshuizen 1997 – 2000 de vergoedingen voor de variabele kosten verschillend zijn.
- Naast de voor de cliënten van de instelling geïndiceerde zorg moet ook de door een instelling daadwerkelijk geleverde zorg worden geregistreerd. Op deze wijze kan bij de beoordeling van de doelmatigheid en kwaliteit van een instelling rekening worden gehouden met de mate waarin de geïndiceerde zorg daadwerkelijk is geleverd.
- Over de wijze waarop een toekomstig benchmarkonderzoek wordt uitgevoerd, moeten de betrokken partijen van tevoren heldere procedure-afspraken maken. Aspecten die hierbij adequaat dienen te worden geregeld, betreffen onder meer:
 - het beheer en het eigendom van de geïnventariseerde gegevens;
 - de openbaarheid van gegevens;
 - de rol en de verantwoordelijkheden van de bij een benchmarkonderzoek betrokken partijen (het ministerie van VWS, de koepelorganisaties, de instellingen, het COTG, de Ziekenfondsraad, Zorgverzekeraars Nederland, cliëntenvertegenwoordigers en eventueel in te schakelen onderzoekers);
 - de wijze waarop de omgevingsfactoren kunnen worden geïnventariseerd;
 - de wijze waarop de participatie van de instellingen in een dergelijk onderzoek wordt bevorderd.

AANBEVELINGEN

De hoofdconclusie van het haalbaarheidsonderzoek luidt dat, mits aan bovengenoemde randvoorwaarden wordt voldaan, de ontwikkeling van een integraal instrumentarium voor de toepassing van het benchmarkanalysemodel binnen de sector verpleging en verzorging op termijn mogelijk wordt geacht. Wij achten de uitvoering van een integraal benchmarkonderzoek in de sector verpleging en verzorging over 1998 niet zinvol.

De komende periode kan worden benut voor het invullen van de randvoorwaarden voor de uitvoering van een benchmarkonderzoek in de nabije toekomst. Wij geven de betrokken partijen in overweging om in het kader van de Meerjarenaafspraken een stappenplan te ontwikkelen waarin een planning voor het systematisch invullen van de randvoorwaarden is opgenomen. Naar ons oordeel dienen in het stappenplan de volgende aspecten te worden opgenomen:

- De wijze waarop en de periode waarbinnen tot uniforme productdefinities kan worden gekomen.
- De wijze waarop en met ingang van welke periode de instellingen deze producten eenduidig in de administratieve systemen kunnen registreren.
- De wijze waarop de registratie van de zorgzwaarte in de sector systematisch kan worden gerealiseerd. De vernieuwde EBIS-registratie en de vernieuwing van de hulpindex kunnen hieraan mogelijk belangrijke bijdragen leveren.
- De vaststelling van de kosten- en productiegegevens die minimaal nodig zijn voor een benchmarkonderzoek, op basis van het in het haalbaarheidsonderzoek ontwikkelde instrumentarium. Deze gegevens dienen uit de (financiële) administratie van de instelling te kunnen worden gehaald.
- De wijze waarop cliëntenraadplegingen binnen de sector kunnen worden opgezet, waarbij wordt aangesloten bij wat in de sector al gebeurt. Hierbij moet worden gezien op welke wijze de vereiste onafhankelijkheid van de onderzoekers kan worden gewaarborgd.
- De wijze waarop de omgevingsfactoren (onder meer wachtlijsten en de relatieve beschikbaarheid van zorgvoorzieningen voor ouderen) en de maatschappelijke waardering als onderdelen van het benchmarkanalysemodel kunnen worden geïnventariseerd.
- De schaal waarop, de periode waarover en de frequentie waarmee binnen de sector verpleging en verzorging een benchmarkonderzoek zal worden uitgevoerd.

Naar onze mening kunnen de resultaten van bovenstaande activiteiten relatief eenvoudig in het ontwikkelde model worden verwerkt zonder de conceptuele opzet van het model te wijzigen. Alleen onderdelen van het meetinstrumentarium moeten worden aangepast. Dit betekent dat het model toekomstbestendig is.

Ten slotte merken wij op dat een zorgvuldige en kansrijke voorbereiding en uitvoering van een benchmarkonderzoek de inzet van alle betrokken partijen vereist. Op grond van de ervaringen die we hebben opgedaan tijdens de haalbaarheidsstudie binnen de sector verpleging en verzorging, vertrouwen wij erop dat voor de sector verpleging en verzorging voldoende expertise aanwezig is en dat alle betrokken partijen eraan zullen bijdragen het management van de instellingen in de gelegenheid te stellen om de prestaties van de instellingen waar mogelijk te verbeteren door bruikbare spiegelinformatie aan te reiken.

INLEIDING

In de periode februari tot en met december 1998 hebben de onderzoeksbureaus PricewaterhouseCoopers en Berenschot in opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) in samenwerking met de koepelorganisaties WoonZorg Federatie (WZF) en Nederlandse Vereniging voor Verpleeghuiszorg (NVVz) een haalbaarheidsonderzoek uitgevoerd naar de mogelijkheden om binnen de sector verpleging en verzorging een integraal benchmarkanalysemodel toe te passen.

Dit rapport bevat de resultaten van dit haalbaarheidsonderzoek. In deze inleiding wordt ingegaan op de achtergrond van benchmarking in de zorgsector en het hierbij beoogde ambitieniveau. Vervolgens worden de doelstelling, de reikwijdte en de fasering van het haalbaarheidsonderzoek en de betrokkenheid van het veld bij de uitvoering hiervan toegelicht. Ten slotte wordt de opbouw van de rapportage weergegeven.

VAN EFFICIENCYONDERZOEKEN NAAR BENCHMARKING

In het kader van de financiële vernieuwing is onder het eerste kabinet-Kok een aantal efficiencyonderzoeken in de collectieve sector geïnitieerd. Aanleiding voor deze onderzoeken is de hoge collectievelastendruk. Door in de collectieve sector marktelementen te simuleren, zoals transparantie in de markt en duidelijke opdrachtrelaties, kan de overheid verantwoording afleggen over de besteding van collectieve middelen én de geleverde prestaties. Voor het ministerie van VWS is een dergelijk onderzoek aangewezen voor de voorzieningen die vallen onder de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ).

Het ambitieniveau van benchmarking in de AWBZ-sector

Voor de begeleiding van de benchmarkonderzoeken in de zorgsector is een interdepartementale werkgroep ingesteld. Deze werkgroep Interdepartementale Beleidsonderzoeken (IBO), is van mening dat benchmarking in de AWBZ-sector twee belangrijke functies kan vervullen:

1. Het verschaffen van inzicht aan de instelling in de relatieve betekenis van de geleverde prestaties in de bedrijfsvoering.
2. Het verschaffen van verantwoording aan derden over de inzet van middelen en geleverde prestaties. Die derden kunnen cliënten, zorgkantoren en de overheid zijn.

Op basis hiervan heeft de werkgroep IBO de doelstelling van de benchmarkonderzoeken in de AWBZ-sector als volgt geformuleerd:

“het ontwikkelen van een methodiek op basis van kengetallen, waarmee prestaties van vergelijkbare instellingen in de AWBZ-sector op het punt van bedrijfsvoering en zorgverlening gemeten en vergeleken kunnen worden.”

De werkgroep IBO stelt zich ook op het standpunt dat benchmarking niet primair dient te worden aangewend als grondslag voor de bekostiging van instellingen.

De werkgroep heeft een referentiemodel opgesteld, waarin de volgende basiseisen aan een benchmarkmodel worden gesteld:

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

Als randvoorwaarden voor de toepassing van benchmarkmodellen heeft de werkgroep IBO genoemd:

- beschikbaarheid van eenduidige productdefinities;
- inrichting van instellingsadministraties op registratie en producten van kengetallen;
- mogelijkheden om verschillen in zorgzwaarte tussen (categorieën van) cliënten vast te stellen;
- een adequaat informatiestelsel.

De werkgroep IBO heeft een set van acht kengetallen opgesteld die de prestaties van een instelling meten. De onderzoeksbureaus, die bij de uitvoering van de benchmarkonderzoeken in de AWBZ zijn betrokken, werden verzocht minimaal de volgende kengetallen te leveren:

- de totale (genormeerde) productie ten opzichte van het budget aanvaardbare kosten exclusief kapitaalslasten;
- de producten ten opzichte van het direct zorgpersoneel (per product, in volume en geld);
- de producten ten opzichte van het faciliterend personeel (per product in volume en geld);
- het zorgpersoneel ten opzichte van het faciliterend personeel (in volume en geld);

- de producten ten opzichte van het totale personeel (per product, in volume en geld);
- de materiële kosten per personeelslid;
- de direct productieve tijd van het zorgpersoneel ten opzichte van de indirect productieve tijd van het zorgpersoneel;
- het exploitatieresultaat ten opzichte van het budget aanvaardbare kosten, exclusief kapitaalslasten.

Voor de sector verpleging en verzorging hebben de onderzoeksbureaus in overleg met het ministerie van VWS als opdrachtgever en de koepelorganisaties WZF en NVVz de doelstelling en de reikwijdte van het onderzoek aangepast. In de opdrachtverlening van 16 maart 1998 heeft het ministerie van VWS vastgelegd dat de onderzoeksbureaus bij de opzet en uitvoering van het haalbaarheidsonderzoek rekening zouden moeten houden met de visie en uitgangspunten van de koepelorganisaties WZF en NVVz en het referentiekader van de werkgroep IBO.

Na de opdrachtverlening door het ministerie van VWS is een startnotitie opgesteld, waarin het doel, de reikwijdte en de onderzoeksaanpak zijn omschreven. Deze startnotitie is bestuurlijk geaccordeerd en vormde de basis voor dit rapport.

VRAAGSTELLING EN DOELSTELLING HAALBAARHEIDSONDERZOEK

Als centrale vraagstelling is in de startnotitie geformuleerd: kan voor de sector verpleging en verzorging één integraal benchmarkinstrument worden ontwikkeld en, zo ja, onder welke condities?. De instellingen die het best presteren (best-practice-instellingen) worden daarbij geïdentificeerd op basis van de drie bouwstenen in het denkmodel; de door hen gehanteerde sturingsinstrumenten kunnen aanknopingspunten bieden voor het verbeteren van de efficiency of kwaliteit in andere instellingen.

Een benchmarkinstrument dient er dus toe het management van instellingen te ondersteunen bij het optimaliseren van de kwaliteit, doelmatigheid en transparantie van de organisatie. In dit kader wordt het zinvol geacht om de aspecten zorg, bedrijfsvoering, infrastructuur en sociaal beleid in hun onderlinge samenhang te bezien. Het onderzoek is niet bedoeld voor de opzet en inrichting van bekostigingsmodellen. Een specifieke vraag in dit verband is of voor de sector verpleging en verzorging volstaan kan worden met één benchmarkmodel, of dat de ontwikkeling van twee modellen noodzakelijk is.

Reikwijdte van het haalbaarheidsonderzoek

Het onderzoek in de sector verpleging en verzorging is gericht op de zorg- en dienstverlening die geboden wordt door verpleeghuizen en verzorgingshuizen. Daaronder worden in principe alle intramurale, semi-murale en extramurale producten van deze instellingen verstaan. Het onderzoek betreft niet alleen de doelmatigheid in engere zin (producten versus de daarvoor gemaakte kosten), maar ook de kwaliteit van de producten en de rol van relevante omgevingsfactoren.

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

In dit rapport wordt onder benchmarking in de sector verpleging en verzorging het volgende verstaan:

het continue en systematisch proces om waar mogelijk prestaties te verbeteren door prestatieniveaus, processen en werkwijzen te vergelijken met die van toonaangevende organisaties uit de sector verpleging en verzorging om op basis van excellente prestaties en werkwijzen verbeteringsmogelijkheden te identificeren en te implementeren.

De toonaangevende organisaties komen uit de sector verpleging en verzorging zelf. In het benchmarkanalysemodel wordt geen fictieve best-practice-instelling gecreëerd met normen voor doelmatigheid en kwaliteit, waaraan de bestaande instellingen zouden moeten kunnen voldoen. Verbeteringsmogelijkheden kunnen aan bestaande instellingen worden ontleend.

Brede toepassing van het benchmarkanalysemodel kan inzicht geven in de prestaties van de sector als geheel. De toepassing van het benchmarkanalysemodel in de sector verpleging en verzorging is echter primair gericht op het leveren van aangrijpingspunten voor het management van instellingen om de kwaliteit, doelmatigheid en transparantie van de organisatie te optimaliseren. In tweede instantie kan het model gebruikt worden om inzicht te krijgen in het presteren van de sector verpleging en verzorging in zijn geheel. Ten slotte kan het model een rol spelen bij het afleggen van verantwoording voor de besteding van AWBZ-gelden aan derden. Het benchmarkanalysemodel moet dan volledig zijn ingevuld en de gegevens moeten eenduidig in de sector worden verzameld. Instellingen kunnen dan in het openbaar worden aangesproken op de geleverde prestaties, zowel door de cliënten en zorgkantoren als door de overheid.

FASERING HAALBAARHEIDSONDERZOEK

Bij de uitvoering van het haalbaarheidsonderzoek zijn drie fasen onderscheiden:

- fase 1: de analyse van de haalbaarheid van de ontwikkeling van een benchmarkanalysemodel;
- fase 2: de ontwikkeling van het instrumentarium en de toetsing hiervan in de praktijk bij een aantal instellingen;
- fase 3: de analyse van de bevindingen en het opstellen van een rapport waarin is aangegeven onder welke voorwaarden de toepassing van een benchmarkmodel in de sector haalbaar wordt geacht.

Hieronder wordt elke fase kort toegelicht. Hierbij wordt verwezen naar het deel van dit rapport waarin uitgebreider aandacht wordt besteed aan het betreffende gedeelte van het onderzoek.

Fase 1: de analyse van de haalbaarheid van de ontwikkeling van een benchmarkanalysemodel

In de eerste helft van 1998 is op voordracht van de onderzoeksbureaus in samenwerking met de koepelorganisaties een benchmarkanalysemodel ontwikkeld. Ook is een eerste aanzet gegeven voor de ontwikkeling van het bijbehorende instrumentarium voor de gegevensverzameling.

Bij de opzet van het benchmarkanalysemodel voor de sector verpleging en verzorging zijn de volgende uitgangspunten gehanteerd:

- Recht doen aan kwaliteit van zorg.
- Rekening houden met bedrijfsvoeringsaspecten, zoals sociaal beleid en infrastructuur.
- Waar mogelijk gebruikmaken van gegevens uit huidige registratiemethoden binnen de sector.
- Rekening houden met de omgevingsfactoren en de ontwikkeling van de zorgvraag.
- Het oordeel van de cliënten en de medewerkers betrekken bij een oordeel over de prestaties van de instelling.
- Benchmarking moet aangrijpingspunten voor het management van instellingen opleveren om waar mogelijk de kwaliteit en doelmatigheid te verbeteren.
- Rekening houden met het IBO-referentiekader.

In deel I van dit rapport is een uitgebreide beschrijving van het ontwikkelde benchmarkanalysemodel opgenomen en worden de overwegingen bij de in het model opgenomen bouwstenen aangegeven.

Fase 2: de ontwikkeling van het instrumentarium en de toetsing hiervan in de praktijk bij een aantal instellingen

Het ministerie van VWS heeft de onderzoekers verzocht het ontwikkelde benchmarkanalysemodel verder te operationaliseren. In deze fase van het haalbaarheidsonderzoek zijn in samenwerking met de NVVz en de WZF vragenlijsten ontwikkeld om de benodigde gegevens te inventariseren en het benchmarkanalysemodel in de praktijk bij een aantal instellingen te toetsen. Belangrijk uitgangspunt daarbij was zo veel mogelijk gebruik te maken van gegevens uit bestaande registraties.

In dit kader zijn vier instrumenten ontwikkeld:

- een vragenlijst voor de inventarisatie van kwantitatieve gegevens;
- een methodiek voor de cliëntenraadpleging;
- een vragenlijst voor het management;
- een vragenlijst voor de medewerkers.

De kwantitatieve vragenlijst is gericht op het inventariseren van de productie en kostengegevens van de instellingen. Ook wordt in de lijst gevraagd naar enkele andere kwantitatieve gegevens (onder meer over ziekteverzuim).

In de vragenlijst voor het management wordt gevraagd naar de opzet en inrichting van de bedrijfsvoering. De onderdelen die hierbij aan de orde komen, betreffen het personeelsmanagement, organisatie-aspecten, kwaliteit en financieel beheer.

Om de mening van de cliënt (en familieleden) te betrekken bij het benchmark-onderzoek zijn de methoden voor cliëntenraadpleging van de landelijke koepelorganisaties Nederlandse Vereniging voor Belangenbehartiging van Verpleeghuisbewoners (NVBV) en Landelijke Organisatie Cliëntenraden (LOC) - voorheen Landelijke Organisatie Bewonerscommissies Bejaardenhuizen (LOBB)- bestudeerd.

Mede aan de hand van deze bestaande instrumenten is voor het benchmarkonderzoek een methode van cliëntenraadpleging opgezet. Het doel van de cliëntenraadpleging is enerzijds het onderzoeken van de mening van de cliënt over de prestaties van de instelling en anderzijds het vergelijken van de inspanningen van de instelling (die door het management zijn aangegeven) met de opvattingen van de cliënten hierover.

Ook wordt de cliënten gevraagd naar het belang dat ze hechten aan bepaalde aspecten van het verblijf in de instelling.

Ten slotte is een medewerkersvragenlijst ontworpen waarin bij het primaire proces betrokken medewerkers, hun leidinggevend en de OR-leden is gevraagd naar de prestatie van de instelling. Deze vragenlijst is opgebouwd uit onderdelen van de managementvragenlijst en de cliëntenraadpleging. De doelstelling van de medewerkersvragenlijst is het toetsen van beleidsimplementatie, de omgang met bewoners en de professionele wijze geven van zorg.

Om de toepasbaarheid van het benchmarkanalysemodel in de praktijk te toetsen en een antwoord te kunnen geven op de vraag of de toepassing van het ontwikkelde benchmarkinstrument in de sector verpleging en verzorging haalbaar is, hebben dertien instellingen het instrumentarium toegepast. In dit kader diende het praktijkonderzoek inzicht te geven in:

- de mate waarin de resultaten zouden kunnen bijdragen aan het vergroten van het inzicht dat het management heeft in de kwaliteit en doelmatigheid van de bedrijfsprocessen;
- de eventuele knelpunten in de toepassing van het model en mogelijke oplossingen daarvoor;
- de verklaring van verschillen die zijn geconstateerd tussen de aan het praktijkonderzoek deelnemende instellingen en de eventuele gevolgen daarvan voor het benchmarkanalysemodel.

In deel II van dit rapport zijn de ervaringen uit de praktijk weergegeven.

Voor de verpleeghuissector is in het praktijkonderzoek door drie concerns een 'tweede spoor' gevolgd. Binnen dit spoor zijn de door de instellingen te bereiken doelstellingen als uitgangspunt gehanteerd. Deze groep introduceert de toepassing van de Balanced Score Card bij benchmarking. Het meten van de door een instelling gerealiseerde prestaties en het relateren hiervan aan de doelstelling(en) van de desbetreffende instelling ligt ten grondslag aan de methodiek van de Balanced Score Card. Hierbij worden vier prestatiegebieden onderscheiden. De onderzoekers beschouwen het gebruik van de Balanced Score Card door het management van een instelling als een mogelijke aanvulling op de toepassing van het benchmarkanalysemodel. Aangezien de methodiek van de Balanced Score Card geen onderdeel is van het benchmarkanalysemodel, wordt hieraan op deze plaats verder geen aandacht besteed. In bijlage B wordt kort ingegaan op de methode van de Balanced Score Card.

Fase 3: de analyse van de bevindingen en het opstellen van een rapport

Op de resultaten uit de praktijk zijn analyses toegepast om het beeld per instelling te bepalen en de onderlinge relaties tussen de meetinstrumenten te onderzoeken. Ook zijn er gesprekken met de instellingen gevoerd over de ervaringen met de meetinstrumenten. De aanbevelingen om het instrumentarium aan te passen die hieruit voortvloeien, zijn in deze fase verwerkt.

Dit rapport gaat enerzijds in op de resultaten van het praktijkonderzoek en geeft anderzijds een antwoord op de vraag of toepassing van het benchmarkanalysemodel in de sector verpleging en verzorging haalbaar is en, zo ja, onder welke voorwaarden.

BETROKKENHEID KOEPELORGANISATIES EN VERPLEEG- EN VERZORGINGSHUIZEN

Bij het haalbaarheidsonderzoek naar benchmarking in de sector verpleging en verzorging zijn de koepelorganisaties WZF en NVVz nauw betrokken geweest. Zij hebben een belangrijke bijdrage geleverd aan de ontwikkeling van het benchmarkanalysemodel en het bijbehorende instrumentarium. Ook hebben de koepelorganisaties instellingen bereid gevonden deel te nemen aan het praktijkonderzoek. In bijlage A zijn alle instellingen weergegeven die betrokken zijn geweest bij de totstandkoming van het benchmarkanalysemodel en de toetsing aan de praktijk.

OPBOUW RAPPORT

In dit rapport wordt verslag gedaan van de genoemde onderdelen uit het haalbaarheidsonderzoek. Eerst wordt in deel I de conceptuele opzet van het benchmarkanalysemodel beschreven en komen de overwegingen aan de orde die geleid hebben tot de ontwikkeling van dit model. In deel II wordt verslag gedaan van de ervaringen die in de praktijk zijn opgedaan bij de toepassing van het instrument. Per instrument zal worden stilgestaan bij de bevindingen, de geconstateerde witte vlekken, de voor- en nadelen en de noodzakelijk geachte aanpassingen van de ontwikkelde instrumenten. In deel III wordt de haalbaarheid van de toepassing van het benchmarkanalysemodel beoordeeld. Hierbij worden conclusies geformuleerd en worden de randvoorwaarden voor een succesvolle toepassing van het benchmarkanalysemodel benoemd. Ook worden enkele aanbevelingen geformuleerd om in de komende periode benchmarking binnen de sector verpleging en verzorging succesvol te kunnen toepassen.

BENCHMARKING IN BREDER PERSPECTIEF

In het regeerakkoord wordt, naast afspraken over wachtlijsten, werkdruk, arbeidsmarktbeleid, informatievoorziening en samenwerking, benchmarking genoemd als een van de instrumenten om de intensiveringsmiddelen toe te kennen. Ook in de nieuwe bestuurlijke aanpak, waarbij binnen de Meerjarenaafspraken op regionaal niveau prestatie-afspraken gemaakt worden tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars, speelt benchmarking een rol in de totstandkoming van het zorgaanbod. Het zorgkantoor en de zorgaanbieders kunnen aan de hand van benchmarkgegevens afspraken maken. In het Jaaroverzicht zorg 1999 (JOZ) worden kengetallen en benchmarkgegevens genoemd als spiegelinformatie voor het management en bestuur van deelsectoren in de gezondheidszorg.

De modernisering van de AWBZ is gericht op bevordering van een doelmatige uitvoering, het leveren van zorg op maat en van kwaliteit van zorg. Het systeem van budgettering binnen de AWBZ zal uiteindelijk worden aangepast, zodat de schotten tussen de sectoren ouderenzorg, gehandicaptenzorg en geestelijke gezondheidszorg gaan verdwijnen. Het aanbod kan meer samenhangend en doelmatig worden georganiseerd en beter aansluiten op de vraag. Een benchmarkanalysemodel moet naar de mening van de opdrachtgever, de koepelorganisaties en de onderzoekers niet alleen rekening houden met doelmatigheid in 'enge zin'. Omgevingsfactoren, de ontwikkeling van de zorgvraag en de kwaliteit van zorg zijn van even groot belang bij een vergelijking van prestaties tussen instellingen en tussen sectoren.

De sector heeft in het licht van de eerder geformuleerde doelstelling van het haalbaarheidsonderzoek in het kader van de Meerjarenaafspraken nadere afspraken over benchmarking gemaakt. In de Meerjarenaafspraken voor de sector verpleging en verzorging is benchmarking genoemd als een van de middelen waarmee tot een betere vergelijkbaarheid van de doelmatigheid van de bedrijfsvoering kan worden gekomen.

In de Meerjarenaafspraken is overeengekomen dat de betrokken partijen naar aanleiding van de resultaten van het haalbaarheidsonderzoek, die in januari 1999 beschikbaar zijn, vóór 1 juli 1999 afspraken zullen maken over de verdere ontwikkeling van het benchmarktraject. Als het niet mogelijk blijkt te zijn het benchmarktraject verder te ontwikkelen zullen, aansluitend op de in het regeerakkoord neergelegde eisen van transparantie, doorzichtigheid en doelmatigheid, de betrokken partijen vóór 1 juli 1999 bezien op welke andere wijze informatie over de doelmatigheid van de bedrijfsvoering van de organisatie kan worden verkregen.

DEEL I

HET BENCHMARKANALYSEMODEL

1. HET BENCHMARKANALYSEMODEL

1.1 Inleiding

In deel I van het rapport lichten wij het analysemodel toe dat voor het haalbaarheidsonderzoek is gehanteerd. Het benchmarkanalysemodel bestaat uit drie bouwstenen: de beoordeling van de doelmatigheid in enge zin, de beoordeling van een aantal kwalitatieve aspecten en een inventarisatie van de omgevingsfactoren. In dit hoofdstuk wordt het benchmarkanalysemodel in zijn geheel gepresenteerd en worden de drie bouwstenen kort beschreven en in hun onderlinge samenhang bekeken. Vervolgens worden de afzonderlijke bouwstenen in de hoofdstukken 2, 3 en 4 nader uitgewerkt en toegelicht. In hoofdstuk 2 komt de beoordeling van de doelmatigheid aan de orde. Daarna wordt in hoofdstuk 3 nader ingegaan op de beoordeling van een aantal kwalitatieve dimensies, onder andere door de cliënten van de instellingen. In hoofdstuk 4 komen enkele relevante omgevingsfactoren aan de orde, zoals de zorgvraag in de regio.

Het model dient niet alleen als basis voor de ontwikkeling van benchmarkinstrumenten, maar ook als basis voor de analyse van de resultaten van een daadwerkelijk uitgevoerd benchmarkonderzoek. In de sector verpleging en verzorging heeft het haalbaarheidsonderzoek zich gericht op de ontwikkeling en toetsing van het model en het bijbehorende instrumentarium. Tijdens het haalbaarheidsonderzoek heeft dus geen ‘echt’ benchmarkonderzoek plaatsgevonden. In de beschrijving van het benchmarkanalysemodel komen activiteiten aan de orde die in het kader van het haalbaarheidsonderzoek niet zijn uitgevoerd. Deze activiteiten zijn volledigheidshalve wel beschreven omdat ze relevant zijn voor de uitvoering van een ‘echt’ benchmarkonderzoek op grote schaal.

1.2 Overview van het benchmarkanalysemodel

Om in een benchmarkonderzoek in de sector verpleging en verzorging te kunnen komen tot een oordeel over het functioneren van instellingen en de mogelijke verschillen te kunnen analyseren, is in het haalbaarheidsonderzoek een conceptueel denkmodel ontwikkeld. Dit hoofdstuk bevat een beschrijving van de belangrijkste bouwstenen van het model. Het hoofdstuk wordt afgesloten met een schematische weergave van het gehele benchmarkanalysemodel waarin de onderscheiden bouwstenen zijn opgenomen. Het model is in principe identiek voor verpleeghuizen en verzorgingshuizen, zij het dat onderkend wordt dat de invulling van de verschillende onderdelen om een zekere differentiatie vraagt.

PricewaterhouseCoopers en Berenschot voeren in het kader van de benchmark-onderzoeken AWBZ-voorzieningen niet alleen in de sector verpleging en verzorging maar ook in de sector thuiszorg een benchmarkonderzoek uit. In de sector thuiszorg betrof dit naast het ontwikkelen en testen van een analysemodel ook de daadwerkelijke verzameling en analyse van gegevens. Er is naar gestreefd om met inachtneming van de bijzondere kenmerken van de sectoren de modellen en instrumenten voor de thuiszorg en voor de verpleging en verzorging zo veel mogelijk op elkaar af te stemmen. Daardoor kunnen in de toekomst wellicht mogelijkheden ontstaan om instellingen uit de twee sectoren, die voor een deel vergelijkbare zorg leveren, ook op andere punten met elkaar te vergelijken.

1.3 De bouwstenen van het benchmarkanalysemodel

Het benchmarkanalysemodel bevat drie bouwstenen: de doelmatigheid van een instelling, de prestaties van een instelling op een aantal kwalitatieve dimensies en de aanwezigheid van een aantal relevante omgevingsfactoren.

1.3.1. Eerste bouwsteen: beoordelen en analyseren van de doelmatigheid

De doelmatigheid van een instelling wordt gemeten door de productie van een instelling te relateren aan de daarvoor gemaakte kosten. Het aan elkaar relateren van productie en kosten en het vergelijken van instellingen op dit punt veronderstelt de aanwezigheid van een voldoende uniforme en discriminerende omschrijving van de verschillende producten en kostensoorten. Al in de fase van de opstelling van het model hebben wij ons gerealiseerd dat in de sector verpleging en verzorging op beide gebieden nog onduidelijkheden bestaan:

- De productomschrijvingen die in de sector worden gehanteerd, discrimineren mogelijk onvoldoende tussen instellingen.
- De door de sector gehanteerde zorgzwaartemetingen zijn onvolledig.
- De door de instellingen gehanteerde registratiemethoden zijn nog onvoldoende eenduidig.

Het praktijkonderzoek bevestigt dit beeld. Zowel de verzorgingshuizen als de verpleeghuizen werken momenteel aan een inhoudelijke aanpassing van de registratiemethoden, maar het zal nog enige tijd duren voordat deze gebruikt kunnen worden in een benchmarkonderzoek. Ook de kostenspecificaties zijn niet altijd vergelijkbaar gebleken, hoewel op dit punt minder grote aanpassingen nodig zijn. In deel II wordt nader op deze problematiek ingegaan.

In het benchmarkanalysemodel wordt voor het aan elkaar relateren van productie- en kostengegevens de Data Envelopment Analysis (DEA) gebruikt. Met behulp van deze kwantitatieve analysemethodiek worden niet alleen kosten- en productiegegevens op totaalniveau aan elkaar gerelateerd, maar worden ook clusters gemaakt van vergelijkbare instellingen. Deze clustering wordt gemaakt op grond van een vergelijkbare samenstelling van het productenaanbod. Binnen deze clusters wijst de DEA-methodiek de meest doelmatige instellingen aan en geeft met een percentage aan in welke mate instellingen hun kostenefficiency kunnen verbeteren.

In het praktijkonderzoek is de DEA-methodiek niet gebruikt vanwege het daarvoor benodigde grotere aantal deelnemende instellingen, maar de bruikbaarheid van de DEA is inmiddels aangetoond in het benchmarkonderzoek voor de thuiszorginstellingen. Voor de verpleeghuissector is de DEA-methodiek met succes toegepast in een onderzoek van het Sociaal en Cultureel Planbureau door J.L.T. Blank en E. Eggink.

Bij de analyse van verschillen in doelmatigheid zal een onderscheid gemaakt dienen te worden tussen factoren die wel en factoren die niet of nauwelijks beïnvloedbaar zijn door het management van de instelling. Bij het identificeren van factoren die van invloed zijn op de doelmatigheid zal empirisch te werk moeten worden gegaan. Dit betekent dat in een benchmarkonderzoek via de vragenlijsten gegevens worden verzameld waarvan op grond van het praktijkonderzoek wordt verondersteld dat ze van invloed zijn op de doelmatigheid. Bij de analyse van de gegevens in een benchmarkonderzoek zal vervolgens moeten worden onderzocht in welke mate deze factoren blijken samen te hangen met de uitkomsten van de beoordeling van de doelmatigheid.

Samenvattend: volgens het benchmarkanalysemodel wordt allereerst via het aan elkaar relateren van kosten en productie de doelmatigheid van instellingen gemeten. Vervolgens worden deze uitkomsten gerelateerd aan de resultaten van een cliëntenraadpleging en omgevingsfactoren. Op basis van een analyse van deze drie bouwstenen worden de best-practice-instellingen geïdentificeerd. Met behulp van de geïnventariseerde kwantitatieve gegevens en de van het management en de medewerkers van de instellingen verkregen kwalitatieve informatie over de opzet en inrichting van de bedrijfsvoering, het sociaal beleid, het zorgbeleid en de infrastructuur van de instelling wordt een analyse gemaakt van de factoren die de prestaties van de instelling mogelijk kunnen verklaren. De wijze waarop de meest succesvolle instellingen hun bedrijfsvoering en kwaliteitsniveau realiseren, wordt daarmee het aanknopingspunt voor andere instellingen om verbeteringen door te voeren.

1.3.2 Tweede bouwsteen: beoordelen en analyseren van kwalitatieve dimensies

De tweede bouwsteen voor het genuanceerd meten en vergelijken van de prestaties van instellingen is de kwaliteit van de zorg- en dienstverlening die de instelling levert. Deze bouwsteen is in het model van even groot belang als de doelmatigheidsbouwsteen. Een instelling die kostenefficiënt werkt maar producten van slechte kwaliteit levert, kan nooit tot de best-practice-instellingen behoren.

Voor het meten van de kwalitatieve dimensies is het prestatie-indicatormodel gebruikt, waarin vier dimensies worden onderscheiden:

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

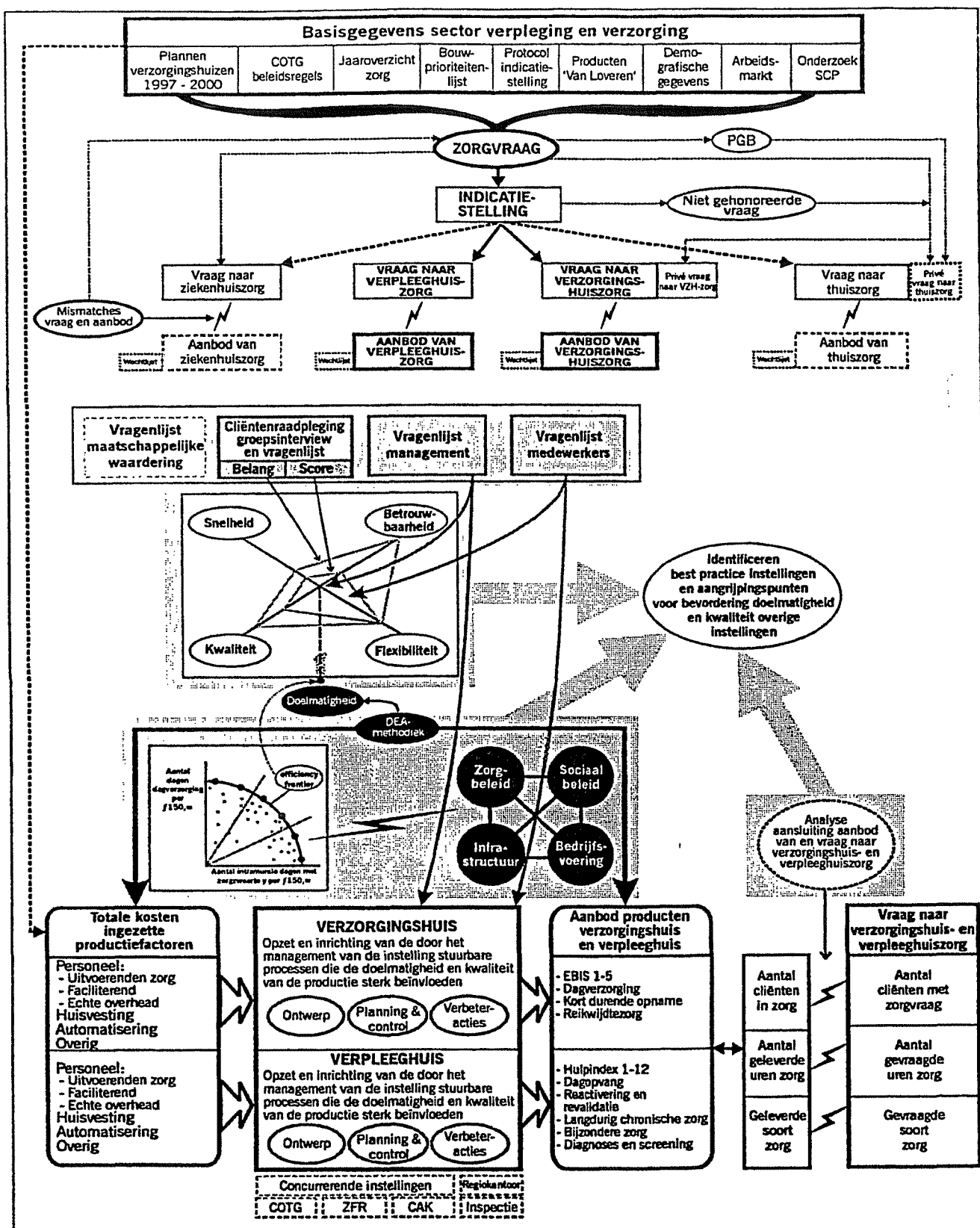
In het benchmarkanalysemodel wordt de kwaliteit op twee manieren gemeten. In de eerste plaats wordt het oordeel van de cliënten over het presteren van een instelling op het gebied van deze vier dimensies gevraagd. Tevens wordt gevraagd naar het relatieve belang dat zij aan de vier onderscheiden dimensies hechten. In de tweede plaats wordt met behulp van de vragenlijsten voor het management en de medewerkers onderzocht op welke wijze de bedrijfsvoering van de instelling is gericht op het bereiken, evalueren, handhaven en verbeteren van de kwaliteit. Hierbij wordt onder andere geïnventariseerd op welke wijze de prestaties op het gebied van de vier kwaliteitsdimensies worden aangestuurd en welke acties het management onderneemt om deze prestaties te meten en te verbeteren.

Het benchmarkanalysemodel voorziet in een mogelijke toekomstige uitbreiding van de kwaliteitsmeting via een vragenlijst maatschappelijke waardering. Hiermee kan, gelet op het maatschappelijk belang van zorginstellingen, aan vertegenwoordigers van instellingen die binnen de gezondheidszorg een centrale positie innemen, worden gevraagd een oordeel te geven over het functioneren van de te benchmarken verpleeg- en verzorgingshuizen. Te denken valt aan het oordeel van regionale partners over samenwerkingsbereidheid of het oordeel van financiers over het punctueel nakomen van afspraken. In het haalbaarheidsonderzoek is er om tijdsredenen voor gekozen dit deel van de kwaliteitsmeting nog niet verder te ontwikkelen.

1.3.3 Derde bouwsteen: omgevingsfactoren

Bij een genuanceerde beoordeling van het functioneren van instellingen behoren ook relevante omgevingsfactoren een rol te spelen. Daarmee wordt bedoeld op factoren die niet of slechts in geringe mate of niet op korte termijn door het management te beïnvloeden zijn, maar die wel van invloed zijn op de doelmatigheid of de kwaliteit. Gedacht kan worden aan arbeidsmarktproblematiek, de bouwkundig-functionele staat van het gebouw of de zorgvraag in de regio waarin het verpleeghuis of verzorgingshuis functioneert. Dit zijn factoren die grotendeels buiten de invloedssfeer van het management liggen. Daarmee is overigens niet gezegd dat het management niet op dergelijke situaties zou moeten inspelen. De wijze waarop het management dit doet, wordt in het benchmarkanalysemodel als een onderdeel van de bedrijfsvoering beschouwd en is meegenomen in het ontwikkelde instrumentarium: de niet-beïnvloedbare component behoort tot de bouwsteen omgevingsfactoren.

De rol die de omgevingsfactoren spelen is in het haalbaarheidsonderzoek niet nader aan de orde geweest. Het in kaart brengen van relevante omgevingsfactoren is geen onderdeel van het benchmarkonderzoek op zich, maar is daarmee wel onlosmakelijk verbonden. In de Meerjarenaafspraken voor de ouderenzorg, die eind 1998 door zorgaanbieders, zorgvragers en het ministerie van VWS zijn ondertekend, komen elementen van de in het benchmarkanalysemodel genoemde omgevingsfactoren terug. Overeengekomen is dat vóór 1 juli 1999 concretere afspraken zullen worden gemaakt.



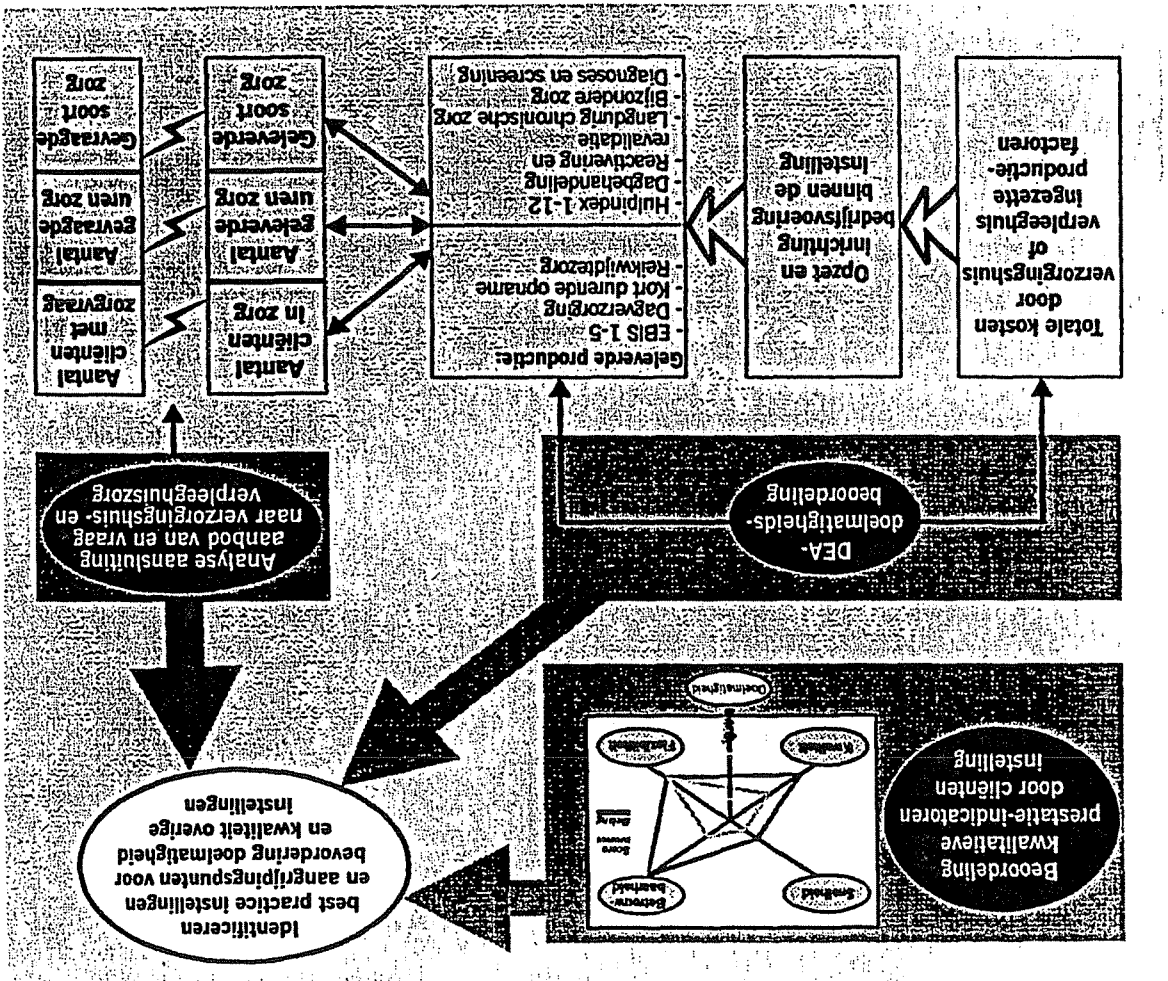
Figuur 1: Het benchmarkanalysemodel

2. BOUWSTENEN BENCHMARKANALYSEMODEL IN ONDERLINGE SAMENHANG

In figuur 2 worden de in dit hoofdstuk beschreven bouwstenen van het benchmark-analysemodel in onderlinge samenhang weergegeven.

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

- de doelmatigheid in engte zin;
- scores op de kwalitatieve prestatie-indicatoren;
- relevante omgevingsfactoren.



Figuur 2: De drie bouwstenen van het benchmarkanalysemodel

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

Het analysemodel wordt gecompleteerd door het onderzoek naar de door het management beïnvloedbare factoren in de bedrijfsvoering. Na identificatie van de best-practice-instellingen wordt onderzocht in hoeverre de bedrijfsvoering van deze instellingen overeenkomsten vertoont. Op deze wijze kunnen indicaties worden verkregen voor een zodanige inrichting van de bedrijfsprocessen dat zowel een doelmatige productie als een kwalitatief hoogwaardige zorgverlening haalbaar wordt. De instellingen die niet tot de best-practice-groep behoren, kunnen hieruit aanknopingspunten afleiden voor het doorvoeren van verbeteringen.

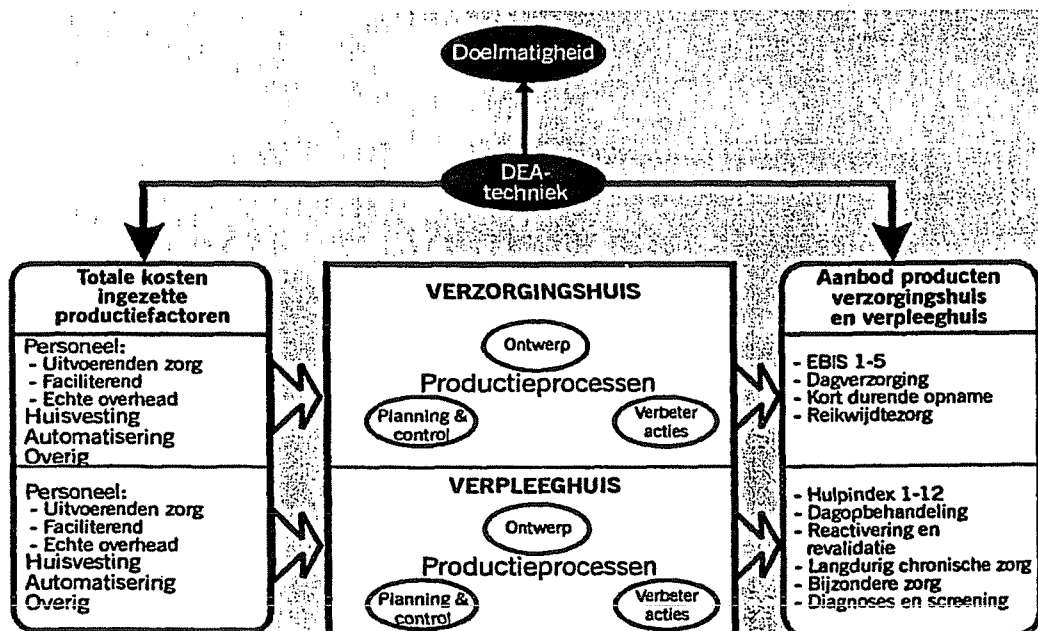
3. DE DOELMATIGHEID VAN VERPLEEG- EN VERZORGINGSHUIZEN

Een belangrijk onderdeel van het benchmarkanalysemodel is de beoordeling van de doelmatigheid van de instellingen met behulp van de DEA-methodiek. De werking van deze methodiek wordt in dit hoofdstuk uitgelegd. Aansluitend wordt ingegaan op het aanleveren van gegevens door de instellingen voor de meting en de analyse van de doelmatigheid.

3.1 Dea-methodiek meet doelmatigheid en clustert vergelijkbare instellingen

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

De DEA-methodiek gaat uit van een 'productiegedachte'. Dit betekent dat de 'input' van een organisatie via een productieproces in 'output' worden omgezet. Door nu de geleverde producten (output) en de hiervoor gemaakte kosten (input) aan elkaar te relateren, ontstaat inzicht in de doelmatigheid van een instelling. Hierbij ligt de nadruk op middelen die in een eenduidige relatie staan tot wat gerealiseerd moet worden: meer van het een (input) leidt tot meer van het ander (output). In figuur 3 is de kern van de DEA-methodiek weergegeven.



Figuur 3: DEA koppelt kosten aan productie

Binnen de DEA-methodiek worden drie soorten efficiëntie onderscheiden:

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

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

3.1.1 Een voorbeeld van de werking van de DEA-methodiek

De werking van de DEA-methodiek wordt hieronder met behulp van een (eenvoudig) voorbeeld geïllustreerd. In het voorbeeld wordt uitgegaan van een situatie waarin de instellingen twee producten leveren: intramurale zorg en dagbehandeling. Om deze twee producten te kunnen leveren, worden door de desbetreffende instellingen kosten gemaakt.

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

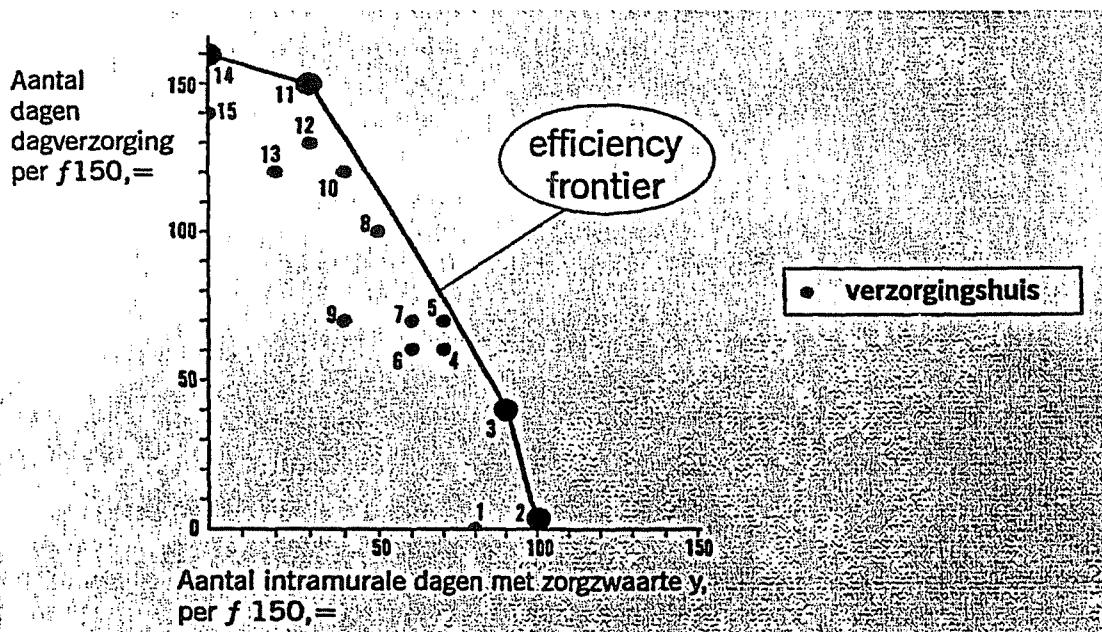
Instelling	Kosten	Intramurale dagen zorgzwaarte y	Dagen dagverzorging
1	150	80	0
2	150	100	0
3	150	90	40
4	150	70	60
5	150	70	70
6	150	60	60
7	150	60	70
8	150	50	100
9	150	40	70
10	150	40	120
11	150	30	150
12	150	30	130
13	150	20	120
14	150	0	160
15	150	0	140

Tabel 1: Gegevens ter illustratie toepassing DEA-methodiek

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

- het aantal dagen intramurale zorg met zorgwaarde y ten opzichte van de totale kosten;
- het aantal dagen dagverzorging ten opzichte van de totale kosten.

In figuur 4 zijn instelling 1 en 2 goed herkenbaar. Omdat zij geen dagbehandeling produceren, komen ze op de x-as terecht. Instelling 2 (de meer doelmatige) is hierbij verder van de oorsprong van de grafiek gepositioneerd omdat deze instelling ten opzichte van instelling 1 meer intramurale zorg realiseert bij dezelfde kosten. Deze redenering kan ook doorgetrokken worden naar de instellingen die twee producten leveren. De meest doelmatige instellingen bevinden zich het verst van de oorsprong van de grafiek. De denkbeeldige lijn die tussen deze meest doelmatige instellingen kan worden getrokken in de DEA-grafiek, wordt *de efficiency frontier* genoemd.



Figuur 4: DEA-grafiek

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

3.1.2 DEA-methodiek kan met meerdere factoren rekening houden

In voorgaand voorbeeld is eenvoudigheidshalve gekozen voor twee producten en zijn de totale kosten niet uitgesplitst in de verschillende soorten middelen die zijn gebruikt voor de productie. Met de DEA-methodiek is het mogelijk om in de analyse rekening te houden met een groter aantal factoren die een rol spelen bij de doelmatigheid van verpleeg- en verzorgingshuizen. Met behulp van de DEA-methodiek kan bijvoorbeeld een indeling gemaakt worden naar instellingen met niet alleen een vergelijkbare productenmix, maar ook een vergelijkbare schaalgrootte. Ook regionale kenmerken, zoals de urbanisatiegraad, kunnen als leidraad voor een clusterindeling worden gehanteerd. Door meer factoren op te nemen, is het gezien het aantal dimensies niet langer mogelijk om de resultaten grafisch inzichtelijk te maken. De werking van de techniek blijft uiteraard hetzelfde.

De kosten van de instellingen kunnen in de analyse worden onderverdeeld in bijvoorbeeld in kosten van personeel (direct zorgpersoneel en faciliterend personeel) en huisvesting en automatisering. Met het aantal factoren dat in de DEA gebruikt wordt, neemt het aantal efficiënte instellingen overigens toe: er zijn dan namelijk navenant meer mogelijkheden om op een onderdeel als 'beste' te scoren.

De output wordt gevormd door de producten die de instellingen leveren. In het model zijn deze voor de verpleeghuizen onderverdeeld in intramurale zorg, dagbehandeling, reactivering en revalidatie, langdurig chronische zorg, bijzondere zorg en diagnose en screening. Deze producten worden steeds gecombineerd met de zorgzwaarte, uitgedrukt in de hulpindex-categorieën. Voor de verzorgingshuizen zijn de intramurale zorg, de kortdurende opname, de dagverzorging en de reikwijdtezorg als producten onderscheiden. Deze producten worden steeds gecombineerd met de zorgzwaarte, uitgedrukt in de zorgzwaartecategorieën van het Extern BudgetteringsInformatieSysteem (EBIS-zorgzwaartecategorieën).

In het haalbaarheidsonderzoek bleek, niet onverwacht, dat deze product beschrijving in de praktijk onvoldoende operationeel en onvoldoende volledig is. In deel II komen wij daarop terug. In de omschrijving van het analysemodel hebben wij ervoor gekozen de omschrijvingen vooralsnog te handhaven, in afwachting van geactualiseerde omschrijvingen, waarvoor op dit moment initiatieven worden genomen. Ook hierop komen wij in deel II terug.

3.1.3 Opmerkingen bij de toepassing van de DEA-methodiek

Toepassing van de DEA-methodiek heeft zowel voor- als nadelen. Als eerste voordeel geldt dat voor de analyse geen inzicht nodig is in de toerekening van de kosten aan de afzonderlijke producten. Dit betekent dat de instellingen daarover geen gedetailleerde gegevens hoeven aan te leveren. Opgemerkt wordt dat de toerekening van kosten aan producten die niet in het benchmarkonderzoek worden meegenomen (kosten van commerciële producten) wel moet plaatsvinden. Voor een zinvolle meting en vergelijking van de doelmatigheid is het essentieel dat alleen die middelen als input in de analyse worden betrokken die ook daadwerkelijk voor de productie van de in het benchmarkonderzoek betrokken producten worden ingezet. De aanwezigheid van overige producten kan overigens wel een verklarende factor zijn voor een bepaalde mate van efficiëntie.

Een tweede voordeel van de DEA-methodiek is dat deze resulteert in een streefprofiel dat is samengesteld op basis van bestaande instellingen. Er is dus geen fictief en daardoor wellicht onbereikbaar ideaalprofiel. Voor iedere minder doelmatige instelling wordt een eigen streefprofiel opgesteld, passend bij de cluster waarin de instelling is ingedeeld. Er is dus geen sprake van één best-practice-instelling waaraan iedere instelling zich dient te spiegelen.

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

Als vierde voordeel geldt dat het mogelijk is om de DEA-methodiek toe te passen binnen verschillende groepen van instellingen en de vergelijking toe te spitsen op de instellingen binnen een dergelijke groep. Voorbeelden van dergelijke groepen zijn instellingen in een minder verstedelijkt of juist in een grootstedelijk gebied en instellingen met of zonder landelijke functies.

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

Er is echter ook een keerzijde aan deze medaille: er zijn instellingen die door hun specifieke productenmix al of niet in combinatie met andere factoren de enige in hun groep zijn. Uit de DEA-analyse zullen deze instellingen als efficiënt naar voren komen, aangezien er geen vergelijkbare instellingen zijn aan te wijzen die efficiënter zijn.

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

3.2 Analyse van de doelmatigheid

In het voorgaande is beschreven op welke wijze in het benchmarkanalysemodel de meting van de doelmatigheid plaatsvindt en hoe tot vergelijkbare instellingen wordt gekomen. Aanvullend is van belang op welke wijze de verschillen in doelmatigheid tussen de instellingen, die uit de uitkomsten blijken, kunnen worden verklaard. Hierbij kan een onderscheid gemaakt worden tussen factoren die wel en factoren die niet of nauwelijks door het management kunnen worden beïnvloed.

3.3 Bedrijfsvoering van de instelling

In de analyse van de doelmatigheid (in combinatie met de kwalitatieve analyse) zal onderzocht worden in hoeverre de bedrijfsvoeringsaspecten van goed presterende instellingen onderling overeenkomsten vertonen en afwijken van de minder goed presterende instellingen. Op grond hiervan kunnen verbeteringsmogelijkheden bij minder goed presterende instellingen worden vastgesteld. Op deze wijze worden succesfactoren geïdentificeerd die zich in de praktijk bewezen hebben en wordt niet louter gesteund op theoretische succesfactoren. De onderzoekers zullen op voorhand dan ook geen referentiemodel hanteren voor een 'goede' of een 'slechte' bedrijfsvoering.

Onderdelen van de algemene bedrijfsvoering die in het onderzoek worden geanalyseerd zijn bijvoorbeeld de structuur van de organisatie, de inrichting van de bedrijfsprocessen en de besturing hiervan, de opzet en inrichting van de planning-en-controlcyclus, de aanwezigheid van kwaliteitsrichtlijnen en het personeelsmanagement. De verschillende elementen kunnen worden gegroepeerd in de clusters zorg, infrastructuur, sociaal beleid en bedrijfsvoering in engere zin. Deze vier terreinen in onderlinge samenhang bepalen de uiteindelijke prestaties van een instelling.

3.4 Doelmatigheid en gegevensverzameling

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

3.5 Toerekenen kosten aan producten

De instellingen wordt gevraagd gegevens aan te leveren over de in enig jaar geleverde productie voor de producten binnen de AWBZ-aanspraken verpleeghuiszorg (intramurale zorg, dagbehandeling en zorg op maat) en de in de Overgangswet verzorgingshuizen genoemde producten (intramurale zorg, kortdurende opname, dagverzorging, nachtverzorging en reikwijdteverbreding per EBIS-zorgzwaarte-categorie).

De productie en kosten van een instelling en van eventueel hieraan gelieerde stichtingen worden als één geheel beschouwd. In het voorgaande is al aangehaald dat deze kosten niet toegerekend hoeven te worden aan de producten afzonderlijk om tot een oordeel te komen over de doelmatigheid van een instelling. In de kostenstructuur van een verpleeghuis of verzorgingshuis zal globaal het volgende onderscheid worden gemaakt:

- kosten die worden gemaakt voor de productie in het kader van de AWBZ en de Overgangswet verzorgingshuizen (AFBZ);
- kosten die worden gemaakt voor producten die op een andere wijze worden gefinancierd.

Kosten en baten van producten die op een andere wijze worden gefinancierd, dienen te worden verbijzonderd, om een verantwoorde toerekening te kunnen maken en zodoende een beeld te krijgen van de kosten die daadwerkelijk met de AWBZ en AFBZ-productie zijn gemoeid.

4. DE KWALITEIT VAN VERPLEEG- EN VERZORGINGSHUIZEN

Een tweede onderdeel van het benchmarkanalysemodel is het beoordelen van de kwaliteit van de door een instelling geleverde producten. Het model voorziet in een vergelijking tussen de instellingen op grond van een aantal kwalitatieve dimensies. Kwaliteitsbeoordeling in het kader van een benchmarkonderzoek is een complexe zaak. Instellingen interpreteren het kwaliteitsbegrip op verschillende manieren en de kwaliteitsinstrumenten van de WZF en de NVVz zijn niet bedoeld voor integrale toepassing in een benchmarkonderzoek.

Het benchmarkanalysemodel bevat geen inhoudelijke kwaliteitsstandaard. In plaats van een door externe onderzoekers ontwikkeld kwaliteitsoordeel, hebben wij voor een systematiek gekozen waarin het oordeel van de cliënt een grote rol speelt. Daarmee wordt meer recht gedaan aan het uiteindelijke doel van de zorgverlening. Behalve van de cliëntenraadpleging maakt de kwaliteitsdimensie ook deel uit van de vragenlijsten voor het management en voor de medewerkers. Hierbij gaat het vooral om de wijze waarop in de instelling de kwaliteit wordt bevorderd en bewaakt, dus om de processen.

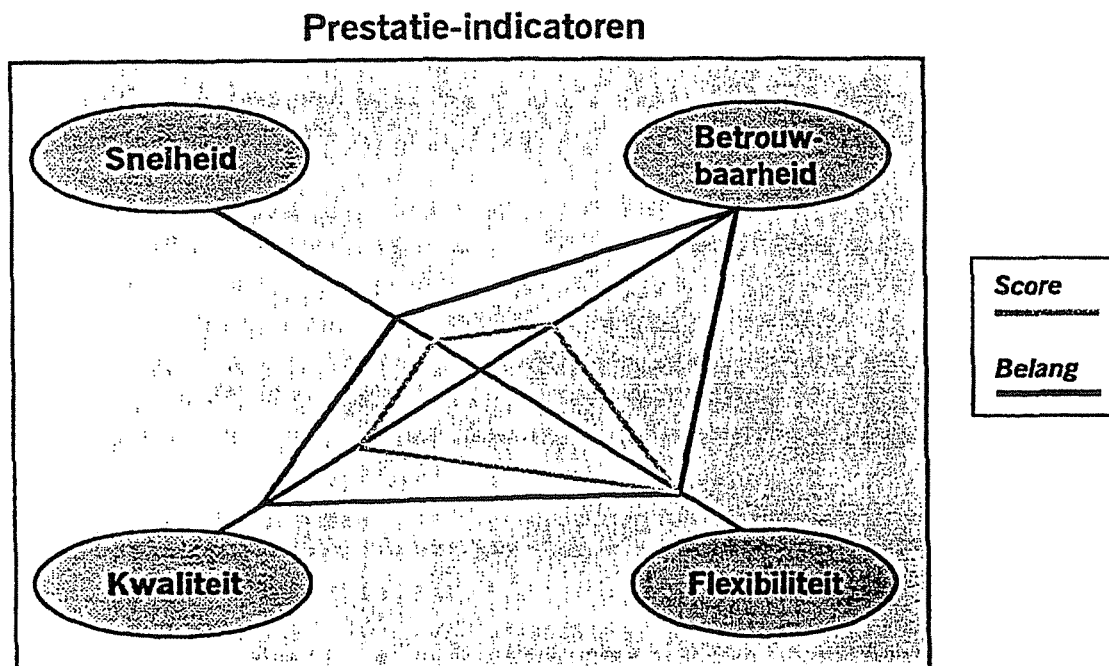
4.1 Cliënten beoordelen instellingen op hun prestaties, onderverdeeld in vier kwalitatieve dimensies

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

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

Om het presteren van de instelling op deze dimensies vast te kunnen stellen, wordt per instelling een cliëntenraadpleging gehouden. Er worden vragen gesteld over het functioneren van de instelling en over het belang van de vier dimensies ten opzichte van elkaar. De vragen zijn gericht op onder andere de feitelijke zorg- en dienstverlening, de bejegening van de cliënt en de informatie die de cliënt ontvangt. In het praktijkonderzoek is gebruikgemaakt van groepsinterviews en van schriftelijk in te vullen vragenlijsten voor individuele cliënten of hun familie. In deel II wordt de cliëntenraadpleging inhoudelijk verder beschreven.

In een benchmarkonderzoek kunnen de resultaten van de cliëntenraadpleging worden weergegeven in een grafiek waarin de score per dimensie wordt afgezet tegen het door de cliënt aangegeven relatieve belang. In figuur 5 is dit geïllustreerd aan de hand van een voorbeeld van een fictieve instelling.

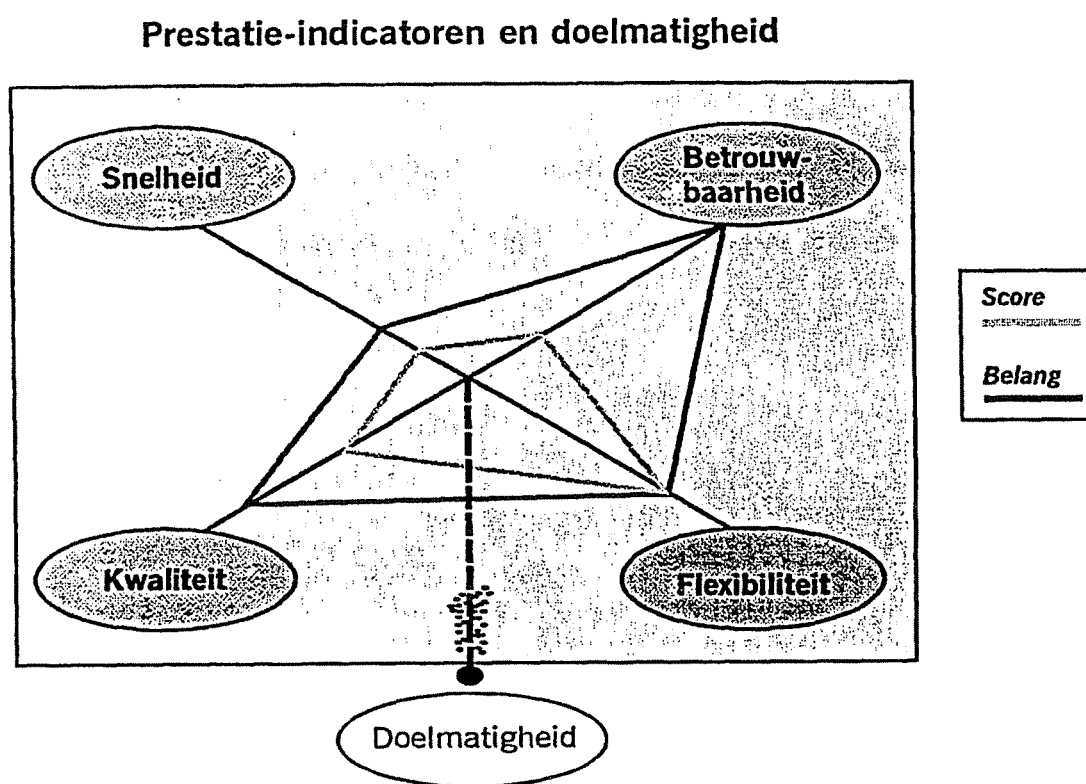


Figuur 5: Prestatie-indicatorenmodel

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

4.2 Kwalitatieve dimensies ten opzichte van de doelmatigheid

In een benchmarkonderzoek worden de resultaten van de doelmatigheidsanalyse gerelateerd aan de scores van de instelling op de kwalitatieve dimensies. In figuur 6 is de dimensie doelmatigheid in dit kader toegevoegd aan het prestatie-indicatorenmodel.



Figuur 6: Prestatie-indicatorenmodel en doelmatigheid

Bij de analyse van de verschillen tussen de instellingen dient te worden beoordeeld op welke wijze de door het management te beïnvloeden factoren met betrekking tot de bedrijfsvoering bijdragen aan het presteren van de instelling op de kwalitatieve dimensies. De antwoorden op de vragen in de vragenlijsten voor het management en de medewerkers verschaffen de daartoe benodigde achtergrondinformatie.

4.3 *Kwalitatieve dimensies en gegevensverzameling*

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

- gegevens uit de cliëntenraadpleging (groepsinterviews en vragenlijsten), waarin de cliënten gevraagd wordt hun mening te geven over het presteren van de instellingen en het relatieve belang daarvan,
- gegevens die worden verkregen van het management en de medewerkers betreffende de bedrijfsvoering en betreffende de formulering, implementatie, uitvoering en evaluatie van het kwaliteitsbeleid en de maatregelen die het management heeft genomen om te komen tot verbeteracties.

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

5. RELEVANTE OMGEVINGSFACTOREN

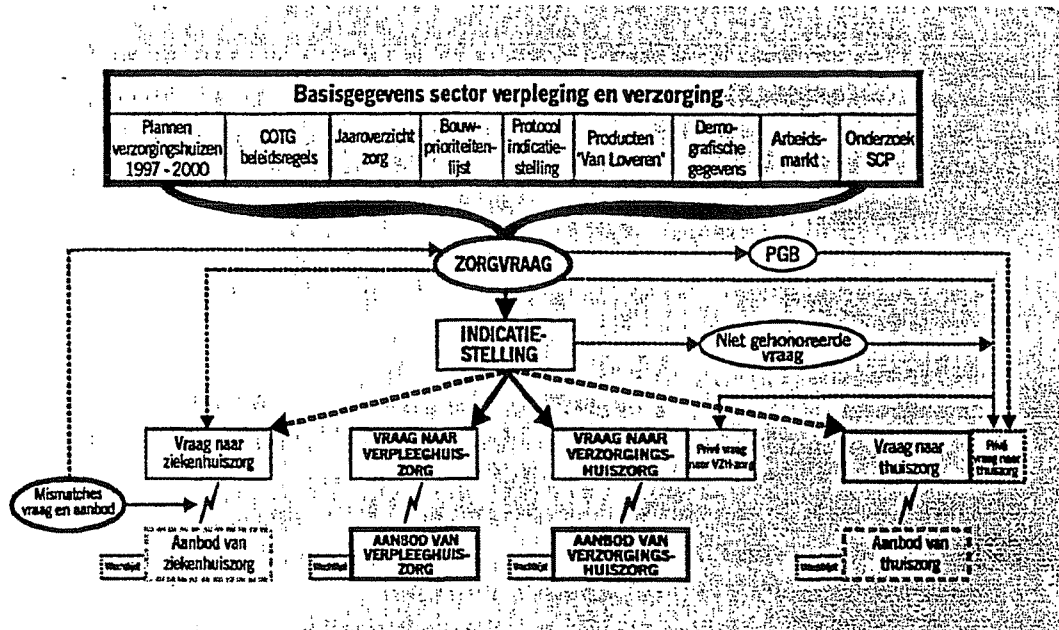
De derde bouwsteen in het benchmarkanalysemodel wordt gevormd door de omgevingsfactoren. De achterliggende gedachte is dat het presteren van instellingen niet alleen bepaald wordt door factoren die door het management te beïnvloeden zijn, maar ook door factoren die buiten deze invloedssfeer liggen. Prestaties van instellingen worden geleverd in de context van de situatie in de regio waarin de instelling is gevestigd. De huidige krapte op de arbeidsmarkt in veel regio's is hiervan een voorbeeld, althans, voorzover deze niet door bijvoorbeeld imagocampagnes of scholingsprojecten door de instellingen in een voor hen gunstige richting kan worden beïnvloed. Een ander voorbeeld is de mate van urbanisatie van het werkgebied van een instelling.

In een iets breder kader kan worden gesteld dat het benchmarkanalysemodel hier raakt aan een beleidsmodel voor het zorgaanbod in een regio. Beleidsvorming vindt niet alleen plaats in relatie tot het presteren van instellingen, maar ook in relatie tot andere relevante factoren. In dit kader is vooral de zorgvraag in de regio van belang. Beleid is immers gericht op de aansluiting van zorgvraag en zorgaanbod in een regio op elkaar. Het presteren van instellingen speelt daarbij een rol, maar ook bijvoorbeeld de omvang van het totale aanbod in relatie tot de totale vraag is van belang. Instellingen kunnen en moeten inspelen op deze vraag door hun producten en kwaliteit zo veel mogelijk in overeenstemming te brengen met de wensen van de cliënt, maar daarnaast speelt de vraag hoe in de totale behoefte aan zorg- en dienstverlening kan worden voorzien.

Objectieve en bruikbare gegevens over de vraag naar verpleging en verzorging zijn op dit moment nog slechts beperkt beschikbaar. Voor de toekomst geldt echter dat als onderdeel van een benchmarkonderzoek de aansluiting van vraag en aanbod op elkaar en andere relevante omgevingsfactoren een essentiële rol dienen te spelen.

5.1 Modelmatige benadering voor het bepalen van de zorgvraag

In figuur 7 is de vraag naar ouderenzorg modelmatig weergegeven.



Figuur 7: De aansluiting van vraag naar en aanbod van zorg

De ontwikkelingen in de zorgvraag en het zorgaanbod zijn deels in kaart te brengen op basis van bestaande gegevensbronnen, zoals de bevolkingscijfers, het Jaaroverzicht Zorg, de provinciale en grootstedelijke plannen verzorgingshuizen 1997 - 2000 en bestaande onderzoeken naar de ontwikkelingen in zorgvraag en zorgzwaarte.

In het schema is ook weergegeven dat een verpleeghuis of verzorgingshuis wordt geconfronteerd met een zorgvraag die in relatie staat tot het aanbod van de overige zorgaanbieders en de ontwikkeling hierin in de desbetreffende regio. De ontwikkeling van de zorgvraag in een regio wordt mede bepaald door de demografische ontwikkelingen in de regio, met name op het gebied van de omvang en de leeftijdsopbouw van de bevolking. Verder is uit verschillende onderzoeken van onder meer het Sociaal en Cultureel Planbureau gebleken dat ook de samenstelling van het huishouden en het opleidingsniveau belangrijke parameters zijn voor de omvang en samenstelling van de zorgvraag in een regio.

Om nu een diepgaande analyse te kunnen maken van het gewenste zorgaanbod in relatie tot de huidige en toekomstige situatie in de regio, dienen alle in figuur 7 aangegeven stromen van vraag en aanbod en de onderlinge verbanden te worden gekwantificeerd. Bovendien zal er een vertaling dienen plaats te vinden van de demografische ontwikkelingen naar de concrete zorgvraag. Op dit moment zijn hiervoor nog onvoldoende gegevens beschikbaar. Voor de toekomst is het van belang dat hierover door de betrokken partijen nadere afspraken worden gemaakt. In de Meerjarenafspraken voor de sector ouderenzorg, die in het najaar van 1998 zijn gemaakt, is overeengekomen om dit onderwerp in de eerste helft van 1999 nader vorm te geven.

5.2 Identificatie van de best-practice-instellingen

In het benchmarkanalysemodel worden voor de identificatie van de best-practice-instellingen de doelmatigheidsscores en de scores op de kwalitatieve dimensies aan elkaar gerelateerd. Hierbij geldt als uitgangspunt dat instellingen die doelmatig zijn en goed scoren op de kwalitatieve dimensies, als best-practice-instelling worden beschouwd. Op basis van de clustering met behulp van de DEA-methode wordt bepaald binnen welke groep vergelijkbare instellingen de beoordeling plaatsvindt. Vervolgens wordt voor deze best-practice-instellingen onderzocht in hoeverre elementen uit de bedrijfsvoering van deze instellingen kunnen gelden als verklaring voor de geleverde prestaties. Voor het management van andere instellingen kunnen deze verklarende factoren aanknopingspunten bieden voor het doorvoeren van verbeteringen in de bedrijfsvoering.

DEEL II

ERVARINGEN EN BEVINDINGEN UIT DE PRAKTIJK

6. OPZET BENCHMARKONDERZOEK IN DE PRAKTIJK

In dit tweede deel van dit rapport wordt allereerst de aanpak en werkwijze van het praktijkonderzoek beschreven. Daarna zal achtereenvolgens worden ingegaan op de afzonderlijke meetinstrumenten bestaande uit een kwantitatieve vragenlijst, een medewerkersvragenlijst, een managementvragenlijst en een methodiek voor de raadpleging van cliënten en familieleden. Per instrument wordt een korte beschrijving gegeven en worden de ervaringen aan de orde worden gesteld en de resultaten van de deelnemende instellingen besproken. Ten slotte worden de conclusies en aanbevelingen voor het gebruik van de instrumenten geformuleerd.

Om het ontwikkelde benchmarkanalysemodel te toetsen aan de praktijk, hebben de koepelorganisaties WZF en NVVz instellingen bereid gevonden deel te nemen aan een toetsing van het model en de bijbehorende instrumenten. In totaal hebben zeven verzorgingshuizen en zes verpleeghuizen aan het onderzoek deelgenomen. Daarnaast hebben drie verpleeghuizen deelgenomen aan het zogenaamde spoor-2-traject.

De instellingen zijn door de koepelorganisaties en de onderzoekers geïnformeerd over de doelstellingen van het haalbaarheidsonderzoek en de deelname aan deze praktijktest. Deze bijeenkomsten hebben voor de verpleeg- en verzorgingshuizen afzonderlijk plaatsgevonden. De deelnemende instellingen hebben een uitgebreid pakket ontvangen met daarin de vragenlijsten, de invulinstructies en een beschrijving van de werkwijze bij de cliëntenraadpleging.

De instellingen hebben de managementvragenlijst en de kwantitatieve lijst ingevuld en aan de onderzoekers retour gezonden. De instellingen hebben ook de vragenlijsten verspreid onder de medewerkers. De onderzoekers waren gedurende deze testfase telefonisch bereikbaar voor vragen over het haalbaarheidsonderzoek. Met elke instelling afzonderlijk is een afspraak gemaakt over een cliëntenraadpleging en een vragenuur voor medewerkers. Het bleek niet veel moeite te kosten deze afspraken te maken. Zo konden, soms zelfs op zeer korte termijn, bij vrijwel alle instellingen bijeenkomsten voor cliënten en medewerkers worden belegd. Tijdens de bijeenkomsten voor cliënten hebben de onderzoekers vragen gesteld aan de cliënten over het verblijf en de verzorging of behandeling in de instelling.

De medewerkers en het management van de instellingen hebben al tijdens de beantwoording van de vragenlijsten kritische op- en aanmerkingen gemaakt. Bij een aantal instellingen is de kwantitatieve vragenlijst nader toegelicht en doorgenomen.

Daardoor hadden de instellingen geen behoefte aan een aparte bijeenkomst om de vragenlijsten met de onderzoekers te bespreken en voorstellen voor aanpassing te doen. Wel is tijdens het bezoek aan de instelling waar mogelijk met de directie een gesprek over de managementvragenlijst gevoerd. Hierdoor was het mogelijk een mondelinge toelichting op de vragenlijst te geven.

De eerste bevindingen zijn vervolgens met de deelnemende verzorgingshuizen doorgenomen tijdens een daartoe georganiseerde bijeenkomst. De verpleeghuizen hebben afzonderlijk gereageerd. De reacties van de instellingen zijn verwerkt in de conclusies en aanbevelingen per deelinstrument.

7. KWANTITATIEVE VRAGENLIJST GERICHT OP METING DOELMATIGHEID IN ENGE ZIN

Een van de bouwstenen in het benchmarkanalysemodel is het meten van de doelmatigheid van de instelling. Met doelmatigheid wordt hier bedoeld de doelmatigheid in enge zin, dus een vergelijking tussen productie enerzijds en daaraan te relateren kosten anderzijds. In het benchmarkanalysemodel is deze bouwsteen weergegeven als een input- en outputmodel.

Aan de inputzijde staat de inzet van mensen en (financiële) middelen. Aan de outputzijde zijn de geleverde producten opgenomen. Deze producten zijn divers en bestaan in het model voor de verzorgingshuizen uit zorg- en dienstverlening in de EBIS-zorgzwaartecategorieën 1-5, dagverzorging, kortdurende opname en reikwijdtezorg. De producten voor de verpleeghuizen zijn de intramurale zorg, dagbehandeling, revalidatie en reactivering, langdurig chronische zorg, bijzondere zorg en diagnoses en screening. In de praktijk wordt de productie van verpleeg- en verzorgingshuizen doorgaans uitgedrukt in verpleeg- en verzorgingsdagen.

Om te komen tot een oordeel over de doelmatigheid van de prestaties van de instellingen, is een vragenlijst opgesteld, gebaseerd op het rekeningschema van het NZi en de gangbare administratieve registratiemethoden van de instellingen. Aansluiting bij bestaande registratiemethoden is van belang om een onnodige inspanning van de instellingen te voorkomen.

De kwantitatieve vragenlijst bleek in het praktijkonderzoek voor sommige instellingen lastig in te vullen te zijn. De oorzaak daarvan was dat de gevraagde gegevens niet in alle gevallen direct af te leiden uit de binnen de instelling geregistreerde gegevens. Er waren echter ook instellingen die binnen een tijdsbestek van twee dagen de gehele vragenlijst probleemloos konden invullen. De vragenlijst bestaat uit acht onderdelen, die gedetailleerd ingaan op de inputzijde (met name gericht op de inzet van mensen in full time equivalenten in verschillende functies en een uitsplitsing van de kosten) en de outputzijde (aantal en soort geleverde producten). Daarnaast zijn er formulieren voor de berekening van kengetallen en een uitsplitsing van de baten, reserves en voorzieningen van de instelling.

Het gevraagde overzicht van de personeelskosten op functieniveaus leverde voor de instellingen het meeste werk op. Enkele gaven aan alleen de totale personeelskosten te kunnen aangeven omdat de administratie niet de gevraagde mate van specificatie kent.

7.1 Inzet van mensen en budgetten bepaalt de prestatie, maar kent grote verschillen

De inputzijde van het benchmarkanalysemodel wordt gevormd door de inzet van mensen (het personeel) en middelen. De middelen worden bepaald door het wettelijk budget aanvaardbare kosten of de toegestane kosten. De beschikbaarstelling van de middelen, oftewel van het budget komt voor verpleeg- en verzorgingshuizen op dit moment nog op verschillende wijzen tot stand.

De verpleeghuizen ontvangen voornamelijk middelen vanuit de AWBZ, middelen uit het Zorgvernieuwingfonds en in voorkomende gevallen een of meer derdegeldstromen. De AWBZ-financiering is gebaseerd op beleidsregels van het COTG. Kenmerk van deze beleidsregels is dat de instellingen op basis van de toegelaten capaciteit en vooraf afgesproken productie een budget voor een jaar toegewezen krijgen. Dit budget is onafhankelijk van de werkelijke productie in dat jaar.

Onder de Wet op de bejaardenzorg (WBO) werd de beoordeling van het budget en de exploitatie van de verzorgingshuizen door het ministerie van VWS, de provincies en de vier grote steden uitgevoerd. Deze periode kenmerkte zich door een grote verscheidenheid aan systemen voor de toekenning van subsidies per instelling. De WBO is met ingang van 1 januari 1997 ingetrokken. Voor de verzorgingshuizen geldt nu een overgangsregeling van vier jaar. Zij ontvangen een subsidie vanuit het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten (AFBZ), gebaseerd op de variabele budgetten die de provincies en grote steden in hun plannen verzorgingshuizen 1997 – 2000 hebben vastgelegd. Met ingang van 1 januari 2001 zullen ook de verzorgingshuizen op basis van COTG-beleidsregels gefinancierd worden. Vanaf 2000 zullen de verschillen in de bekostiging van de verzorgingshuizen geleidelijk worden geharmoniseerd.

De middelen worden deels ingezet voor de infrastructuur (rente en afschrijvingen) en deels voor de zorg- en dienstverlening. In de kwantitatieve vragenlijst ligt de nadruk op de tweede categorie, omdat het in deze categorie gaat om de door het management beïnvloedbare kostensoorten. Van de middelen voor de zorg- en dienstverlening wordt verreweg het grootste deel ingezet voor de personele kosten. Daarnaast worden ze ingezet voor de algemene beheerskosten en patiënt of bewonergebonden kosten als kosten van voeding en hotelmatige kosten.

7.2 Opmerkingen bij de kwantitatieve vragenlijst

In de kwantitatieve vragenlijst voor de verzorgingshuizen wordt behalve om een verdeling van de personeelskosten op basis van de functies ook gevraagd om een verdeling van de personeelskosten op basis van de productindeling intramurale zorgverlening, dagopvang, extramurale zorgverlening, werkzaamheden voor derden en kortdurende opname. Uit het praktijkonderzoek blijkt dat een dergelijke indeling niet anders dan op basis van schattingen kan worden gemaakt. De huidige registratiesystemen voorzien niet in een dergelijke kostenverdeling op basis van output. Dit maakt de uitkomsten van deze kostenverdeling minder betrouwbaar. Voor de verpleeghuizen geldt in principe dezelfde problematiek voor de kostenverdeling op basis van producten, maar kosten die zijn gemaakt in het kader van het Zorgvernieuwingsfonds zijn doorgaans wel separaat identificeerbaar. De registratie van de algemene beheerskosten en de patiënt of bewoner gebonden kosten blijkt in de praktijk dermate uniform te zijn dat wij bij deze gevraagde specificaties geen problemen verwachten.

Bij het begrip 'direct zorgpersoneel' spitst de onduidelijkheid zich toe op de leidinggevenden (afdelingshoofden, teamhoofden) en de vraag welk personeel tot het zorgpersoneel gerekend moet worden. Moeten leidinggevenden tot het direct of indirect zorgpersoneel gerekend worden, als zij zowel direct zorgverlenende taken als managementtaken uitvoeren? Niet alle managementtaken hebben met de directe zorgverlening te maken. En wanneer ondersteunend personeel, zoals receptionisten en administratief medewerkers, directe zorgwerkzaamheden voor de bewoners uitvoeren, moeten zij dan tot het directe zorgpersoneel gerekend worden? Zo ja, in welke mate? De grootte van de instelling is hierbij vaak bepalend omdat binnen een grote instelling doorgaans meer managementtaken worden verricht. In de praktijk blijkt dat medewerkers met deze functies doorgaans tot het directe zorgpersoneel worden gerekend. In de kwantitatieve vragenlijst zijn daarom de leidinggevenden (zolang ze geen echte overheadfunctie hebben) opgenomen bij het directe zorgpersoneel.

Op basis van de nettoformatie van een instelling kan, als gedefinieerd is welke medewerkers als direct zorgverlenend personeel worden aangemerkt, de beschikbare productieve capaciteit worden berekend. Ten aanzien van de productieve tijdsbesteding en de niet-productieve tijdsbesteding van direct zorgverlenend personeel moet worden opgemerkt dat in de sector, behoudens incidentele werklastmetingen, geen registratie van werkelijke productieve inzet voorkomt. De enige indicatie van deze tijdsbestedingen geven de opgestelde maandplanningen. Dit zijn echter werkplannen en ze zeggen niets over de mate van realisatie. Daarbij komt centrale registratie van maandplanningen weinig voor.

De verhouding tussen direct zorgverlenend personeel en algemeen en administratief personeel uitgedrukt in fte's, kan door alle instellingen worden aangeleverd. Een directe relatie met de productiviteit is echter niet aan te geven.

Enkele instellingen hebben aangegeven relatief veel oproep- en uitzendkrachten te hebben. Voor de vergelijkbaarheid van de kengetallen tussen instellingen is het relevant dat ook deze tijdelijke krachten worden meegenomen in de berekening van de hoogte van enkele kengetallen. Hierbij dient de berekening van het aantal fte's plaats te vinden op basis van het aantal uren dat in de desbetreffende CAO is vastgelegd. Sommige instellingen hebben aangegeven de omrekening van dergelijke gegevens voor de uitzendkrachten in het kader van het praktijkonderzoek te arbeidsintensief te vinden.

7.3 Specificatie kostenregistratie is onvoldoende voor benchmarking

Een uniforme registratie van de kosten bevordert de vergelijkbaarheid van de resultaten van een benchmarkonderzoek. Indien bij de registratie van de kosten binnen de administraties niet uniform is, zullen de uitkomsten van de analyse van deze kosten minder betrouwbaar zijn. De jaarenquête verpleeghuizen is gebaseerd op het standaardrekeningschema van het NZi. De verpleeghuizen die deelnemen aan deze jaarenquête en/of het rekeningschema van het NZi gebruiken, kunnen de benodigde gegevens voldoende gespecificeerd aanleveren. Het gaat om 80% tot 90% van het totaal aantal verpleeghuizen in Nederland.

Binnen verzorgingshuizen wordt geen eenduidig rekeningschema toegepast. Sommige verzorgingshuizen hanteren op hoofdlijnen het bovengenoemde rekeningschema van het NZi, andere hebben een eigen indeling. Met de EBIS-kostenrapportage van de WZF kunnen de voor benchmarking benodigde gegevens eveneens voldoende gespecificeerd worden aangeleverd. Circa 36% van de verzorgingshuizen werkt met deze EBIS-kostenrapportage.

Vanwege het belang van de productiefactor personeel spitst de specificatie van gegevens voor het benchmarkonderzoek zich toe op de uitsplitsing van de personeelskosten in fte's en salariskosten, inclusief een uitsplitsing in zorgpersoneel en faciliterend personeel. Deze informatie wordt gevraagd omdat de opbouw van het personeelsbestand veel informatie geeft over het niveau van de kosten in relatie tot de producten. Gedacht kan worden aan de verhouding tussen faciliterend en zorgpersoneel. Met behulp van deze specificatie kan ook per functietype de gemiddelde salariskostenvoet worden berekend.

Onderkend is dat een gedeelte van de verzorgingshuizen en in mindere mate de verpleeghuizen deze gevraagde specificatie slechts met een grote inspanning kunnen leveren. Dit geldt met name voor de kleinere verzorgingshuizen waar het management niet om gedetailleerde management of kostenrapportages vraagt. Dit heeft als consequentie dat de resultaten van het onderzoek naar de doelmatigheid in enge zin voor deze huizen niet nader kunnen worden geanalyseerd.

Ook bij sommige grotere verzorgings- en verpleeghuizen bestaat geen inzicht in de salariskosten op gedetailleerde functieniveaus. Dit heeft te maken met de bewuste keuze van het management om via integraal management te sturen op afdelingsbudgetten waarvoor verantwoordelijke budgethouders worden aangewezen. Daardoor is de inrichting van de salarisadministratie op deze afdelingen gebaseerd en niet op de binnen deze afdelingen te onderscheiden functies. Mogelijk kunnen deze instellingen bij het (externe) administratiekantoor de per functie gespecificeerde salariskosten opvragen.

7.4 Eenduidige productdefinitie op basis van zorgzwaarte ontbreekt nog

Zoals in het voorgaande is aangegeven, is een goede productregistratie een belangrijke voorwaarde voor een zinvolle toepassing van het benchmark-analysemodel. Het registreren van gerealiseerde verpleeg- of verzorgingsdagen geeft op zich nog geen enkele indicatie van de zorgzwaarte binnen het verpleeg- of verzorgingshuis. Een verdere differentiatie van de verpleegdagen naar typering is doorgaans wel mogelijk maar blijft globaal van aard. Een voorbeeld van een dergelijke differentiatie zijn de verpleegdagen revalidatie. Een verdere onderverdeling van deze soort verpleegdagen op basis van de zorgzwaarte is noodzakelijk om ook het aantal en de vereiste deskundigheidsniveaus van het in te zetten personeel periodiek te kunnen plannen, (bij)sturen en meten.

Om een goed inzicht te verkrijgen in de ontwikkeling van de zorgzwaarte, is een regelmatige meting noodzakelijk. Er is immers gedurende het hele jaar een in- en uitstroom. Bovendien verandert de zorgzwaarte van de huidige bewoners gedurende het jaar toe. Het is daarom aan te bevelen de zorgzwaarte periodiek, bijvoorbeeld per kwartaal, te meten. In de vragenlijst wordt gevraagd naar de zorgzwaartemeting aan het begin en aan het einde van het jaar. Hiermee is de gemiddelde zorgzwaarte in een jaar te berekenen.

Bij de verzorgingshuizen is een onderverdeling naar zorgzwaarte mogelijk op basis van de EBIS-zorgzwaarteregistratie. De EBIS-zorgzwaarteregistratie geeft, op basis van een intake van de bewoner en op basis van vervolgmetingen, de benodigde zorg aan in de vorm van de vijf EBIS-zorgzwaartecategorieën.

Op dit moment werken circa duizend verzorgingshuizen met deze zorgzwaarte-registratie. De WZF heeft in 1998 een uitgebreid onderzoek uitgevoerd gericht op volledige vernieuwing van de EBIS-zorgzwaartemeting. Dit onderzoek heeft geresulteerd in een actuele methode van zorgmeting die geschikt is voor toepassing op de huidige doelgroepen van het verzorgingshuis en waarmee cliënten ingedeeld kunnen worden naar cliënttype en bijbehorende zorgzwaarte. Het onderzoekrapport zal in januari 1999 aangeboden worden aan het ministerie van VWS.

In de sector verpleeghuizen wordt de hulpindex in zowel de Landelijke Zorgregistratie Verpleeghuizen (LZV) van de NVVz als in de SIVIS-registratie van de SIG toegepast. De hulpindex wordt door de verpleeghuizen niet altijd bruikbaar geacht voor een juiste beoordeling van hun productie. Dit wordt voornamelijk veroorzaakt doordat de hulpindex niet voldoende een onderscheid maakt tussen verschillende patiëntengroepen en doordat de psychosociale zorg of begeleiding niet wordt meegenomen in de beoordeling.

De hulpindex wordt momenteel aangepast, zodat die op een adequate wijze op alle doelgroepen kan worden toegepast. Omdat in verzorgings- en verpleeghuizen overeenkomstige doelgroepen worden verzorgd, hebben de WZF en de NVVz besloten om in de eerste helft van 1999 een gezamenlijk afstemmingstraject te volgen dat moet leiden tot identieke zorgvragen voor de zorgmeting in zowel verzorgings- als verpleeghuizen. De beoogde eenduidige productdefinitie komt daarmee aanzienlijk dichterbij.

Bij de huidige instrumenten voor zorgzwaartemeting kan de kloof die bestaat tussen de vooraf vastgelegde benodigde zorg en de werkelijk geleverde zorg niet zichtbaar worden gemaakt. De daadwerkelijk geleverde zorg wordt door instellingen in de sector verpleging en verzorging niet gemeten. Uit het praktijkonderzoek is vooralsnog niet gebleken of en, zo ja, op welke wijze deze kloof wel inzichtelijk kan worden gemaakt. Daarom zal in het benchmarkonderzoek moeten worden volstaan met de zorgzwaarte als indicator van de geleverde zorg.

De scores van de zorgzwaarte moeten bovendien met de nodige voorzichtigheid worden geïnterpreteerd. De beoordeling van de zorgzwaarte gebeurt subjectief en kan afhankelijk zijn van de persoon die de intake van de cliënt doet. Voor een goede vergelijkbaarheid van de instellingen dient de beoordeling van de zorgzwaarte van de cliënten uiteraard zo objectief mogelijk plaats te vinden. Mede door de inzet van (geautomatiseerde) hulpmiddelen kan de objectiviteit van de zorgzwaartemeting worden bevorderd.

8. CLIËNTENRAADPLEGING LEVERT ZINVOLLE BIJDRAGE AAN BENCHMARKING

8.1 Doel en uitvoering cliëntenraadpleging

Het doel van de cliëntenraadpleging in het benchmarkanalysemodel is te komen tot een oordeel van cliënten over de prestaties van instelling betreffende de onderwerpen kwaliteit, snelheid, betrouwbaarheid en flexibiliteit. De cliëntenraadpleging bestaat uit een groepsbijeenkomst met bewoners of familieleden en een vragenlijst voor bewoners en familieleden. Een beperking tot een individuele schriftelijke raadpleging via een enquête zou gezien de gezondheidstoestand van de cliënten onvoldoende respons opleveren. Individuele interviews leiden vermoedelijk tot betere resultaten, maar die vormen gezien de omvang van de instellingen in de sector geen haalbaar alternatief. De groepsbijeenkomst levert voldoende informatie op en is goed uitvoerbaar bij de instellingen.

Aan de groepsinterviews kunnen bewoners deelnemen die in staat zijn hun mening kenbaar te maken in een groepsbijeenkomst. Via de vragenlijsten kan een andere categorie bewoners met behulp van familie haar mening kenbaar maken. Op deze wijze is een spreiding aangebracht in de te benaderen bewoners. Voor psychogeriatrische bewoners zijn een groepsinterview en vragenlijst aan de familieleden voorgelegd. Voor de inhoud van de cliëntenraadpleging hebben de indelingen uit de instrumenten van de NVBV en de LOC als leidraad gediend. Vanwege de benchmarkdoelstelling is de vraagstelling aangepast. Bij ieder aspect wordt in aansluiting op de indeling van de NVBV in principe gevraagd naar het oordeel van de cliënt over de volgende aspecten:

- de feitelijke zorg- en dienstverlening;
- de bejegening door het personeel;
- de vakbekwaamheid van het personeel;
- de aandacht voor de zelfstandigheid van de bewoner;
- de accommodatie;
- de informatie die de bewoner krijgt;
- de mate waarin de instelling bestaand beleid evalueert en bijstelt;
- de organisatie van de instelling (de regels en procedures waarmee de bewoner te maken heeft).

Voor de uitvoering van het haalbaarheidsonderzoek is de directie van de deelnemende instelling gevraagd een bijeenkomst met bewoners van diverse afdelingen te organiseren. De cliëntenraad heeft in enkele gevallen een rol gespeeld bij de uitnodiging voor en opening van de bijeenkomst. Tijdens de cliëntenraadpleging was er vanzelfsprekend geen personeel uit de instelling aanwezig.

De interviewer was afkomstig van de onderzoeksbureaus. De cliëntenraadplegingen zijn door twee adviseurs uitgevoerd. Door betrokkenen zijn bij de uitleg van begrippen steeds dezelfde voorbeelden gebruikt om het oordeel van de cliënten zo min mogelijk te beïnvloeden. De geïnterviewde groep bestond uit acht tot tien bewoners of patiënten. Tijdens de bijeenkomst is de bewoners of de familie gevraagd om aan 36 aspecten een rapportcijfer tussen 1 en 10 te geven ter waardering van de zorg- en dienstverlening in de instelling. De scores werden door de interviewer verwerkt tot een gemiddelde waardering voor de zorg- en dienstverlening.

De vragen die naar voren kwamen in de groepsbijeenkomst en de vragenlijsten zijn in groepen verdeeld naar een aantal aspecten uit het benchmarkanalysemodel, die bepalend zijn voor de prestatie van een instelling. De resultaten zijn uitgezet in een scorediaagram waarin de benchmarkgegevens van de deelnemende instellingen bijeen zijn gebracht.

De cliënten is gevraagd deze aspecten in volgorde van belangrijkheid te leggen. Het kwaliteitsaspect was onderverdeeld in respect en nauwkeurigheid bij de persoonlijke verzorging. Ondanks het feit dat het voor enkele cliënten moeilijk is om een rangorde in de vijf onderwerpen aan te brengen, hebben de cliënten een antwoord gegeven op de vraag welke onderwerpen van meer belang worden gevonden dan andere.

8.2 *Opmerkingen over groepsinterviews*

Op grond van de gehouden groepsinterviews kunnen de volgende constatering worden gedaan:

- De deelnemers van de cliëntenraadplegingen vormen een beperkte steekproef van de totale groep bewoners. Aan deelname worden eisen gesteld met betrekking tot een mening kenbaar kunnen maken in een groepsbijeenkomst. Het samenstellen van de steekproef kan derhalve niet aselekt geschieden, maar zal door de instelling worden uitgevoerd.
- In de cliëntenraadpleging was tijdens de bijeenkomsten een onderlinge beïnvloeding van cliënten te constateren. Dit vereist van de interviewer procesinterventies gedurende het uitvoeren van de cliëntenraadpleging.

- De opmerkingen die tijdens het groepsinterview gemaakt zijn en buiten de scope van het onderzoek vielen, zijn niet meegenomen in het onderzoek, maar leveren naar onze mening wel belangrijke aangrijpingspunten voor het management op.
- Het aantal deelnemers aan de cliëntenraadpleging mag gezien de ervaringen in het praktijkonderzoek uiteenlopen van minimaal zeven deelnemers en maximaal tien deelnemers. De maximale tijdsduur bedraagt twee uur.

8.3 *Optimalisatie cliëntenraadpleging door uitbreiding met vragenlijsten*

De representativiteit van de steekproef wordt vergroot door naast de groepsinterviews een vragenlijst te gebruiken. In de praktijk is hiermee in twee instellingen ervaring opgedaan. De vragenlijsten bevatten dezelfde vragen als de vragen die in het groepsinterview zijn gesteld.

De verschillende settings van het verzorgingshuis en het verpleeghuis vragen in de gehanteerde vragenlijsten en groepsinterviews een zekere mate van differentiatie. Enkele situaties in het verzorgingshuis zijn anders dan in het verpleeghuis of zijn niet van toepassing. Deze differentiatie maakt het noodzakelijk om in de cliëntenraadpleging de vragen explicieter te formuleren. Hiermee kan enige ruis voorkomen worden.

De resultaten van de uitgezette vragenlijst vertonen bij een aantal vragen een afwijkende score ten opzichte van de gehouden groepsbijeenkomsten in dezelfde instelling. Dit geldt voor in totaal 15 van de 36 vragen. De vragenlijst beschouwen wij daarom als een waardevolle aanvulling op het groepsinterview.

Het aantal vragenlijsten dat per instelling moet worden voorgelegd voor een representatieve steekproef, is afhankelijk van de grootte van de instelling. Hierbij zijn statistische tabellen te hanteren. In ieder geval moet rekening houdend met een non respons percentage een minimum respons gegarandeerd zijn.

8.4 Resultaten cliëntenraadpleging in de praktijk

Uit de analyse van de resultaten van de cliëntenraadpleging blijkt dat de berekende scores ruim voldoende tussen de instellingen discrimineren. Ook waren duidelijke verschillen te constateren in de beoordeling van bepaalde aspecten van de zorg. Er is een aantal aspecten waar opvallend grote verschillen tussen de instellingen kunnen worden geconstateerd. Dit betreft aspecten als:

- de informatie die de familie krijgt over de zorgverlening aan de bewoner of patiënt;
- de manier waarop het huis omgaat met de opmerkingen van bewoners;
- de manier waarop bewoners of patiënten kunnen meebeslissen over de zorg die bewoners of patiënten kunnen krijgen;
- de aansluiting van de activiteiten die aangeboden worden op de activiteiten die bewoners of patiënten zelf graag doen;
- de smaak van het eten
- de snelheid waarmee hulp wordt geboden;
- de betrokkenheid van het personeel bij de bewoner of patiënt en diens situatie.

De bewoners geven de volgorde van het belang dat ze hechten aan bepaalde aspecten in de zorg- en dienstverlening als volgt aan:

1. respect;
2. nauwkeurigheid bij de verzorging;
3. snelheid waarmee hulp wordt geboden;
4. nakomen van afspraken;
5. rekening houden met speciale wensen.

Respect vinden de ondervraagde cliënten het belangrijkste aspect in de zorg, direct gevolgd door nauwkeurigheid en snelheid.

9. MEDEWERKERSVRAGENLIJST IN AANGEPASTE VORM

9.1 Doel en uitvoering medewerkersvragenlijst

Het doel van het inzetten van de medewerkersvragenlijst in het praktijkonderzoek was drieledig.

- Welke vragen in de vragenlijst leveren een toegevoegde waarde naast de managementvragenlijst en de cliëntenraadpleging?
- In hoeverre brengt de vragenlijst voor medewerkers verschillen tussen instellingen aan het licht?
- Geeft het instrument een beeld van de sector verpleging en verzorging als geheel?

De vragen zijn gezien deze doelstelling sterk gerelateerd aan de managementvragenlijst en cliëntenraadpleging. De vragenlijsten voor de medewerkers hebben informatie gegenereerd over de bedrijfsvoering, de feitelijke implementatie van beleidsdoelstellingen en protocollen of richtlijnen, de professionele zorgverlening en de ondervonden werkdruk.

De vragen zijn aan medewerkers voorgelegd om een beeld te krijgen van de mate waarin een aantal instrumenten en maatregelen daadwerkelijk in de praktijk wordt toegepast. Daarvoor is een zo getrouw mogelijke afspiegeling van de organisatie noodzakelijk, waarbij gekozen is voor beperking tot de medewerkers in de verpleging en verzorging, zowel leidinggevend als uitvoerenden, en de OR-leden. De vragenlijst bestond in het praktijkonderzoek uit drie onderdelen: een voor de OR-leden, een voor de leidinggevend en een voor de bij het primaire proces betrokken medewerkers.

Door het management van de instelling is de lijst onder vijftig personeelsleden verdeeld omdat een minimumaantal van 25 respondenten door ons als noodzakelijk werd geacht en uitgegaan is van een respons van 50%. Bij de verdeling onder de personeelsleden is aan de instellingen gevraagd een procentuele verdeling van het personeelsbestand aan te houden. Had een instelling bijvoorbeeld 10% leidinggevend personeel in de verzorging, dan werden er vijf vragenlijsten verspreid onder de leidinggevend. Daarna zijn de overige lijsten verdeeld onder de uitvoerend medewerkers van de afdelingen van de leidinggevend die aan het onderzoek deelnamen. De lijsten zijn anoniem, er is dus niet na te gaan wie welke antwoorden heeft ingevuld.

9.2 *Opmerkingen bij de medewerkersvragenlijst*

Door het onderzoek te beperken tot de bij het primaire proces betrokken medewerkers, is een groot deel van de instelling buiten beeld gebleven. De kwaliteit van de zorg- en dienstverlening van een instelling wordt immers mede bepaald door medewerkers van de huishoudelijke dienst en de voedingsdienst. Om een totaalbeeld van de instelling te krijgen, is het nodig de vragenlijsten ook voor te leggen aan medewerkers van de huishoudelijke dienst en voedingsdienst. Het minimum-aantal van 25 medewerkers is dan makkelijker te realiseren.

Om een oordeel te geven over de toegevoegde waarde van vragen in de medewerkersvragenlijst, zijn de gegevens van deze vragenlijst gerelateerd aan die van de vragen van de managementvragenlijst. Dit is gebeurd door antwoorden op gelijksoortige vragen met elkaar te vergelijken. Het is gebleken dat de antwoorden op de vragen van de managementvragenlijst een positiever beeld geven dan die op de vragen van de medewerkersvragenlijst. Over het algemeen is het management in zijn beleidsformulering de organisatie een stap voor. In het oordeel over de prestaties van een instelling wordt echter ook de implementatie van beleid en de mate waarin medewerkers op de hoogte zijn van regelingen meegewogen. In die zin brengen de gegevens van de medewerkersvragenlijst een nuance aan in de informatie die de managementvragenlijst heeft opgeleverd.

De vragenlijst van de ondernemingsraad leverde na uitvoering van het praktijkonderzoek weinig extra informatie op. Deze vragenlijst kan naar onze mening dan ook vervallen.

9.3 *Resultaten medewerkersvragenlijst in de praktijk*

De antwoorden op de vragen uit de medewerkersvragenlijst geven duidelijke verschillen tussen de instellingen weer. Daarmee bieden zij aanknopingspunten voor beoordeling en analyse, en vormen zij een waardevolle bijdrage aan het instrumentarium.

Ten slotte geeft de medewerkersvragenlijst de huidige situatie in de sector verpleging en verzorging weer. Welke vraagstukken zijn momenteel actueel en wat is de stand van zaken betreffende de implementatie van gevoerd beleid. Hierbij kan worden gedacht aan het personeelsmanagement en de consequenties die aan functioneringsgesprekken worden verbonden, de aandacht voor Arbobeleid en ziekteverzuim.

10. MANAGEMENTVRAGENLIJST LEVERT ESSENTIËLE BASISGEGEVENS

10.1 Doel en uitvoering managementvragenlijst

De managementvragenlijst is een essentieel onderdeel van het benchmark-analysemodel. De managementvragenlijst is bedoeld om verklarende variabelen te vinden voor de score van doelmatigheid in enge zin en de door cliënten en medewerkers ervaren kwaliteit. In deze vragenlijst is invulling gegeven aan de aspecten bedrijfsvoering, infrastructuur, kwaliteit en sociaal beleid uit het benchmarkanalysemodel.

Voor het onderdeel kwaliteit en sociaal beleid dienen de uitkomsten van de vragenlijsten voor medewerkers en de resultaten van de cliëntenraadpleging van de diverse instellingen te worden vergeleken. In de managementvragenlijsten kunnen mogelijk variabelen gevonden worden die als verklaring kunnen dienen voor verschillende scores. Verschillen in de inrichting en opzet van de bedrijfsvoering kunnen mogelijk aangrijpingspunten bieden voor verbetering.

We realiseren ons dat we hiermee de meting van het oordeel van andere belanghebbenden (nog) niet in het benchmarkanalysemodel hebben geoperationaliseerd. Voor een totaaloverzicht van de prestaties van een instelling worden deze gegevens eveneens van belang geacht.

10.2 Vragenlijst vergt op onderdelen een bijstelling

De uitkomsten van de managementvragenlijsten van de instellingen zijn met elkaar vergeleken. Op grond hiervan is gebleken dat enkele niet-discriminerende vragen uit de vragenlijst verwijderd kunnen worden, omdat de antwoorden hierop geen meerwaarde opleveren. Andere vragen behoeven aanscherping, daar de antwoorden vrijwel geen onderscheid aangeven tussen de instellingen. Een voorbeeld hiervan is de vraag: "Hebt u een zorgvisie en, zo ja, kunt u deze *kort* beschrijven?". Iedere instelling geeft daarbij aan zorg op maat te bieden en de cliënt centraal te stellen.

De vergelijking van de vragenlijsten bracht verschillen in de bedrijfsvoering van de deelnemende instellingen aan het licht. Zo worden verschillende verpleegvormen gehanteerd of is er al dan niet sprake van een introductieprogramma voor nieuwe medewerkers. Er wordt anders omgegaan met de fluctuaties in de zorgvraag, verantwoordelijkheden worden anders verdeeld en er worden al dan niet resultaatgerichte afspraken gemaakt. Er wordt onder meer verschillend ingespeeld op de arbeidsmarkt en er zijn verschillen in de hoogte van het opleidingsbudget, het voorhanden zijn van voldoende sturingsinformatie.

Deze verschillen leveren voldoende aangrijpingspunten voor het management om desgewenst bij collega-instellingen na te gaan hoe zaken daar georganiseerd zijn.

Uit het praktijkonderzoek is gebleken dat de invulling van de vragenlijst voor sommige instellingen eenvoudig bleek te zijn maar dat het voor andere instellingen een aanzienlijke inspanning vergde om de gevraagde gegevens te leveren.

DEEL III

HAALBAARHEID BENCHMARKONDERZOEK BEOORDEELD

11 HAALBAARHEID BENCHMARKONDERZOEK BEOORDEELD

11.1 INLEIDING

In dit laatste deel van de rapportage wordt de haalbaarheid van de toepassing van het ontwikkelde benchmarkanalysemodel beoordeeld. De basis voor dit oordeel zijn de bevindingen en ervaringen zoals die gedurende de verschillende fasen zijn opgedaan en in de voorgaande delen zijn beschreven.

Allereerst worden de belangrijkste conclusies van het haalbaarheidsonderzoek weergegeven. Vervolgens komen de randvoorwaarden voor de toepassing van het benchmarkanalysemodel in de sector verpleging en verzorging aan de orde. Ten slotte worden aanbevelingen geformuleerd voor de activiteiten die in de komende periode kunnen worden uitgevoerd teneinde een zinvolle toepassing van het model binnen de sector verpleging en verzorging mogelijk te maken.

11.2 CONCLUSIES HAALBAARHEIDSONDERZOEK

Op grond van de resultaten van het uitgevoerde haalbaarheidsonderzoek zijn de onderstaande conclusies getrokken.

Benchmarkanalysemodel

- De conceptuele opzet van het ontwikkelde benchmarkanalysemodel voor de sector verpleging en verzorging en de daarin opgenomen bouwstenen voor een beoordeling van de prestaties van een instelling worden gedragen door de koepelorganisaties en de instellingen die bij het praktijkonderzoek zijn betrokken. Daarmee is een belangrijke basis gelegd voor de verdere voorbereiding en uitvoering van een benchmarkonderzoek.
- De opzet van het benchmarkanalysemodel en de hierin opgenomen bouwstenen bevatten naar het oordeel van de koepelorganisaties en de instellingen die aan het praktijkonderzoek hebben deelgenomen naar verwachting bruikbare aanknopingspunten voor een vergelijking van de prestaties van vergelijkbare instellingen en het doorvoeren van verbeteringen door het instellingsmanagement. Het model doet recht aan zowel het belang van een goede kwaliteit van de zorgverlening als het belang van doelmatigheidsaspecten in engere zin en onderkent het belang van omgevingsfactoren, zoals de zorgvraagontwikkeling. De omgevingsfactoren en de maatschappelijke waardering zijn overigens onderdelen van het analysemodel die in het praktijkonderzoek niet verder zijn uitgewerkt en getoetst.

- Een knelpunt bij de integrale toepassing van het model is het feit dat binnen de sector verpleging en verzorging op dit moment de ontwikkeling van een eenduidig begrippenkader nog niet is afgerond. Zowel door het veld als de overheid worden kernbegrippen, zoals de door instellingen te leveren intramurale en extramurale producten en de meting van de zorgzwaarte van cliënten, op verschillende manieren gedefinieerd en geregistreerd. Voor de verzorgingshuissector geldt bovendien dat de vergoedingen voor de variabele kosten per provincie of grote stad verschillend zijn en pas vanaf 2000 door de Ziekenfondsraad en het COTG worden geharmoniseerd.
- De zorgzwaarteregistratiemethoden die op dit moment in gebruik zijn (EBIS en LZV-SIVIS) achten wij maar beperkt geschikt voor gebruik in een benchmarkonderzoek. In de eerste plaats omdat hierin de zorg die cliënten *nodig* hebben en niet de door de instelling daadwerkelijk geleverde zorg wordt weergegeven. In de tweede plaats geldt dat de zorgzwaarteregistratiemethoden EBIS en LZV-SIVIS inhoudelijk de komende tijd nog worden aangepast en bovendien niet door alle instellingen (volledig) worden gehanteerd. Ten slotte geschiedt de beoordeling van de zorgzwaarte niet door een onafhankelijke derde maar door de instellingen zelf. Voor een goede vergelijkbaarheid van de instellingen dient de beoordeling van de zorgzwaarte van de cliënten uiteraard zo objectief mogelijk plaats te vinden. Mede door de inzet van geautomatiseerde hulpmiddelen kan de objectiviteit van de zorgzwaartemeting worden bevorderd, waardoor de bandbreedte van de gemiddelde zorgzwaarte, die wordt veroorzaakt door interpretatieverschillen, tot een minimum kan worden beperkt.
Geconcludeerd wordt dat op dit moment nog geen betrouwbaar beeld van de gemiddelde zorgzwaarte binnen een instelling op basis van de bestaande registratiemethoden kan worden verkregen. Dit impliceert dat de verklaringskracht van het zorgzwaartecijfermateriaal en de onderbouwing van de uitkomsten beperkingen kennen. Op dit moment heeft de WZF met inschakeling van Van Loveren & Partners BV een voorstel ontwikkeld voor actualisatie van de EBIS-zorgzwaartemeting, waarbij onder andere meer plaats wordt ingeruimd voor psychosociale aspecten. Het NZi werkt in opdracht van de NVVz aan de aanpassing van de zorgzwaarteregistratie zoals die in de LZV is opgenomen. Het is de bedoeling dat beide systemen op elkaar aansluiten. Naar verwachting zijn de twee zorgzwaarteregistratiesystemen vanaf 2000 operationeel bij de instellingen. Een deel van de bezwaren kan hierdoor worden weggenomen.

- Uit het praktijkonderzoek is gebleken dat het mogelijk is om voor de verpleeghuizen en de verzorgingshuizen grotendeels dezelfde vragenlijsten en werkwijze bij de uitvoering van de cliëntenraadpleging te gebruiken. Voor het inventariseren van de kwantitatieve gegevens moeten twee verschillende vragenlijsten met bijbehorende invulinstructies worden gebruikt, waarbij rekening wordt gehouden met de binnen de beide sectoren gehanteerde begrippen en registratiemethoden. Voor de cliëntenraadpleging is het noodzakelijk gebleken een zekere differentiatie aan te brengen in de gehanteerde vragenlijsten om recht te doen aan de eigenheid van de verschillende settings.
- De instellingen hebben aangegeven dat de inzet van vrijwilligers en zogenaamde Melkert-banen, en de inzet van ‘flexibele’ werkrachten bij pieken en dalen in de zorgvraag en de aard en omvang van de derdegeldstroomactiviteiten van belang zijn voor de meting en beoordeling van de doelmatigheid van een instelling. De ontwikkelde kwantitatieve vragenlijsten dienen ten aanzien van deze aspecten nader te worden uitgewerkt.
- Enkele instellingen konden de gevraagde kwantitatieve gegevens vanuit de bestaande administraties op een eenvoudige wijze en binnen een kort tijdsbestek (enkele dagen) leveren. Voor de verzorgingshuizen die geen EBIS-kostenrapportage toepassen en de verpleeghuizen die de jaarenquête verpleeghuizen niet (kunnen) invullen, vergt het invullen van de vragenlijsten een forse inspanning. Voor sommige instellingen bleek de vereiste inspanning een te grote tijdsinvestering te vergen, die in het kader van de haalbaarheidsstudie niet kon worden geleverd.
- De door de werkgroep IBO genoemde set kengetallen is naar onze mening door de instellingen te genereren, met uitzondering van de productiviteitskengetallen. Hierbij tekenen wij aan dat voor de berekening van de kengetallen in sommige gevallen een aanzienlijke inspanning moet worden geleverd omdat de vereiste uitsplitsing van de personeelskosten niet in de (financiële) administratie is aangebracht. De IBO-productiviteitskengetallen kunnen niet worden berekend omdat de instellingen de daarvoor vereiste gegevens niet registreren.

- De IBO-kengetallen worden door zowel de koepelorganisaties als de bij het onderzoek betrokken instellingen en de onderzoekers te eenzijdig geacht om gebruikt te kunnen worden voor een adequate vergelijking van de prestaties van de instellingen binnen de sector verpleging en verzorging. Deze set kengetallen is gericht op een beoordeling van de doelmatigheid in enge zin en zou minimaal moeten worden uitgebreid met gegevens over de door een instelling geleverde kwaliteit en omgevingsfactoren.

Cliëntenraadpleging

- Uit de haalbaarheidsstudie is gebleken dat binnen de sector verpleging en verzorging het opnemen van het oordeel van de cliënten in een benchmarkonderzoek de inzet van verschillende instrumenten vereist. Gebleken is dat op basis van een groepsinterview een belangrijke indruk van het cliëntenoordeel kan worden verkregen. Wel is bij het groepsinterview soms enige onderlinge beïnvloeding te constateren.
- Door naast het groepsinterview individuele vragenlijsten te gebruiken, wordt het beeld gecompliceerd en het beïnvloedingsprobleem weggenomen. De vragenlijsten kunnen aan (een deel) van de overige cliënten van de instelling (en/of familie) worden voorgelegd.
- De deelnemers aan de cliëntenraadpleging hebben veelal positief gereageerd op het feit dat het cliëntenoordeel deel uitmaakt van een benchmarkonderzoek naar de doelmatigheid en kwaliteit van verzorgings- en verpleeghuizen. Een bijkomend voordeel van de uitvoering van de cliëntenraadpleging is dat de positie van de cliënt in de instelling wordt verstevigd.
- Met het oog op de uitvoering van een benchmarkonderzoek van een grotere omvang dan het praktijkonderzoek, is de vraag gerezen of een cliëntenraadpleging niet doeltreffender kan worden uitgevoerd door de raadpleging over te laten aan medewerkers van de instelling. Naar onze mening wordt daarmee echter het risico dat de cliënten in hun oordeelsvorming worden beïnvloed onverantwoord groot.

- De beoordeling van het cliëntenperspectief is een onderwerp waaraan ook de Nederlandse Patiënten/Consumenten Federatie (NP/CF), in samenwerking met de Nederlandse Vereniging voor Belangenbehartiging Verpleeghuisbewoners (NVBV) en de Landelijke Organisatie Cliëntenraden (LOC) veel aandacht besteedt. Hoe het onderdeel van de cliëntenraadpleging binnen een benchmarkonderzoek zich verhoudt tot de beoordeling van het cliëntenperspectief, georganiseerd door de NP/CF, zal in de toekomst nader verkend moeten worden, zodat er geen dubbele belasting van de instellingen en de cliënten ontstaat.
- Voor een bruikbare onderlinge vergelijking van de resultaten van de cliëntenraadpleging bij de verschillende instellingen is het noodzakelijk dat de cliënten van verzorgings- en verpleeghuizen kunnen beschikken over een algemeen geldend en helder referentiekader ten aanzien van de te verwachten producten van het verpleeg- of verzorgingshuis. Op dit moment is dit niet het geval.

Vragenlijsten management en medewerkers

- De voor het haalbaarheidsonderzoek ontwikkelde vragenlijst voor het management van de instellingen wordt zowel door de onderzoekers als de instellingen die aan het praktijkonderzoek hebben deelgenomen relevant geacht voor de uitvoering van een benchmarkonderzoek. Wel is geconstateerd dat de in de managementvragenlijst opgenomen begrippen mogelijk niet door alle instellingen op dezelfde wijze zijn geïnterpreteerd. Daarom krijgen het onderling vergelijken van de opzet en inrichting van de bedrijfsvoering van de verschillende instellingen en het identificeren van verbeterpunten voor het management van de desbetreffende instellingen een meerwaarde als een eenduidig begrippenkader wordt gedefinieerd.
- De ontwikkelde medewerkersvragenlijst, die tijdens het haalbaarheidsonderzoek voornamelijk op het sociaal beleid en zorgbeleid van een instelling was gericht, wordt als een zinvol instrument en onderdeel van het benchmarkanalysemodel beschouwd. De antwoorden op de vragen in de lijst blijken voldoende tussen de instellingen te discrimineren.

- Tijdens het haalbaarheidsonderzoek is gebleken dat de medewerkersvragenlijst ook als toetssteen kan fungeren voor de van het management verkregen antwoorden op vragen over de opzet en inrichting van de bedrijfsvoering en de mate waarin het beoogde beleid is geïmplementeerd. Uit de uitgevoerde analyses is onder meer gebleken dat de antwoorden van het management en de medewerkers in sommige gevallen (aanzienlijk) verschillen.
- De bij het haalbaarheidsonderzoek betrokken instellingen hebben aangegeven dat het noodzakelijk is om de vragenlijst niet alleen aan de zorgmedewerkers maar aan alle binnen de instelling werkzame personeelscategorieën voor te leggen. Het invullen van de vragenlijst vergt circa 20 minuten per persoon, wat door sommigen als een nadeel wordt ervaren.
- De instellingen hebben ook aangegeven dat de ondervonden werkdruk naar verwachting mede wordt bepaald door de wijze waarop binnen de instelling wordt omgegaan met pieken en dalen in de zorgvraag. Hierover zijn bij de instellingen op dit moment onvoldoende vergelijkbare en onderbouwde kwantitatieve gegevens beschikbaar. Een objectief referentiekader om de door de medewerkers ondervonden werkdruk te meten, ontbreekt op dit moment.
- De resultaten van de vragenlijst van de ondernemingsraad blijken vrijwel overeen te komen met de antwoorden op gelijksoortige vragen uit de vragenlijsten voor het management en de medewerkers. Daarom kan geconcludeerd worden dat met deze vragenlijsten kan worden volstaan.

11.3 RANDVOORWAARDEN BENCHMARKING

Voor een zinvolle en succesvolle verdere uitwerking van een benchmarkinstrument binnen de sector verpleging en verzorging achten wij de conceptuele opzet van het in samenwerking met de sector ontwikkelde analysemodel en de bijbehorende vragenlijsten een goed vertrekpunt. Hierbij achten wij het noodzakelijk dat aan de onderstaande randvoorwaarden wordt voldaan.

- In de komende periode dienen in aansluiting op initiatieven vanuit de sector zelf de producten van de sector verpleging en verzorging eenduidig te worden gedefinieerd en door de instellingen te worden geregistreerd. Hierbij is het wenselijk dat per product de aard en de omvang van de te verrichten activiteiten en het hiervoor minimaal vereiste deskundigheidsniveau worden aangegeven.

- Bij de productdefinitie dient rekening te worden gehouden met de zorgzwaarte van de cliënten. De onderlinge vergelijkbaarheid van instellingen op dit punt wordt bevorderd als de meting van de zorgzwaarte op een zo objectief mogelijke wijze geschiedt.
- Voor een goede vergelijkbaarheid van de resultaten van de cliëntenraadpleging dienen de cliënten van verzorgings- en verpleeghuizen over een helder referentiekader ten aanzien van de te verwachten zorg- en dienstverlening bij opname in het verpleeg- of verzorgingshuis te beschikken.
- Voor de beoordeling van de doelmatigheid in enge zin dient bij de berekening van de kosten van de geleverde productie rekening te worden gehouden met het volgende:
 - De definities van enkele belangrijke kostensoorten dienen te worden aangescherpt. Dit betreft de personeelskosten (direct zorgpersoneel, faciliterend personeel en echte overhead), de huisvestingskosten en de automatiseringskosten. Ook voor een goede vergelijkbaarheid van de IBO-kengetallen is het noodzakelijk dat de aan de kengetallen ten grondslag liggende begrippen eenduidig worden gedefinieerd om interpretatie- en toerekeningsverschillen zo veel mogelijk te voorkomen.
 - Er zijn verschillen tussen de vergoedingen voor de variabele kosten, die in de plannen verzorgingshuizen 1997 – 2000 zijn gehanteerd. Vanaf 2000 worden deze verschillen geleidelijk geharmoniseerd;
 - Uit het praktijkonderzoek is gebleken dat de kosten en opbrengsten van de activiteiten die de instellingen in het kader van de zogenaamde derde geldstroom verrichten, apart worden vermeld en in sommige gevallen worden gesaldeerd met de kosten en opbrengsten van de primaire activiteiten. Voor de beoordeling van de doelmatigheid dienen de effecten van deze verschillende manieren van registreren te worden geëlimineerd om de vergelijkbaarheid van de instellingen te waarborgen.
- Naast de voor de cliënten van de instelling geïndiceerde zorg moet ook de door een instelling daadwerkelijk geleverde zorg worden geregistreerd. Op deze wijze kan bij de beoordeling van de doelmatigheid en kwaliteit van een instelling rekening worden gehouden met de mate waarin de geïndiceerde zorg daadwerkelijk is geleverd.

- Voor de onderlinge vergelijking van de opzet en inrichting van de bedrijfsvoering van vergelijkbare instellingen met behulp van een vragenlijst voor het management is het wenselijk dat een uniform begrippenkader wordt ontwikkeld.
- Over de wijze waarop een toekomstig benchmarkonderzoek wordt uitgevoerd, moeten de betrokken partijen van tevoren heldere procedure-afspraken maken. Aspecten die hierbij adequaat dienen te worden geregeld, betreffen onder meer:
 - het beheer en het eigendom van de geïnventariseerde gegevens;
 - de openbaarheid van gegevens;
 - de rol en de verantwoordelijkheden van de bij een benchmarkonderzoek betrokken partijen (het ministerie van VWS, de koepelorganisaties, de instellingen, het COTG, de Ziekenfondsraad, Zorgverzekeraars Nederland en cliëntenvertegenwoordigers);
 - de wijze waarop de omgevingsfactoren kunnen worden geïnventariseerd;
 - de wijze waarop de participatie van de instellingen in een dergelijk onderzoek wordt bevorderd.

Tijdens het praktijkonderzoek is geconstateerd dat voor de meting en registratie van de door de instellingen geleverde productie en de hiervoor gemaakte kosten geen eenduidig begrippenkader bestaat. Mede hierdoor is een integrale analyse en beoordeling van de prestaties van de instellingen op basis van het benchmarkanalysemodel tijdens het haalbaarheidsonderzoek niet mogelijk gebleken. De instellingen die aan het praktijkonderzoek van het haalbaarheidsonderzoek hebben deelgenomen, hebben aangegeven dat zij op grond van de resultaten van het praktijkonderzoek voor de individuele instellingen, in januari 1999 met de onderzoekers van gedachten willen wisselen over de mogelijke aanknopingspunten voor het doorvoeren van verbeteringen.

11.4 AANBEVELINGEN

De hoofdconclusie van het haalbaarheidsonderzoek luidt dat, mits aan bovengenoemde randvoorwaarden wordt voldaan, de ontwikkeling van een integraal instrumentarium voor de toepassing van het benchmarkanalysemodel binnen de sector verpleging en verzorging op termijn mogelijk wordt geacht.

Alle betrokken partijen hebben onderkend dat door van de omvang van de sector verpleging en verzorging (in totaal circa 1800 instellingen) de integrale toepassing van het benchmarkanalysemodel een aanzienlijke voorbereiding en doorlooptijd vergt. Mede gelet op de hierboven vermelde conclusie achten wij de uitvoering van een dergelijk onderzoek voor de sector verpleging en verzorging over 1998 niet zinvol.

De komende periode kan worden benut voor het invullen van de randvoorwaarden voor de uitvoering van een benchmarkonderzoek in de nabije toekomst. Hierbij kan door de betrokken partijen worden overwogen om alvorens het benchmarkanalysemodel integraal en sectorbreed toe te passen, op korte termijn (onderdelen van) het model in de praktijk toe te passen bij instellingen die hierbij een voortrekkersrol willen vervullen. De desbetreffende instellingen kunnen op basis van de ontvangen spiegelinformatie de doelmatigheid en kwaliteit van de bedrijfsvoering verbeteren.

Wij geven de betrokken partijen in overweging om in het kader van de Meerjarenaafspraken een stappenplan te ontwikkelen waarin een planning voor het systematisch invullen van de randvoorwaarden is opgenomen. Wij merken op dat de door ons aanbevolen eenduidige registratie van de overeengekomen productdefinities aansluit bij de Meerjarenaafspraken over eenheid in de informatievoorziening. Hierdoor wordt bevorderd dat de transparantie van de zorgleveranties voldoet aan ieders informatiebehoefte.

Naar ons oordeel behoren afspraken over productdefinities tot de basis van de bedoelde informatievoorziening. Ook de cliënten hebben behoefte aan informatie over de zorg die ze in een instelling kunnen verwachten. Als hierover duidelijkheid bestaat, zal dit ook de vergelijkbaarheid van de resultaten van de cliëntenraadpleging ten goede komen.

Naar ons oordeel dienen in het stappenplan de volgende aspecten te worden opgenomen:

- De wijze waarop en de periode waarbinnen tot uniforme productdefinities kan worden gekomen.
- De wijze waarop en met ingang van welke periode de instellingen deze producten eenduidig in de administratieve systemen kunnen registreren.
- De wijze waarop de registratie van de zorgwaarte in de sector systematisch kan worden gerealiseerd. De vernieuwde EBIS-zorgzwaartemeting en de vernieuwing van de hulpindex kunnen hieraan mogelijk belangrijke bijdragen leveren.
- De vaststelling van de kosten- en productiegegevens die minimaal nodig zijn voor een benchmarkonderzoek, op basis van het in het haalbaarheidsonderzoek ontwikkelde instrumentarium. Deze gegevens dienen uit de (financiële) administratie van de instelling te kunnen worden gehaald. Indien wenselijk kan hiervoor een rekeningschema als standaard worden aanbevolen.
- De wijze waarop cliëntenraadplegingen binnen de sector kunnen worden opgezet, waarbij wordt aangesloten bij wat in de sector al gebeurt. Hierbij moet worden bezien op welke wijze de objectiviteit van de cliëntenraadplegingen kan worden gewaarborgd.
- De wijze waarop de omgevingsfactoren (onder meer wachtlijsten en de relatieve beschikbaarheid van zorgvoorzieningen voor ouderen) en de maatschappelijke waardering als onderdelen van het benchmarkanalysemodel kunnen worden geïnventariseerd.
- De wijze waarop nader onderzoek kan worden verricht naar een integrale analyse en beoordeling van de prestatie van de instellingen met behulp van het benchmarkanalysemodel.
- De schaal waarop, de periode waarover en de periodiciteit waarmee binnen de sector verpleging en verzorging een benchmarkonderzoek zal worden uitgevoerd.

Naar onze mening kunnen de resultaten van bovenstaande activiteiten relatief eenvoudig in het ontwikkelde model worden verwerkt zonder de conceptuele opzet van het model te wijzigen. Alleen onderdelen van het meetinstrumentarium moeten worden aangepast. Dit betekent dat naar ons oordeel het model toekomstbestendig kan worden genoemd, wat van belang is voor de verdere ontwikkeling en toepassing.

Ten slotte merken wij op dat een zorgvuldige en kansrijke voorbereiding en uitvoering van een benchmarkonderzoek de inzet van alle betrokken partijen vereist. Op grond van de ervaringen die we hebben opgedaan tijdens de haalbaarheidsstudie binnen de sector verpleging en verzorging, vertrouwen wij erop dat voor de sector verpleging en verzorging voldoende expertise aanwezig is en dat alle betrokken partijen eraan zullen bijdragen het management van de instellingen in de gelegenheid te stellen om de prestaties van de instellingen waar mogelijk te verbeteren door bruikbare spiegelinformatie aan te reiken.

BIJLAGE A:

BIJ HET ONDERZOEK BETROKKEN INSTELLINGEN

Tijdens het haalbaarheidsonderzoek hebben diverse instellingen een belangrijke bijdrage geleverd aan de voorbereiding, uitvoering en evaluatie van de resultaten van het praktijkonderzoek. Op verzoek van de onderzoeksbureaus hebben enkele instellingen hun medewerking verleend aan de ontwikkeling van onderdelen van het instrumentarium. Deze praktijkgerichte inbreng is van veel waarde geweest bij het beoordelen van onderdelen van de vragenlijsten en heeft bijgedragen aan de resultaten van het praktijkonderzoek. Het gaat om de volgende instellingen:

- Berchhiem te Burgum;
- Stichting Cascade te Utrecht;
- Stichting St. Jacob te Haarlem;
- De Mantel (Stichting Zorggroep Horst & Vlietstreek) te Voorburg;
- Het Reinalda-Huis te Haarlem;
- Stichting Zorginstellingen Rijswijk te Rijswijk.

De koepelorganisaties NVVz en WZF hebben een aantal verpleeg- en verzorgingshuizen benaderd om deel te nemen aan de toepassing van het benchmarkanalysemodel in de praktijk. De volgende verpleeg- en verzorgingshuizen hebben daadwerkelijk deelgenomen:

- Amstelhof (Stichting Amstelhuizen) te Amsterdam;
- De Blaauwe Hoeve te Hulst;
- Verpleeghuis De Bieslandhof te Delft;
- Verpleeghuis Bloemendaal (Stichting Gouwestreek) te Gouda;
- Het Heijmanscentrum (Professor Heijmansstichting) te Groningen;
- Woon- en Zorgcentrum Joachim en Anna (Stichting Katholieke Verpleeg- en Verzorgingshuizen) te Rotterdam;
- De Mantel (Stichting Zorggroep Horst & Vlietstreek) te Voorburg;
- Maria Dommer te Maarssen;
- St. Martinus (Stichting Land van Horne) te Weert;
- Verpleeg- en zorgcentrum Snavelenburg te Maarssen;
- Woonzorgcentrum Waelestein te Rotterdam;
- De Zorgboog (Stichting Verpleeghuizen Gewest Helmond) te Helmond;
- Stichting Zorg voor Bejaarden te Capelle aan den IJssel.

De instellingen die het instrumentarium in de praktijk hebben toegepast, hebben in korte tijd veel werk verzet. Hun bereidheid om medewerking te verlenen en opbouwende kritiek op het instrumentarium te leveren, heeft het mogelijk gemaakt om een deel van het ontwikkelde benchmarkanalysemodel in de praktijk toe te passen.

Voor de ontwikkeling van outputindicatoren hebben drie verpleeghuizen een apart traject opgezet. Hierin wordt de mogelijkheid om de Balanced Score Card als vergelijkingsinstrument te gebruiken, onderzocht. Deze drie verpleeghuizen zijn:

- Verpleeghuis Peppelrode te Eindhoven;
- Stichting De Stromen te Rotterdam;
- Anna Schotanus (Stichting Zorgcentra Moerborch) te Heerenveen.

Dit initiatief biedt interessante aanknopingspunten om het benchmarkanalysemodel voor het management van een instelling verder uit te werken.

BIJLAGE B:

DE BALANCED SCORE CARD

Voor de verpleeghuissector is in het praktijkonderzoek door drie concerns een 'tweede spoor' gevolgd, waarbij door de desbetreffende instellingen de toepassing van een Balanced Score Card wordt geïntroduceerd bij benchmarking.

De Balanced Score Card is in de afgelopen jaren ontwikkeld als een intern berichtgevingsinstrument. Met behulp van een Balanced Score Card kan periodiek worden gemeten en gerapporteerd in hoeverre de instelling erin slaagt succesvol de gekozen strategie te volgen en de door de instelling beoogde doelstellingen te realiseren. Bij het gebruik van de Balanced Score Card worden de resultaten van de instellingsactiviteiten vanuit vier perspectieven gezien:

- het cliëntenperspectief (beoordeling van de prestaties van de instelling door de cliënten);
- het financieel perspectief (beoordeling van de doelmatigheid van de instelling);
- het interne perspectief (beoordeling van de gebieden waarin de instelling moet excelleren);
- het innovatief en lerend-vermogen-perspectief (beoordeling van het vermogen van de instelling om continu de prestaties te verbeteren en blijvend waarde te creëren).

Via de strategie van een instelling zijn deze vier perspectieven aan elkaar gekoppeld. Voor ieder perspectief kunnen op basis van de visie en de doelstellingen die een instelling met een strategie nastreeft, kritische succesfactoren worden geformuleerd, die vervolgens gemeten kunnen worden. Bij het gebruik van de Balanced Score Card is het meten van de prestaties op basis van de doelstelling van een instelling essentieel.

De drie concerns die deel uitmaken van de pilotgroep voor de sector verpleeghuizen zien in de toepassing van de Balanced Score Card een betere methode voor benchmarking. De desbetreffende concerns onderkennen dat in het kader van een benchmarkonderzoek bij de toepassing van de Balanced Score Card regionale doelstellingen moeten worden vastgesteld die door alle instellingen worden onderschreven. Het idee bestaat dat hiervoor zou kunnen worden aangesloten bij de ontwikkeling van de regiovisie. Het toepassen van een Balanced Score Card vereist daarnaast dat prestatie-indicatoren, meetinstrumenten, eenduidige productdefinities en registratiemethoden worden ontwikkeld en eenduidig worden vastgesteld.

De onderzoekers beschouwen de Balanced Score Card als een mogelijke aanvulling op het benchmarkanalysemodel voor het management van de instellingen.

BIJLAGE 10: BENCHMARKONDERZOEK THUISZORG BIEDT AANKNOPINGSPUNTEN
VOOR INSTELLINGEN EN OVERHEID

Benchmarkonderzoek Thuiszorg biedt aanknopingspunten voor instellingen en overheid

Utrecht, maart 1999

Berenschot

Inhoud

Voorwoord	5
Samenvatting	7
Inleiding	16
Aanleiding, opzet en inrichting benchmarkonderzoek	16
Achtergronden van het benchmarkonderzoek meerledig	16
Begeleiding door deelwerkgroep en klankbordgroep	17
Het verzamelen, analyseren en terugkoppelen van gegevens staat bij benchmarking centraal	18
Eerste fase: uitwerken beoogde onderzoeksopzet en ontwikkelen benchmarkanalysemodel	18
Tweede fase: ontwikkelen en testen instrumentarium en voorlichtingsbrochure	19
Derde fase: inventarisatie en analyse gegevens en identificatie best-practice-instellingen	19
Vierde fase: opstellen generieke en specifieke rapportages	23
Opbouw van dit rapport	23
1 Benchmarkanalysemodel kent drie bouwstenen	25
Benchmarkanalysemodel gaat uit van evenwicht tussen factoren	25
Kosten in relatie tot productie geven inzicht in doelmatigheid	25
DEA-analyse meet doelmatigheid	26
Clustering met behulp van DEA-techniek bevordert vergelijkbaarheid	27
DEA creëert streefprofiel van bestaande instellingen	28
Kwaliteit van zorgverlening wordt beoordeeld door cliënten	28
Benchmarkanalysemodel bevat geen kwaliteitsnormen	28
Oordeel cliënt bepalend voor kwaliteitsscore instelling	28
Kwaliteitsbegrip heeft meerdere dimensies	29
Omgevingsfactoren relevant voor functioneren instelling	29
Identificatie best-practice-instellingen gebaseerd op de praktijk	31
Analyse bedrijfsvoering best-practice-instellingen biedt aanknopingspunten voor optimalisering bedrijfsvoering	31
2 Doelmatigheidsonderzoek geeft indicatie voor optimalisatiemogelijkheden	34
Doelmatigheidsonderzoek uitgevoerd bij 104 thuiszorginstellingen	34
Doelmatigheidsonderzoek omvat ruim 90% van de in 1997 geleverde zorguren	35
Standaardisatie toerekening kosten aan productgroepen doorgevoerd	36
Bevindingen tijdens eerste analyses vergroten transparantie	36

Medewerkers via Regeling Extra Arbeidsplaatsen ingezet voor uitvoerende taken	36
Administratief omboeken uren kent brede toepassing	37
DEA-methodiek leidt tot interessante resultaten	38
Gemiddelde efficiëntie thuiszorginstellingen bedraagt 82,6%	39
Instellingen ingedeeld in drie efficiëntieklassen	39
Efficiëntieklasse A omvat 32 instellingen	39
Efficiëntie niet gelijk gespreid over de typen instellingen	40
Mediaan verdeling efficiëntiescores verschilt per type instelling	41
Relatie tussen efficiëntie en aantal producten zichtbaar	41
Instellingen in efficiëntieklasse A verantwoordelijk voor 19,6% van de totale kosten	41
Relatie lump sum en efficiëntiescore blijkt niet eenduidig	42
Indeling instellingen in efficiëntieklassen voor 88,5% stabiel	42
Productie tweede compartiment deels uit AWBZ gefinancierd	43
Veronderstelde kostendekkende status-aparte-productie leidt tot wijziging efficiëntie	44
Indeling in efficiëntieklasse zou voor 11,5% van de instellingen veranderen	45
Berekening opbouw productie verschilt tussen instellingen	45
Omvang reistijd toont aanzienlijke variatie	46
Vershil in onregelmatigheidstoelag geen dominante factor	46
Afronding tijdsbesteding geleverde productie varieert van 1 tot 60 minuten	47
3 Kostenanalyses bieden aanknopingspunten verklaring efficiëntieverschillen	48
Kostenstructuur toont relevante verschillen tussen instellingen	48
Schaalvoordelen niet zichtbaar in totale kosten	48
Opbouw kostenstructuur nader bezien	48
Verschillen kostenstructuur efficiëntieklassen aanwezig	49
Kostenstructuur per grootteklasse vertoont beperkte verschillen	49
Kostenstructuur per type instelling laat aanzienlijke verschillen zien	50
Kostenstructuur geen verklaring voor efficiëntieverschillen	52
Productiviteit nader geanalyseerd	52
Door instellingen gehanteerde normen lopen uiteen	52
Beschikbare tijd voor bijna 70% besteed aan zorgverlening	53
Overige uren uitvoerenden zorg in acht categorieën verdeeld	53
Verlofdagen op instellingsniveau niet nader onderzocht	54
Analyse ziekteverzuim maakt een van de oorzaken van efficiëntieverschillen duidelijk	54
Inzet eigen medewerkers niet altijd efficiënter dan inhuur	56
Personeelskosten per uur contacttijd voor inhuur veelal lager	56
Personeelskosten uitvoerenden zorg per betaalluur hoger voor inhuur	57
Productiviteit ingehuurde medewerkers hoger	58
Bedrijfsvoering instellingen vergeleken	58
Personeelsbeheer op veel punten vergelijkbaar	59
Organisatiebeleid laat verschillen zien	59

Kwaliteitsbeleid in sterk wisselend aantal protocollen vastgelegd	60
Verschillen in financieel beheer betreffen met name	61
Bedrijfsvoering efficiënte instellingen heeft enkele specifieke kenmerken	61
Bedrijfsvoering efficiënte instellingen moeilijk te duiden	62
4 Geraadpleegde cliënten over het algemeen positief over geleverde kwaliteit	63
Perspectief van de cliënt centraal in kwaliteitsmeting	63
Vragenlijst Stichting KIEN ingezet in benchmarkonderzoek	63
Resultaten cliëntenraadpleging bedoeld voor benchmarkonderzoek en kwaliteitstraject	64
Vragenlijst cliëntenraadpleging gebaseerd op praktijksituaties	64
Cliëntenraadpleging kende over het algemeen voldoende respons	65
Cliëntenraadpleging heeft geleid tot betrouwbare bevindingen	67
Resultaten cliëntenraadpleging uitgedrukt in herkenbare 'rapportcijfers'	67
Cliëntenoordeel positief met enkele kanttekeningen	68
Cliëntenoordeel bevat uitersten	69
Cliëntenoordeel nader geanalyseerd	70
Cliëntenoordeel over de vier dimensies vertoont samenhang per cliëntenoordeelklasse	70
Cliëntenoordeel over kleinere instellingen het meest positief	71
Cliëntenoordeel per dimensie per type instelling nagenoeg consistent	71
Oudere cliënten, mannen en cliënten met korte zorgduur geven positiever oordeel	71
Weinig onderscheid in belang van kwaliteitsdimensies	72
Instellingen in cliëntenoordeelklasse A hebben inzicht in resultaten zorgverlening	72
5 Gegevens derde bouwsteen niet betrouwbaar gebleken	74
Inbouwen van ruimte in vaste bezetting weinig in gebruik	74
Flexibele inzet personeel door bijna alle instellingen gehanteerd	74
Wachtlistergegevens onvoldoende betrouwbaar en beschikbaar	75
Rantsoeneren van zorg lijkt efficiëntie te verlagen	75
Rantsoeneren van het aantal uren geleverde zorg nader geanalyseerd	76
Effect rantsoenering zorg in analyses zichtbaar	76
Ziekteverzuim bij rantsoeneren zorg lijkt iets hoger	77
Aansluiting zorgaanbod op zorgvraag nog onvoldoende duidelijk	77
6 Identificatie best practices met behulp van matrix	79
Scores efficiëntie en cliëntenoordeel gecombineerd in matrix	79
Best-practice-instellingen geïdentificeerd	80
Indeling matrix vereist nuanceren	80
Vergelijking efficiëntiescore en cliëntenoordeel levert interessant materiaal op	81
Samenhang best practice en bedrijfsvoering slechts op enkele punten aangetoond	81
Ziekteverzuim bij best-practice-instellingen het laagst	82
Personeelskosten uitvoerenden zorg lopen uiteen	82
Personeelskosten per uur contacttijd bij best-practice-instellingen lager	83

Weinig verschil in personeelskosten per betaalluur tussen best-practice en overige	83
Productiviteit uitvoerenden zorg in best-practice-instellingen hoger	84
Inzet functiegroepen best-practice-instellingen wijkt af van overige instellingen	85
Relatie best-practice-instellingen met overige zorgcapaciteit lijkt aanwezig	86
7 Openbare benchmarking in 2000 vergt tijdig invullen randvoorwaarden	88
Benchmarking in 2000 kan voortbouwen op resultaten onderzoek	88
Openbare benchmarking in 2000 over prestaties 1999 beoogd	88
Medewerkersvragenlijst zinvolle aanvulling	89
Registratie binnen de thuiszorg vergt verbetering	90
Inventarisatie feitelijke aansluiting tussen zorgvraag en -aanbod verdient prioriteit	90
Faseverschil tussen doelmatigheidsonderzoek en cliëntenraadpleging te voorkomen	91
In 1999 voor aantal instellingen herkansing benchmark gewenst	92
Uitbreiding benchmark kan meerwaarde bieden	92
Relatie met status-aparte-producten nog onderbelicht	93
Externe benchmark kan horizon verbreden	93
Herbezinning productmix is overwegen waard	93
Vereenvoudiging productomschrijving denkbaar	94
Levering integraal pakket door instellingen lijkt doelmatigheid niet te bevorderen	94
Outputfinanciering vergt voorbereiding van vele partijen	95
Medewerking thuiszorginstellingen inspireert tot actie	96
Bijlagen:	
A Samenstelling deelwerkgroep	97
B Samenstelling klankbordgroep	98
Separate appendix	

Voorwoord

In 1998 hebben 100 thuiszorginstellingen integraal en 22 thuiszorginstellingen partieel deelgenomen aan een benchmarkonderzoek binnen de sector thuiszorg. Het onderzoek vloeide voort uit afspraken tussen het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), de Landelijke Vereniging voor Thuiszorg (LVT) en Branchebelang Thuiszorg Nederland (BTN) en had als doel een benchmarking voor alle thuiszorginstellingen te initiëren.

Het onderzoek is door PricewaterhouseCoopers en Berenschot B.V. uitgevoerd in samenwerking met alle betrokken partijen. Dit rapport bevat een algemene beschrijving van de inhoud en de resultaten van het onderzoek.

Wij hebben het als een eervolle uitdaging ervaren om deze opdracht uit te voeren. Daarbij wisten wij ons verzekerd van de medewerking van velen.

Wij zijn de cliënten en instellingen die aan het onderzoek hebben meegewerkt erkentelijk voor de tijd en moeite die zij hebben besteed aan het leveren van de gevraagde informatie. Wij zijn onder de indruk van de openheid waarmee gegevens werden aangeleverd.

De inhoudelijke inbreng van de klankbordgroep was voor ons onmisbaar en van moeilijk te overschatten waarde. De leden van de klankbordgroep hebben veel energie gestoken in het becommentariëren van de door ons opgestelde concepten en aanreiken van suggesties om het initieel door ons ontwikkelde benchmarkmodel te vervolmaken. De kwaliteit en daarmee de bruikbaarheid van de onderzoeksresultaten zijn door de inbreng van de klankbordgroep sterk gestegen.

De LVT en de BTN hebben zeer belangrijke bijdragen geleverd aan het tot stand brengen van het project en de communicatie die daarbij hoorde. Beide koepelorganisaties hebben een centrale rol vervuld bij het creëren van draagvlak voor het onderzoek door het belang ervan aan hun leden te verduidelijken.

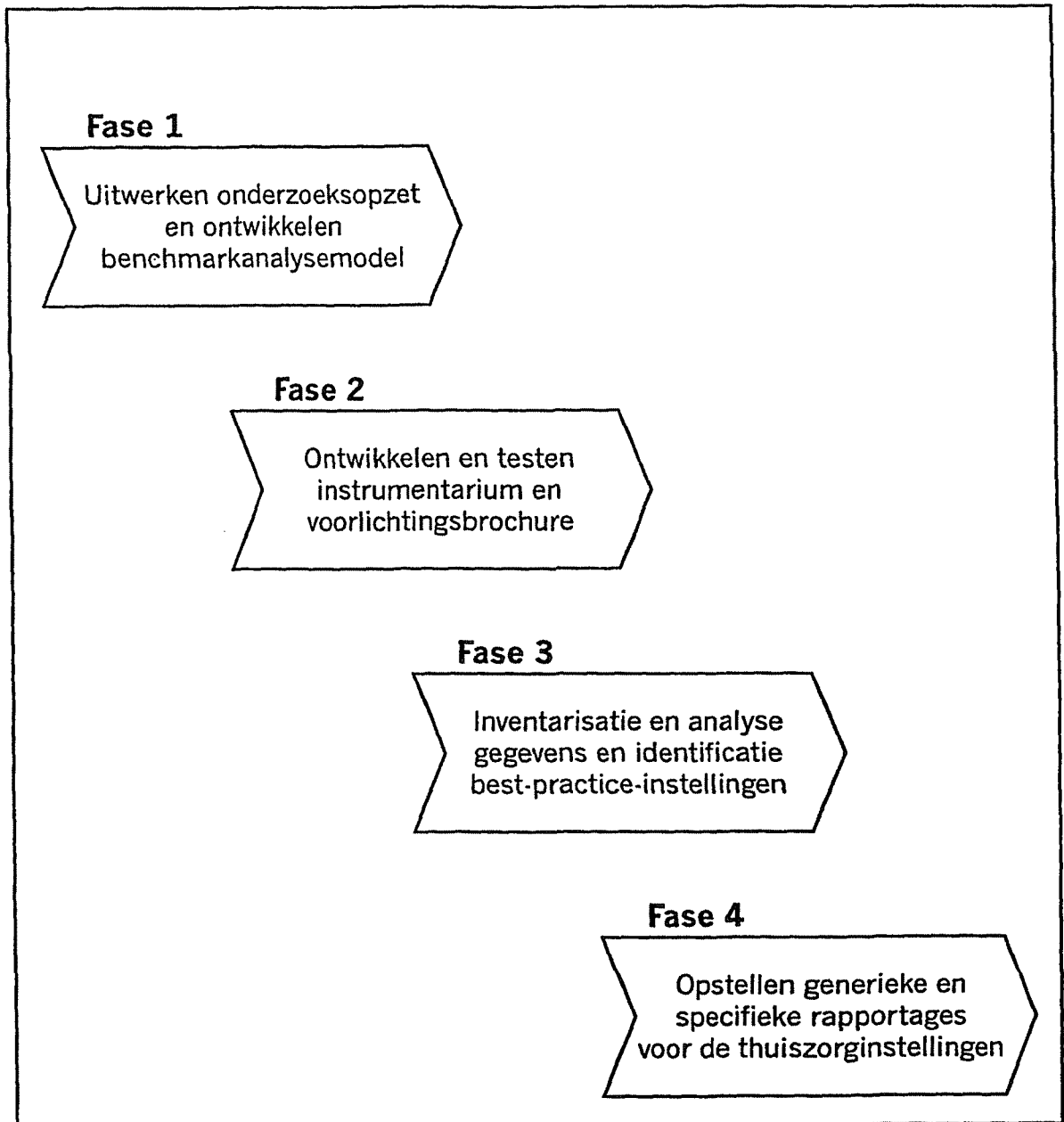
De Stichting Kwaliteit In Eigen huis (KIEN) danken wij voor het beschikbaar stellen van de vragenlijst voor de cliënten. Daardoor kon de cliëntenraadpleging ook daadwerkelijk vanuit het perspectief van de cliënt worden uitgevoerd.

De Ziekenfondsraad en het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg (COTG) hebben ons zeer geholpen door achtergrondinformatie aan te leveren en deelresultaten te becommentariëren.

De leden van de deelwerkgroep danken wij voor de wijze waarop zij de onderzoekers hebben begeleid. Door hun professionele inbreng werden opzet en voortgang van het onderzoek gegarandeerd.

Een bijzonder woord van dank richten wij ten slotte aan de directie Curatieve Somatische Zorg van het ministerie van VWS. Zonder de betrokken wijze waarop het opdrachtgeverschap is ingevuld en de nodige besluitvorming heeft plaatsgevonden, zou dit onderzoek niet tot een goed einde zijn gebracht.

Figuur A: Fasering benchmarkonderzoek thuiszorg



Bron: Projectplan

De voor het onderzoek ingestelde klankbordgroep en deelwerkgroep zijn onmisbaar geweest bij de uitvoering van het onderzoek.

Benchmarkonderzoek vergelijkt prestaties

Het benchmarkonderzoek in de thuiszorg vloeit voort uit de behoefte aan inzicht in de stand van zaken van de doelmatigheid binnen de sector en de wens om de transparantie in de sector te bevorderen. In het verlengde hiervan hebben de LVT en BTN met het ministerie van VWS afspraken gemaakt over de invoering van een systeem van outputfinanciering in 2001. Tevens wordt het onderzoek gezien als een van de AWBZ-benchmarkonderzoeken die worden uitgevoerd in het kader van het kabinetsprogramma *Financiële Vernieuwing*. Hierbij vervult de sector thuiszorg een koplopersfunctie. Inmiddels zijn ook (haalbaarheids)onderzoeken in de sectoren verstandelijk-gehandicaptenzorg, geestelijke gezondheidszorg en verpleging en verzorging uitgevoerd.

Het ministerie van VWS heeft PricewaterhouseCoopers en Berenschot B.V. opdracht gegeven het benchmarkonderzoek in de thuiszorg uit te voeren. Ook het haalbaarheidsonderzoek in de sector verpleging en verzorging is aan deze bureaus opgedragen. Daardoor werd het mogelijk om voor beide sectoren een vergelijkbaar analysemodel en instrumentarium te ontwerpen.

Voor de sector thuiszorg heeft het onderzoek betrekking op het jaar 1997 en op de vijf producten die vallen onder de AWBZ-aanspraak algemene thuiszorg en waarover de instellingen en de zorgkantoren in 1997 productieafspraken hebben gemaakt. Dit zijn de volgende producten: alphahulpverlening, hulp bij huishoudelijke dagelijkse levensverrichtingen (HDL), verzorging, hulp bij algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL) en verpleging. Het onderzoek is zowel op de landelijke instellingen als de geïntegreerde instellingen, de kruiswerkorganisaties en de gezinszorginstellingen gericht.

Bij de uitvoering van het onderzoek zijn vier fasen doorlopen. In figuur A zijn deze vier fasen schematisch afgebeeld. Het betreft:-

- (a) **Fase 1:** het uitwerken van de beoogde onderzoeksopzet en het ontwikkelen van een benchmarkanalysemodel;
- (b) **Fase 2:** het ontwikkelen van de bij het benchmarkanalysemodel behorende vragenlijsten om de benodigde instellingsgegevens en cliëntenoordelen te verzamelen en het ontwikkelen van een database voor het verwerken en analyseren van deze gegevens; het opstellen van een voorlichtingsbrochure;
- (c) **Fase 3:** het verzamelen van de instellingsgegevens via vragenlijsten en interviews en het verzamelen van de cliëntenoordelen via enquêtes; het analyseren van de instellingsgegevens en cliëntenoordelen en het identificeren van *best-practice*-instellingen; het analyseren van verschillen tussen *best-practice*-instellingen en overige instellingen; het formuleren van aanbevelingen voor de verdere ontwikkeling van benchmarking in de sector thuiszorg;
- (d) **Fase 4:** het opstellen van de generieke en specifieke rapportages.

Samenvatting

In 1998 is in de sector thuiszorg een benchmarkonderzoek uitgevoerd. Het voorliggende rapport is de generieke rapportage over dit onderzoek; het bevat een overzicht van het onderzoeksverloop, het gehanteerde benchmarkanalysemodel en de algemene geanonimiseerde resultaten. Naast de generieke rapportage is er een specifieke rapportage per instelling. De specifieke rapportage wordt alleen aan de desbetreffende instelling verstrekt. Deze generieke rapportage bestaat uit een beschrijvend gedeelte en een aparte appendix met grafieken en figuren.

Medewerking van vele partijen verkregen

Van de per 1 januari 1997 bestaande 138 thuiszorginstellingen heeft een grote meerderheid aan het onderzoek deelgenomen. Vier landelijke instellingen zijn niet apart in het onderzoek betrokken, omdat hun productie- en kostengegevens zijn samengevoegd met die van de reguliere instelling waaraan zij gelieerd zijn. Twee instellingen zijn niet als zodanig meegenomen omdat zij weliswaar op 1 januari 1997 nog als zelfstandige instelling bestonden, maar hun administratie over 1997 al was samengevoegd met die van de instellingen waarmee zij zijn gefuseerd. Om praktische redenen hebben zij alleen als geïntegreerde instellingen aan het onderzoek kunnen deelnemen. Als gevolg hiervan zijn 132 thuiszorginstellingen benaderd, 138 verminderd met 4 landelijke instellingen en met 2 feitelijk al geïntegreerde thuiszorginstellingen. Van de 132 benaderde instellingen hebben 100 instellingen integraal, 22 instellingen partieel en 10 in het geheel niet aan het onderzoek deelgenomen. In de onderstaande tabel zijn deze gegevens samengevat.

Tabel 1: Verdeling aan het benchmarkonderzoek deelnemende instellingen.

Deelname aan Doelmatigheidsonderzoek	Cliëntenraadpleging		
	Ja	Nee	Totaal
Ja	100	4	104
Nee	18	10	28
Totaal aantal thuiszorginstellingen	118	14	132

Bron: Bewerking gegevens thuiszorginstellingen benchmarkonderzoek 1997.

Dankzij de inspanning die de 122 instellingen hebben geleverd om de voor de benchmark benodigde gegevens te verzamelen, kon het onderzoek succesvol worden afgerond. Naast de individuele instellingen hebben ook andere instanties een zeer belangrijke bijdrage geleverd. Wij noemen in dit verband de Landelijke Vereniging van Thuiszorg (LVT), Branchebelang Thuiszorg Nederland (BTN), de Stichting Kwaliteit In Eigen huis (KIEN), het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg (COTG) en uiteraard de opdrachtgever, het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS).

Tijdens het onderzoek bleek dat er voor het completeren van de aangeleverde gegevens tot een consistente set gegevens meer tijd nodig was dan oorspronkelijk was gedacht. Daardoor zal bij een aantal instellingen wellicht de indruk zijn ontstaan dat lang op de terugkoppeling van gegevens moest worden gewacht.

Onder benchmarking wordt in dit onderzoek verstaan: het vergelijken van de prestaties van instellingen met die van toonaangevende instellingen binnen de sector, de best-practice-instellingen. Het doel van het onderzoek is het bieden van vergelijkingsmateriaal voor de thuiszorginstellingen, aanknopingspunten voor het optimaliseren van de bedrijfsvoering door het management van instellingen en het leveren van een bijdrage aan de ontwikkeling van een systeem voor outputfinanciering in de sector.

Benchmarkanalysemodel bestaat uit drie bouwstenen

De prestaties van thuiszorginstellingen zijn uren geleverde zorg van een bepaalde kwaliteit, rekening houdend met de regionale context van vraag en aanbod. Het benchmarkanalysemodel dat voor dit onderzoek is gebruikt, bestaat dan ook uit drie bouwstenen:-

- (a) doelmatigheid;
- (b) kwaliteit;
- (c) relevante omgevingsfactoren.

De doelmatigheid wordt gemeten door kosten in verband te brengen met productie. Daarbij is gebruik gemaakt van de Data Envelopment Analysis (DEA). Met behulp van deze methodiek is het mogelijk de productie van instellingen die meerdere producten bieden, met elkaar te vergelijken. Daarnaast kunnen met behulp van de DEA-methodiek clusters worden gevormd van instellingen die op grond van de productmix of andere kenmerken als redelijk vergelijkbare instellingen worden beschouwd. Om gegevens over de doelmatigheid te verkrijgen, hebben de instellingen een kwantitatieve vragenlijst ingevuld. De gegevens zijn door ons in een hiertoe ontwikkelde database opgenomen, op interne consistentie gecontroleerd en in overleg met de instellingen zo nodig aangevuld.

In overleg met het ministerie van VWS, de LVT en BTN is besloten de kwaliteitsmeting te verrichten in de vorm van een schriftelijke cliëntenraadpleging. Daarvoor is de enquête gebruikt die is ontwikkeld door de Stichting KIEN. Ten behoeve van de analyses is het begrip kwaliteit onderverdeeld in de dimensies kwaliteit in enge zin (deskundigheid, bejegening en informatievoorziening/cliëntenrechten), snelheid, betrouwbaarheid en flexibiliteit.

De meest relevante omgevingsfactor voor dit onderzoek is de aansluiting van zorgvraag en zorgaanbod op elkaar. Wij hebben de instellingen gegevens gevraagd inzake het opbouwen van een wachtlijst en het rantsoeneren van zorg.

De instellingen die zowel op het aspect van de doelmatigheid als op het aspect van de kwaliteit het hoogst scoren (binnen hun cluster), zijn de best-practice-instellingen. Er is dus voor gekozen om de prestaties van instellingen niet te toetsen aan theoretische normen maar aan de prestaties van daadwerkelijk bestaande instellingen.

Door de bedrijfsvoering van de best-practice-instellingen te vergelijken met die van overige instellingen kan gezocht worden naar mogelijkheden voor verbeteringen in de sector. De instellingen hebben voor dit onderdeel een uitvoerige vragenlijst ingevuld met als doel te inventariseren op welke wijze de thuiszorginstellingen de opzet en inrichting van de bedrijfsvoering hebben georganiseerd. In deze managementvragenlijst worden enkele algemene gegevens geïnventariseerd en daarnaast vragen gesteld over de opzet en inrichting van het personeelsbeheer, de organisatie, het kwaliteitsbeheer en het financieel beheer binnen de instelling.

Gemiddelde efficiëntie thuiszorginstellingen bedraagt 82,6%

De thuiszorginstellingen die in het doelmatigheidsonderzoek het hoogst scoren, worden als 100% efficiënt beschouwd. Deze instellingen vormen samen de *efficiency frontier*. De efficiëntie van de overige instellingen is gerelateerd aan de efficiëntie van de instellingen op de efficiency frontier. In dit onderzoek is dus sprake van een relatieve efficiëntiebeoordeling. Bij het bepalen van de efficiëntiescores zijn de door de instellingen opgegeven cliëntcontacturen gecorrigeerd voor de inzet van medewerkers die werkzaam zijn in het kader van de regeling extra arbeidsplaatsen (Melkertregeling) en voor het administratief in- en verkopen van uren zorg.

Van alle instellingen die aan het doelmatigheidsonderzoek hebben deelgenomen, bedraagt de gemiddelde efficiëntie 82,6%. Het percentage is de gemiddelde score ten opzichte van de instellingen op de efficiency frontier, die de grootste doelmatigheid hebben gerealiseerd en dus als 100% efficiënt zijn beschouwd.

De instellingen zijn door ons ingedeeld in drie efficiëntieklassen (A, B en C). De instellingen met een efficiëntie van 90% of hoger behoren tot klasse A. Deze klasse bevat 32 instellingen: vier landelijke instellingen, zeven geïntegreerde instellingen, vier kruiswerkorganisaties en 17 gezinszorginstellingen.

De gemiddelde efficiëntie is het hoogst bij gezinszorginstellingen, daarna bij respectievelijk de landelijke instellingen, geïntegreerde instellingen en kruiswerkorganisaties. De efficiëntie varieert echter binnen ieder type instellingen: instellingen met lage en met hoge scores bevinden zich bij alle vier typen. Opvallend is dat de gemiddelde efficiëntie van instellingen die drie producten leveren, duidelijk hoger is dan die van instellingen die twee, vier of vijf producten leveren. Een nadere analyse toonde aan dat de samenstelling van de productmix niet eenduidig is: het is dus niet zo dat bijvoorbeeld bij de levering van drie producten veelal ADL en verpleging ontbreken. Wij veronderstellen dat er wel een zekere relatie is tussen efficiëntie en de aard van de producten, maar dat er evenzeer een relatie is tussen efficiëntie en complexiteit van de bedrijfsvoering.

Oorzaken efficiëntieverschillen niet eenvoudig vast te stellen

Wij hebben meerdere analyses uitgevoerd om na te gaan hoe stabiel de door ons gehanteerde indeling in efficiëntieklassen is en wat mogelijke verklaringen voor de gevonden efficiëntieverschillen kunnen zijn.

Allereerst hebben wij onderzocht wat de effecten zijn van mogelijke verschillen in de lump sum. Het aandeel van de lump sum ten opzichte van de totale aanvaardbare kosten loopt tussen de instellingen sterk uiteen; er blijkt echter geen eenduidig verband tussen de hoogte van het aandeel lump sum en de efficiëntiescore, hoewel een hoog aandeel lump sum wat vaker voorkomt bij instellingen met een benedengemiddelde efficiëntiescore. De lump sum kan dus op zichzelf geen verklarende factor vormen.

Verder hebben wij de tweede-compartimentproductie (met name ziekenhuisgerelateerde zorg op grond van de zogenoemde knip in de thuiszorg) en de status-aparte-producten (ouder- en kindzorg, dieetadvisering en collectieve preventie) op efficiëntie-effecten onderzocht.

In het onderzoek zijn wij zoveel mogelijk nagegaan wat de invloed van deze factoren kan zijn. Een aantal instellingen zou in een andere efficiëntieklasse worden ingedeeld wanneer met deze factoren rekening zou worden gehouden. Toch zijn de effecten onvoldoende om de gevonden efficiëntieverschillen te verklaren. Wel biedt het inzicht in deze factoren het management van de thuiszorginstellingen de mogelijkheid om de ten opzichte van andere vergelijkbare thuiszorginstellingen gerealiseerde efficiëntiescore op waarde te schatten. Het was niet mogelijk om de efficiëntiescores op dit punt daadwerkelijk te corrigeren, omdat de hiervoor benodigde gegevens niet beschikbaar zijn.

Op dezelfde wijze hebben wij de verschillen in (toerekening van) reistijd, de verschillen in onregelmatigheidstoeslag en de verschillen in afronding van bestede contacttijd onderzocht. Ook hier bleek dat er effecten aanwezig zijn, maar dat zij de gevonden verschillen in de efficiëntie van de thuiszorginstellingen niet kunnen verklaren.

Vervolgens hebben wij de kostenstructuur van de instellingen geanalyseerd. Bij de instellingen in efficiëntieklasse A is het aandeel van de personeelskosten van de uitvoerenden zorg in de totale kosten groter dan bij de overige instellingen. Uit een analyse van de opbouw van kostenstructuur per type thuiszorginstelling blijkt dat de landelijke instellingen van de vier typen instellingen het grootste aandeel in de totale kosten besteden aan uitvoerend personeel. De kruiswerkorganisaties besteden hieraan van de vier typen het kleinste aandeel. Landelijke instellingen besteden van de vier typen instellingen het kleinste aandeel in de totale kosten aan automatisering, mogelijk deels omdat zij hiervoor een beroep doen op instellingen waaraan zij gelieerd zijn. Kruiswerkorganisaties besteden van de vier typen instellingen het grootste aandeel in de totale kosten aan personeelskosten voor leiding en staf en aan huisvestingskosten; de productmix zal hiervan (mede) de oorzaak zijn.

Onze conclusie is dat de kostenstructuur van instellingen wel verschillen laat zien, maar dat ook deze onvoldoende concrete aanknopingspunten bieden als verklaring voor de efficiëntie verschillen.

Hoewel de door ons onderzochte aspecten de gevonden efficiëntieverschillen niet voldoende kunnen verklaren, kunnen de analyses het management van thuiszorginstellingen relevante informatie opleveren voor een beter inzicht in mogelijk kwetsbare onderdelen van hun organisatie.

Ten slotte hebben wij de productiviteit van instellingen geanalyseerd. Daaruit bleek dat afgezien van verlof en arbeidsduurverkorting, een belangrijk deel van de productiviteit wordt bepaald door de mate van ziekteverzuim in een instelling. Verder bleek er een duidelijke samenhang tussen ziekteverzuim en efficiëntieklasse te zijn. De instellingen in de hoogste efficiëntieklasse kennen het laagste ziekteverzuim. Er bleek ook een duidelijk verband tussen ziekteverzuim en grootteklasse van de instelling: de kleinste instellingen kennen het laagste verzuim.

Op grond van deze bevindingen gaan wij ervan uit dat tussen de hoogte van het ziekteverzuim en de mate van efficiëntie een belangrijk verband bestaat. Een nadere analyse kan mogelijke verbanden met bepaalde bedrijfsvoeringskenmerken aantonen.

Geraadpleegde cliënten overwegend positief over zorgverlening

Om de mening van de cliënten te inventariseren, is een enquête verzonden aan in totaal 48.558 personen. Er zijn 18.818 enquêtes geretourneerd. De aan het onderzoek deelnemende cliënten bleken over het algemeen een positief oordeel te hebben over de zorgverlening, hoewel door sommige cliënten ook zeer negatieve oordelen werden gegeven. De scores zijn uitgedrukt in rapportcijfers; de gemiddelde score bedraagt 8,1. De score per instelling varieert van 7,4 tot 8,8. Dit is voldoende om onderscheid te kunnen maken in drie cliëntenoordeelklassen (wederom A, B en C).

Tot de cliëntenoordeelklasse A (een waardering van 8,4 of hoger) behoren 23 instellingen. Daarvan zijn er vier landelijke instellingen, vier geïntegreerde instellingen, vier kruiswerkorganisaties en elf gezinszorginstellingen. Het gemiddelde cliëntenoordeel is het hoogst voor de kruiswerkorganisaties (8,4), vervolgens voor respectievelijk de landelijke instellingen (8,3), de gezinszorginstellingen (8,2) en de geïntegreerde instellingen (8,1).

Er zijn vier dimensies van kwaliteit benoemd: kwaliteit in enge zin (de mate waarin de zorg aan de specificaties voldoet), snelheid, betrouwbaarheid en flexibiliteit. De dimensie kwaliteit werd onderverdeeld in de subdimensies bejegening, deskundigheid en informatievoorziening/cliëntenrechten.

Een uitsplitsing van de resultaten naar kwaliteitsdimensie toont aan dat het bij de landelijke instellingen vooral de flexibiliteit is die gewaardeerd wordt. Bij de geïntegreerde instellingen maar vooral bij de kruiswerkorganisaties werd de snelheid het meest gewaardeerd en bij de gezinszorginstellingen de betrouwbaarheid.

Binnen de dimensie kwaliteit in enge zin werd de subdimensie bejegening consistent hoger gewaardeerd dan de subdimensies deskundigheid en informatievoorziening; deze laatste werd duidelijk het laagst gewaardeerd.

Een uitsplitsing naar kenmerken van de respondenten toonde eveneens verschillen aan. Een indeling in respondenten naar geslacht gaf aan dat mannen een positiever oordeel gaven dan vrouwen. Een indeling naar leeftijd gaf aan dat oudere cliënten een positiever oordeel gaven dan jongere cliënten. Cliënten die langere tijd thuiszorg hadden ontvangen waren minder positief dan cliënten die kortere tijd zorg ontvingen.

In de cliëntenraadpleging is ook gevraagd naar het relatieve belang dat cliënten hechten aan de verschillende kwaliteitsdimensies. De resultaten hiervan zijn gebruikt bij de weging van de oordelen op de verschillende dimensies.

Te weinig betrouwbare gegevens aansluiting zorgvraag en zorgaanbod beschikbaar

De gegevens die de instellingen in het kader van het onderzoek hebben aangeleverd over de opbouw van wachtlijsten en rantsoenering van zorg lieten slechts een globale analyse toe. Daaruit ontstond de indruk dat rantsoenering van invloed is op de efficiëntie van instellingen. De gegevens hadden echter betrekking op te weinig instellingen om verantwoorde conclusies te kunnen trekken.

Twaalf best-practice-instellingen geïdentificeerd

De resultaten van het doelmatigheidsonderzoek en van de cliëntenraadpleging zijn samengevoegd in een door ons ontwikkelde matrix met negen mogelijke combinaties van efficiëntie- en cliëntenoordeelklassen. Wij tekenen daarbij aan dat de positie van een aantal instellingen in de matrix zou veranderen als de door ons onderzochte nuancerings in de efficiëntie in de score zouden worden betrokken. De nuancerings betreffen de levering van productie in het tweede compartiment of status-aparte-productie onder de vigerende tariefwaarden, het (gedeeltelijk) verantwoorden van reistijd als contacttijd, het hanteren van ongelijksoortige afrondingsnormen voor de geleverde productie en het al dan niet rantsoeneren van de zorg. Daarnaast is ook de hoogte van de lump sum van belang. Het daadwerkelijk in de efficiëntiescores meenemen van deze nuancerings zou een arbitraire toerekening door de onderzoekers vergen, wat de acceptatie van de onderzoeksresultaten niet ten goede zou komen.

Twaalf instellingen behoren zowel tot de efficiëntieklasse A als tot de cliëntenoordeelklasse A. Zij worden in dit onderzoek als de best-practice-organisaties beschouwd. Een vergelijking tussen de best-practice-instellingen en de overige instellingen laat zien dat er geen duidelijke kenmerken in de bedrijfsvoering zijn te vinden die de best-practice-instellingen als categorie onderscheiden van andere instellingen.

Wel blijkt dat het verband tussen efficiëntie en ziekteverzuim ook terug te vinden is bij de best-practice-instellingen. Belangwekkend zijn ook de verschillen in personeelskosten voor uitvoerenden zorg.

De personeelskosten van best-practice-instellingen zijn zowel per product als per functiegroep per uur contacttijd lager; alleen bij de alphahulpverlening is er geen onderscheid. De productiviteit per functiegroep is met uitzondering van de alphahulpverlening bij best-practice-instellingen hoger dan bij andere instellingen. De inzet van de functiegroepen voor de vijf thuiszorgproducten wijkt bij best-practice-instellingen af van die bij overige instellingen.

Verdere ontwikkeling benchmark mogelijk

Het ligt in de bedoeling van het ministerie van VWS en de koepelorganisaties om in het jaar 2000 opnieuw een benchmarkonderzoek uit te voeren naar de prestaties van de instellingen in 1999. Wij pleiten ervoor dat er voor de transparantie van de sector afspraken worden gemaakt over de te hanteren productdefinities, en een binnen de sector te hanteren rekeningschema op hoofdlijnen, waardoor een meer uniforme toerekening van de indirecte kosten aan de producten en de productgroepen wordt bevorderd. Als alle instellingen de geldende beleidsregels collectief strikt zouden toepassen, wordt de ruis in de gegevens beperkt waardoor de vergelijkbaarheid van de prestaties verder wordt verbeterd. Voor de administratieve in- en verkoop van uren zou naar ons oordeel een andere oplossing gevonden moeten worden, omdat deze omboekingsystematiek leidt tot extra administratieve belasting en verlies van overzicht zonder meerwaarde voor de zorgverlening.

De ontwikkeling van uniforme software voor de gegevensinventarisatie zou een belangrijke bijdrage aan een verdere ontwikkeling van benchmarktrajecten leveren. Mede hierdoor kunnen de instellingen de juistheid en consistentie van de benodigde kwantitatieve gegevens zelf bewaken, waardoor de correctiewerkzaamheden achteraf tot een minimum kunnen worden beperkt. Met behulp van dergelijke software kan de doorlooptijd van een volgend benchmarkonderzoek sterk worden verkort, waardoor de onderzoeksresultaten en de spiegelinformatie voor de instellingen sneller beschikbaar zijn.

Mede op aangeven van de deelnemers van de klankbordgroep bevelen wij aan het instrumentarium voor het benchmarkonderzoek uit te breiden met een medewerkersraadpleging. Inmiddels hebben de betrokken partijen afspraken gemaakt over de uitvoering van een medewerkersraadpleging in 1999. De medewerkersraadpleging dient inzicht te geven in de werknemerstevredenheid en de factoren die daarop van invloed zijn. Bovendien zal de medewerkers gevraagd worden een oordeel te geven over de door de instelling geleverde kwaliteit van de zorg en de opzet en inrichting van de bedrijfsvoering.

Gezien de geringe beschikbaarheid in het nu uitgevoerde onderzoek van gegevens over wachtlijstopbouw en rantsoenering van zorg achten wij het van belang dat met voorrang nadere afspraken worden gemaakt over de wijze waarop deze gegevens kunnen worden verkregen.

Een benchmarkonderzoek in 2000 kan verder aan waarde winnen als ook de status-aparte-producten (ouder- en kindzorg, dieetadvisering en collectieve preventie) bij het onderzoek worden betrokken.

Een andere vorm van uitbreiding is een benchmark die voor sommige onderdelen als referentiekader gegevens van buiten de sector thuiszorg of zelfs van buiten de sector gezondheidszorg hanteert. Dit geeft de instellingen de gelegenheid om de bedrijfsvoering nog verder te versterken.

Wij pleiten ervoor dat voor een aantal instellingen de mogelijkheid wordt gecreëerd om (opnieuw) deel te nemen aan een doelmatigheidsonderzoek over 1998. Dit geldt voor de instellingen die nog niet hebben deelgenomen en voor de instellingen die in 1998 zijn gefuseerd en waarvoor dus een op 1997 gebaseerde analyse minder relevant is.

Uit een vergelijking van de kwantitatieve gegevens en de bedrijfsvoeringsgegevens van het nu uitgevoerde benchmarkonderzoek bleek dat de indeling in de vijf algemene-thuiszorg-producten niet aansluit bij de registratie en organisatie van de thuiszorg. Dit zou een aanleiding kunnen zijn om te streven naar een vereenvoudiging van het aantal producten, mede in aansluiting op de voorgenomen flexibilisering van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) en de formulering daarin van een integrale aanspraak verpleging en verzorging.

In het onderzoek is geconcludeerd dat instellingen die drie (van de onderzochte) producten leveren, de grootste efficiëntie kennen. Wij bevelen aan om na te gaan of, en zo ja, hoe met dit gegeven rekening gehouden moet worden door bijvoorbeeld een nadere analyse te verrichten.

Het uitgevoerde benchmarkonderzoek levert een bouwsteen voor een systeem van outputfinanciering in die zin dat de personeelskosten van uitvoerend medewerkers door ons zijn geanalyseerd. Om te komen tot een adequate tariefstelling zou echter nog een aantal discussiepunten moeten worden opgelost. In de eerste plaats dienen de productomschrijvingen nader te worden gedefinieerd. Vervolgens dient te worden besloten hoe de overige (niet directe) kosten aan de onderscheiden producten worden toegerekend. Het uitvoeren van een *activity based costing* onderzoek bij de best-practice instellingen zou daartoe zinvol zijn. Op basis van een dergelijk onderzoek kunnen adequaat onderbouwde tarieven voor de producten worden berekend.

Het in 2000 uit te voeren benchmarkonderzoek zal waarschijnlijk een openbaar karakter hebben. De thuiszorginstellingen hebben in het nu uitgevoerde onderzoek openhartigheid getoond in het aanleveren van gegevens. Voor het welslagen van een benchmarkonderzoek is dit een absolute voorwaarde. Om ook in het komende onderzoek op een dergelijke openhartigheid te kunnen rekenen, is het noodzakelijk dat met de beschikbare gegevens thans zeer zorgvuldig wordt omgegaan. Wij bevelen aan om daar op voorhand afspraken over te maken.

Inleiding

Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), de Landelijke Vereniging voor Thuiszorg (LVT) en Branchebelang Thuiszorg Nederland (BTN) hebben besloten in 1998 een benchmarkonderzoek te verrichten onder de thuiszorginstellingen. Het onderzoek richt zich op de doelmatigheid van instellingen in combinatie met de kwaliteit van de geleverde zorg. Het doel van het onderzoek is tweeledig. Enerzijds moet het aanknopingspunten bieden voor het aanbrengen van eventuele verbeteringen in de efficiëntie of de kwaliteit van instellingen, anderzijds moet het een bijdrage leveren aan het realiseren van outputfinanciering voor de sector met ingang van het jaar 2001.

Aanleiding, opzet en inrichting benchmarkonderzoek

Het ministerie van VWS heeft PricewaterhouseCoopers en Berenschot B.V. verzocht de uitvoering van het onderzoek op zich te nemen. Dit rapport bevat een algemene beschrijving van het onderzoeksproces, het gehanteerde model en de resultaten. Alvorens de gevolgde werkwijze toe te lichten wordt eerst kort stilgestaan bij de achtergronden van het onderzoek.

Naast deze zogenoemde generieke rapportage is voor iedere instelling die aan het onderzoek heeft deelgenomen een rapportage met specifieke resultaten en kenmerken opgesteld.

Achtergronden van het benchmarkonderzoek meerledig

Aan de beslissing van het ministerie van VWS, de LVT en BTN om een benchmarkonderzoek in de thuiszorg te verrichten, liggen verschillende overwegingen ten grondslag:-

- (a) de behoefte om inzicht te krijgen in de *state of the art* van de doelmatigheid en kwaliteit binnen de thuiszorg;
- (b) het streven naar de bevordering van de transparantie binnen de sector;
- (c) de wens om inzicht te krijgen in mogelijkheden voor optimalisatie van doelmatigheid en kwaliteit van thuiszorginstellingen;
- (d) de afspraak te streven naar outputfinanciering van de sector met ingang van 2001.

De benchmarkactiviteiten in de thuiszorg staan niet op zichzelf. Het kabinet heeft via het ministerie van VWS opdracht gegeven om in 1998 de mogelijkheden voor benchmarking te onderzoeken in alle sectoren die ressorteren onder de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ), dus ook in de sectoren verpleging en verzorging, geestelijke gezondheidszorg en verstandelijk-gehandicaptenzorg. Het haalbaarheidsonderzoek benchmarking in de sector verpleging en verzorging is eveneens in handen gelegd van onze bureaus. Dit gaf ons de gelegenheid om voor beide sectoren een vergelijkbaar benchmarkmodel te ontwikkelen en ook de benodigde instrumenten zoveel mogelijk op elkaar af te stemmen.

In beide onderzoeken is dezelfde definitie van benchmarking gehanteerd:

"het continue en systematische proces om prestaties te verbeteren door prestatieniveaus, processen en werkwijzen te vergelijken met toonaangevende organisaties in de samenleving om op basis van excellente prestaties en werkwijzen verbeteringsmogelijkheden te identificeren en te implementeren".

De toonaangevende organisaties zijn aangeduid met de term best-practice-instellingen.

In het benchmarkonderzoek thuiszorg konden wij voortbouwen op een pilotonderzoek dat in 1997 in de sector is verricht door Bakkenist Management Consultants. Dit had als voordeel dat binnen de sector al ervaring met benchmarking was opgedaan en dat veel thuiszorginstellingen zich al min of meer met het onderwerp benchmark vertrouwd hadden gemaakt.

Onderzoek begeleid door deelwerkgroep en klankbordgroep

Begeleiding van het onderzoek werd geboden door de deelwerkgroep en door de voor het benchmarkonderzoek ingestelde klankbordgroep.

De deelwerkgroep had tot taak de onderzoeksopzet en onderzoeksresultaten te beoordelen en de voortgang te bewaken. De naam deelwerkgroep duidt op het feit dat de benchmark in de thuiszorg een onderdeel was van de totale benchmarkactiviteiten in de AWBZ-sectoren. De deelwerkgroep benchmark thuiszorg werd voorgezeten door de projectleider Thuiszorg van het ministerie van VWS; in het begin de heer drs. M.J. Boereboom, daarna de heer drs. J.S.J. Bierhoff. Naast de voorzitter was de secretaris van de deelwerkgroep, mevrouw drs. H.J. van der Meulen, bij het ministerie ons aanspreekpunt. In de deelwerkgroep hadden verder zitting vertegenwoordigers van het ministerie van Financiën, de LVT, BTN, het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg (COTG), de Stichting KIEN (vanaf augustus 1998), Zorgverzekeraars Nederland, de Ziekenfondsraad en Zorg Onderzoek Nederland. De namen van de leden van de deelwerkgroep en de organisatie die zij vertegenwoordigen, zijn achterin dit rapport in bijlage A opgenomen.

Op verzoek van de LVT en BTN hebben acht thuiszorginstellingen zitting genomen in de klankbordgroep. De klankbordgroep had tot taak de door ons opgestelde concepten te becommentariëren. Dit betrof zowel het ontwikkelde benchmarkanalysemodel als de daarbij behorende vragenlijsten en de analyseresultaten. De namen van de leden alsmede van de instellingen waaruit zij afkomstig zijn, zijn achterin dit rapport in bijlage B weergegeven.

Het verzamelen, analyseren en terugkoppelen van gegevens staat bij benchmarking centraal

Het onderzoek is in principe gericht op alle typen thuiszorginstellingen in Nederland. Het betreft derhalve zowel de geïntegreerde thuiszorginstellingen (de reguliere instellingen die in een bepaald werkgebied alle AWBZ-producten leveren) als de landelijke instellingen (de nieuw toegelaten instellingen met in principe een landelijk werkgebied). Ook de thuiszorginstellingen die zich richten op ofwel de gezinszorg ofwel het kruiswerk zijn in het onderzoek opgenomen.

Het benchmarkonderzoek is uitgevoerd in het jaar 1998 en heeft betrekking op de productie- en bedrijfsvoeringsgegevens over 1997. Onderzocht zijn de vijf producten die vallen onder de AWBZ-aanspraak algemene thuiszorg en waarover thuiszorginstellingen en zorgkantoren in 1997 productieafspraken hebben gemaakt:-

- (a) alphahulpverlening;
- (b) huishoudelijke dagelijkse levensverrichtingen (HDL);
- (c) verzorging (de combinatie van HDL en ADL);
- (d) algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL);
- (e) verpleging.

Dankzij de inspanning die instellingen en andere betrokkenen hebben geleverd, is het mogelijk gebleken om het onderzoek nagenoeg conform de planning te voltooien. In de projectplanning zijn vier fasen onderscheiden, die wij hieronder kort toelichten.

Eerste fase: uitwerken beoogde onderzoeksopzet en ontwikkelen benchmarkanalysemodel

Na de opdrachtverlening in maart 1998 hebben wij een gedetailleerd onderzoeksplan opgesteld. Het onderzoeksteam was samengesteld uit (assistent-)accountants en onderzoekers met een bedrijfskundige of beleidsinhoudelijke achtergrond. Daarnaast zijn specialisten ingezet voor het ontwikkelen van de database en de (statistische en econometrische) analyse van de gegevens.

Tegelijkertijd is in samenwerking met betrokkenen een nieuw benchmarkanalysemodel ontwikkeld, dat het kader vormde voor het verdere onderzoek. Het model is in de klankbordgroep besproken, en na verwerking van de door de klankbordgroep en het COTG aangereikte suggesties om het model verder te optimaliseren, door de deelwerkgroep vastgesteld.

Tweede fase: ontwikkelen en testen instrumentarium en voorlichtingsbrochure

In de daaropvolgende maanden hebben wij de vragenlijsten opgesteld die gebruikt zijn bij het verzamelen van de benodigde informatie. Bij iedere vragenlijst is een invulinstructie uitgereikt. De vragenlijsten zijn gesplitst in:-

- (a) een vragenlijst met kwantitatieve vragen en bijbehorende schema's en tabellen voor het registreren van de benodigde kosten- en productiegegevens van de thuiszorginstellingen;
- (b) managementvragenlijsten inzake de opzet en inrichting van de bedrijfsvoering, met:-
 - (i) algemene vragen, bijvoorbeeld over de rechtsvorm en de samenwerkingsverbanden;
 - (ii) vragen over het personeelsbeheer, bijvoorbeeld over scholingsbeleid en wervingsactiviteiten;
 - (iii) vragen over organisatorische onderwerpen, zoals de verdeling van verantwoordelijkheden en de planning van uren en productie;
 - (iv) vragen over kwaliteitsbeleid, zoals over de aanwezigheid van protocollen en het meten van cliënttevredenheid;
 - (v) vragen over het financieel beheer, bijvoorbeeld over de budgetcyclus en de financiële managementinformatie.

De leden van de klankbordgroep hebben de vragenlijsten in concept ontvangen en voor hun instelling ingevuld. Daardoor hebben wij ons voorafgaand aan de daadwerkelijke gegevensinventarisatie een beeld kunnen vormen van de relevantie, de duidelijkheid en de volledigheid van de vragen en de bijbehorende invulinstructies. Vervolgens hebben wij de vragenlijsten aangepast en in definitieve vorm uitgebracht.

Wij hebben ervoor gekozen de vragenlijsten in zes gedeelten te splitsen (één kwantitatieve lijst en vijf bedrijfsvoeringslijsten) omdat in de praktijk bleek dat de lijsten door verschillende personen werden ingevuld. Op deze wijze konden meerdere personen tegelijk met de invulling bezig zijn, wat de doorlooptijd ten goede kwam.

Daarnaast hebben wij mede op verzoek van alle bij het onderzoek betrokken partijen de voorlichtingsbrochure *Benchmarking in de thuiszorg* geschreven, waarin de opzet van het benchmarkonderzoek en het hierbij te hanteren benchmarkanalysemodel zijn toegelicht.

Derde fase: inventarisatie en analyse gegevens en identificatie best-practice-instellingen

Alle op 1 januari 1997 bestaande thuiszorginstellingen in Nederland zijn door ons benaderd om aan het benchmarkonderzoek mee te werken. Vervolgens zijn in aansluiting hierop in juli 1998 de voorlichtingsbrochure en de vragenlijsten naar de thuiszorginstellingen gestuurd. De instellingen is hierbij de keuze gelaten om van een papieren of een digitale versie van de vragenlijsten gebruik te maken.

Inventarisatie gegevens

De instellingen hebben in de periode van juli tot medio september de gevraagde gegevens aangeleverd. Veel instellingen konden op dat moment beschikken over de (concept) jaarrekening over 1997. Hierdoor was het in veel gevallen mogelijk om de voor het benchmarkonderzoek benodigde financiële gegevens aan te laten sluiten bij de in de jaarrekening opgenomen gegevens. Wij waren ons ervan bewust dat deze maanden, waarin immers de zomervakantie valt, op zich niet zeer geschikt waren om de instellingen met een dergelijke gegevensinventarisatie te confronteren. Van juli tot medio september hebben wij ter ondersteuning van de instellingen bij het invullen van de vragenlijsten een helpdesk bemand. Als bij een instelling vragen of opmerkingen over de vragenlijsten leefden, kon de instelling telefonisch contact opnemen.

Om verschillende redenen hebben niet alle 138 instellingen integraal aan het benchmarkonderzoek deelgenomen. Van vier landelijke instellingen zijn de productie en kostengegevens samengevoegd met die van de reguliere instellingen waaraan ze gelieerd zijn. In twee gevallen hebben twee gefuseerde instellingen aangegeven de productie- en kostengegevens over 1997 niet meer gescheiden te kunnen aanleveren. Deze instellingen hebben als gefuseerde instellingen aan het onderzoek meegedaan.

Van de 132 resterende instellingen hebben er 104 de bedrijfsvoerings- en de kwantitatieve vragenlijsten met de productie- en kostengegevens ingevuld; 118 instellingen hebben deelgenomen aan de cliëntenraadpleging. Van honderd thuiszorginstellingen is zowel een bruikbare kwantitatieve vragenlijst als een cliëntenoordeel beschikbaar. Als rekening wordt gehouden met de bovenvermelde samenvoeging van enkele instellingen, is hiermee van 75,8% van de thuiszorginstellingen een integraal beeld beschikbaar. De deelnemende instellingen leverden in 1997 90,9% van het totaal aantal door alle thuiszorginstellingen in Nederland geleverde algemene-thuiszorg productie. De thuiszorginstellingen die slechts gedeeltelijk (16,7%) of in het geheel niet (7,6%) aan het benchmarkonderzoek hebben deelgenomen, behoorden zowel tot de groep landelijke instellingen als de geïntegreerde instellingen, de kruiswerkorganisaties en de gezinszorginstellingen.

Tabel 2: Verdeling aan het benchmarkonderzoek deelnemende instellingen.

Deelname aan	Cliëntenraadpleging		
	Ja	Nee	Totaal
Doelmatigheidsonderzoek			
Ja	100	4	104
Nee	18	10	28
Totaal aantal thuiszorginstellingen	118	14	132

Bron: Bewerking gegevens thuiszorginstellingen benchmarkonderzoek 1997.

De kwantitatieve gegevens zijn na een eerste controle met iedere instelling afzonderlijk besproken door een onderzoeker van het accountantsteam. Daarbij zijn onduidelijkheden opgehelderd en ontbrekende gegevens aangevuld.

De bedrijfsvoeringsgegevens zijn eveneens gecheckt op eventuele inconsistenties en onbeantwoorde vragen. Deze zijn door een onderzoeker met het management van de instellingen besproken.

Wij hebben uit de ingevulde vragenlijsten en de interviews opgemaakt dat in het algemeen grote zorgvuldigheid en openheid is betracht bij het aanleveren van gegevens. Ook wanneer de instelling zou kunnen verwachten dat op een bepaald onderwerp niet hoog zou worden gescoord, is de gevraagde informatie verstrekt. Tijdens de interviews hebben de instellingen herhaaldelijk aangegeven dat zij een benchmarkonderzoek nuttig en zelfs noodzakelijk vinden. De tijd die besteed is aan het invullen van de vijf bedrijfsvoeringslijsten tezamen, bedroeg gemiddeld 17,9 uur.

Over het algemeen hebben de instellingen de vragenlijsten zodanig ingevuld dat de informatie goed bruikbaar was voor het onderzoek. Desondanks moest op enkele punten worden geconcludeerd dat er aanzienlijke verschillen bestonden tussen de wijze van registreren van gegevens, veroorzaakt door onder andere verschillen in begripsomschrijving.

Het benchmarkonderzoek had betrekking op de kosten- en productiecijfers van 1997, omdat die gegevens ten tijde van het onderzoek de meest recente jaargegevens waren. Van enkele kanten is er op gewezen dat het jaar 1997 in enkele opzichten een bijzonder jaar is geweest. In dat jaar hadden de instellingen bijvoorbeeld te maken met de zogenoemde knip in de thuiszorg, de tweede-compartimentzorg. Deze zorg voor cliënten na ontslag uit het ziekenhuis moest in 1997 op een andere wijze worden gefinancierd; naar de mening van een aantal instellingen vertekende dit het totale beeld. Bij de opzet van de kwantitatieve vragenlijsten is er zorg voor gedragen dat de benodigde gegevens voor een aparte analyse van de tweede-compartimentzorg werden geleverd zodat een indruk kon worden verkregen van de effecten daarvan op de efficiëntie binnen de AWBZ.

Verder was 1997 een jaar waarin 22 van de aan het onderzoek deelnemende thuiszorginstellingen zijn gefuseerd; ook deze omstandigheid betekende voor de desbetreffende thuiszorginstellingen een extra inspanning bij het aanleveren van de gevraagde gegevens. Bovendien betekende dit dat de gegevens waarmee in het benchmarkonderzoek werd gewerkt, betrekking hadden op de situatie waarin de betreffende instellingen nog niet waren gefuseerd.

Een dergelijk feit is echter bij de uitvoering van grootschalige benchmarkonderzoeken waaraan veel instellingen deelnemen, niet te voorkomen. Naar onze mening is het management van de bij een fusie betrokken instellingen het best in staat om te beoordelen in hoeverre de daadwerkelijke bedrijfsvoering zodanig veranderd is dat de relevantie van de tijdens het benchmarkonderzoek geconstateerde doelmatigheid en kwaliteit voor de nieuwe fusie-instelling bruikbaar is.

Wij pleiten ervoor dat deze instellingen in 1999 in de gelegenheid worden gesteld om deel te nemen aan een benchmarkonderzoek over het jaar 1998, zodat ook voor deze instellingen optimaal rekening kan worden gehouden met de nieuwe situatie.

Kwaliteitsmeting via cliëntenraadpleging

In het benchmarkonderzoek is er in overleg met het ministerie van VWS, de LVT en BTN voor gekozen om de kwaliteit van de geleverde zorg te meten via een cliëntenraadpleging. Daarbij is gebruikgemaakt van de vragenlijst die op dat moment in concept was ontwikkeld door de Stichting KIEN.

Het gebruikmaken van de door KIEN opgestelde enquête heeft een tweeledig voordeel:-

- (a) de cliëntenraadpleging wordt gehouden vanuit het perspectief van de cliënt zelf; het beeld wordt niet vertekend doordat vanuit het belang van instellingen of onderzoekers wordt geredeneerd;
- (b) cliënten worden niet in korte tijd tweemaal met een enquête geconfronteerd, zoals anders wellicht het geval zou zijn geweest: eenmaal voor het benchmarkonderzoek en eenmaal voor het onderzoek waarvoor de vragenlijsten waren ontwikkeld, te weten het kwaliteitsonderzoek van de Regionale Patiënten- en Consumentenplatforms (RP/CP's).

In de nazomer zijn 48.558 enquêtes verzonden (uitsluitend papieren versies). Er zijn 18.818 enquêtes geretourneerd, zodat de gemiddelde respons 38,8% bedroeg. De analyses zijn gebaseerd op de antwoorden uit 17.354 enquêtes die voldoende volledig waren ingevuld. De voor de analyses gebruikte respons bedroeg derhalve 35,7%.

Analyse gegevens en identificatie best-practice-instellingen

De geïnventariseerde gegevens zijn ingevoerd in de voor het onderzoek ontwikkelde database. Met behulp van de database is een groot aantal verbandscontroles uitgevoerd om de interne consistentie en daarmee de bruikbaarheid van de ontvangen gegevens te beoordelen. In enkele gevallen ontbraken te veel gegevens of bleek de interne consistentie van de gegevens niet aan de door ons gestelde voorwaarden te voldoen. In overleg met de deelwerkgroep hebben wij ervoor gekozen om de informatie van deze instellingen in het onderzoek buiten beschouwing te laten. Weliswaar betekende dit dat de desbetreffende instellingen daardoor (deels) buitengesloten waren van het benchmarkonderzoek, maar het meenemen van de gegevens zou tot een onverantwoorde ruis in de data hebben geleid en de resultaten van de overige instellingen te zeer hebben vertekend.

Vervolgens is een (kwantitatieve) analyse uitgevoerd. Daarbij zijn de doelmatigheidsgegevens gekoppeld aan de resultaten van de cliëntenraadpleging en de bedrijfsvoeringsgegevens. Voor de beoordeling van de doelmatigheidsgegevens hebben wij onder andere gebruikgemaakt van de zogenoemde *Data Envelopment Analysis* (DEA). Met behulp van deze methodiek worden instellingen met een vergelijkbare productmix geclusterd, zodat de verdere analyse kan plaatsvinden binnen dit cluster en voorkomen wordt dat vergelijkingen worden gemaakt in te zeer onvergelijkbare situaties.

De analyse leverde een grote hoeveelheid interessant materiaal op, dat voor vergroting van het inzicht in doelmatigheid en kwaliteit en daarmee voor het vergroten van de transparantie binnen de sector thuiszorg als zeer waardevol wordt beschouwd.

Op grond van de analyses hebben wij vervolgens vastgesteld welke instellingen op de combinatie van doelmatigheid en kwaliteit de beste resultaten behalen. De kenmerken van deze instellingen, zoals die naar voren kwamen uit de door hen geleverde gegevens, zijn nader onderzocht en vergeleken met de kenmerken van andere instellingen. Op deze wijze is een aantal mogelijke aanknopingspunten voor succesfactoren geformuleerd.

De eerste resultaten van de analyses zijn voorgelegd aan en besproken in de klankbordgroep en de deelwerkgroep.

Vierde fase: opstellen generieke en specifieke rapportages

Het benchmarkonderzoek is afgesloten met twee soorten rapportages:-

- (a) de voorliggende generieke rapportage met geanonimiseerde onderzoeksresultaten en suggesties voor onder andere verdere vormgeving van benchmarking binnen de thuiszorg. Afgesproken is dat de resultaten van het benchmarkonderzoek in deze generieke rapportage op zodanige wijze worden weergegeven, dat zij niet herleidbaar zijn tot individuele instellingen.
- (b) een specifieke rapportage per instelling met een terugkoppeling van de gemeten prestaties voor alle instellingen die aan dit onderzoek hebben meegedaan. In deze specifieke rapportage, die alleen aan de desbetreffende instelling wordt verstrekt, zullen wij onder meer de efficiëntiescore en het cliëntenoordeel aangeven.

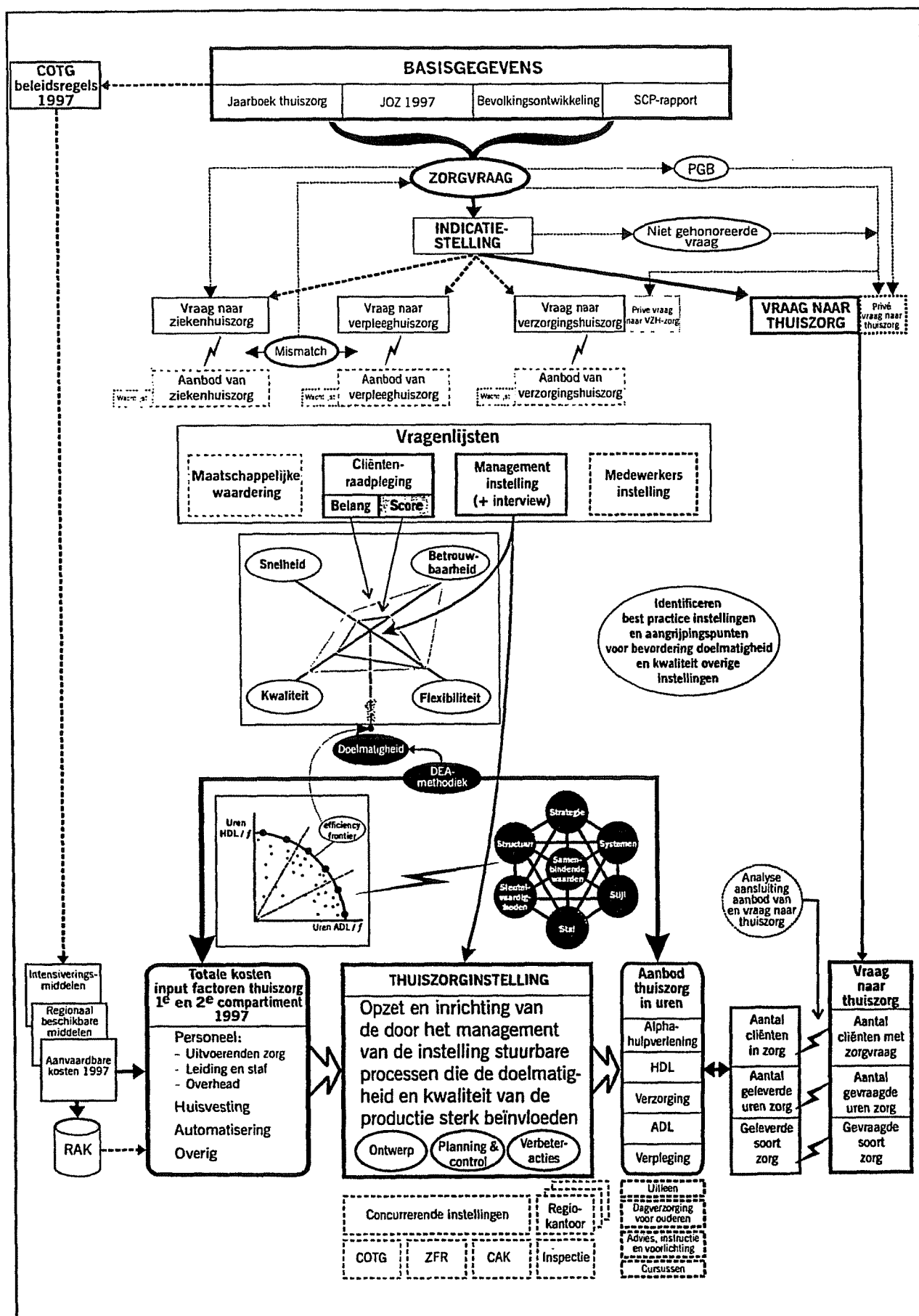
Wij zijn van oordeel dat zowel de resultaten van de doelmatigheidsmeting als de cliëntenraadpleging voor het management van instellingen een groot aantal aanknopingspunten voor analyse en optimalisatie van de bedrijfsvoering van instellingen heeft opgeleverd. Ook voor de generieke aanbevelingen heeft het onderzoek meer dan voldoende materiaal gegenereerd. Wij hebben uit de grote hoeveelheid gegevens en mogelijke analyses een selectie moeten maken en ons moeten beperken tot de onderwerpen die gezien de vraagstelling van het onderzoek op dit moment het meest relevant zijn.

Opbouw van dit rapport

Dit rapport bestaat uit een beschrijvend gedeelte en een aparte appendix met grafieken en figuren. De grafieken en figuren in de appendix zijn zodanig opgesteld dat zij zonder ondersteunende tekst te lezen zijn. In de tekst van het rapport worden dan ook niet alle in de appendix opgenomen bijlagen afzonderlijk behandeld. Naast deze inleiding bestaat het rapport uit vier delen. In deel I lichten wij in het eerste hoofdstuk het gehanteerde benchmarkanalysemodel toe. Deel II beschrijft de onderzoeksresultaten: de voornaamste bevindingen van het doelmatigheidsonderzoek komen in hoofdstuk 2 aan de orde, de nadere analyses in hoofdstuk 3. In hoofdstuk 4 gaan wij in op de resultaten van de cliëntenraadpleging en in hoofdstuk 5 op de aansluiting van zorgvraag en zorgaanbod op elkaar. In deel III (hoofdstuk 6) gaan wij in op de combinatie van de deelonderzoeken en op het identificeren van best-practice-instellingen. In het laatste deel van het rapport (hoofdstuk 7) formuleren wij enkele aanbevelingen voor een verdere ontwikkeling van benchmarking in de thuiszorg.

DEEL I: Het benchmarkanalysemodel

Figuur B: Benchmarkanalysemodel



Bron: Voorlichtingsbrochure benchmarkonderzoek thuiszorginstellingen

1 | Benchmarkanalysemodel kent drie bouwstenen

101 Dit hoofdstuk bevat een beschrijving van het analysemodel dat bij de uitvoering van het benchmarkonderzoek is toegepast. Allereerst wordt het model in hoofdlijnen beschreven. Vervolgens komen de drie bouwstenen waaruit het model is samengesteld, aan de orde. Bij de beschrijving van de bouwsteen doelmatigheidsbeoordeling wordt tevens de essentie van de werking van de DEA-methodek toegelicht. De bij dit hoofdstuk behorende figuren zijn op de linkerpagina's van dit rapport afgebeeld.

Benchmarkanalysemodel gaat uit van evenwicht tussen factoren

102 In figuur B wordt het volledige benchmarkanalysemodel weergegeven. Het model fungeert als kader voor het onderzoek en het ontwikkelde instrumentarium.

103 Het model bestaat uit drie bouwstenen, die gezamenlijk leiden tot de identificatie van best-practice-instellingen (in figuur B rechts van het midden). De drie bouwstenen zijn:-

- (a) de doelmatigheid van thuiszorginstellingen;
- (b) de kwaliteit van de zorg- en dienstverlening;
- (c) omgevingsfactoren, met name de aangeboden productmix in relatie tot de zorgvraag.

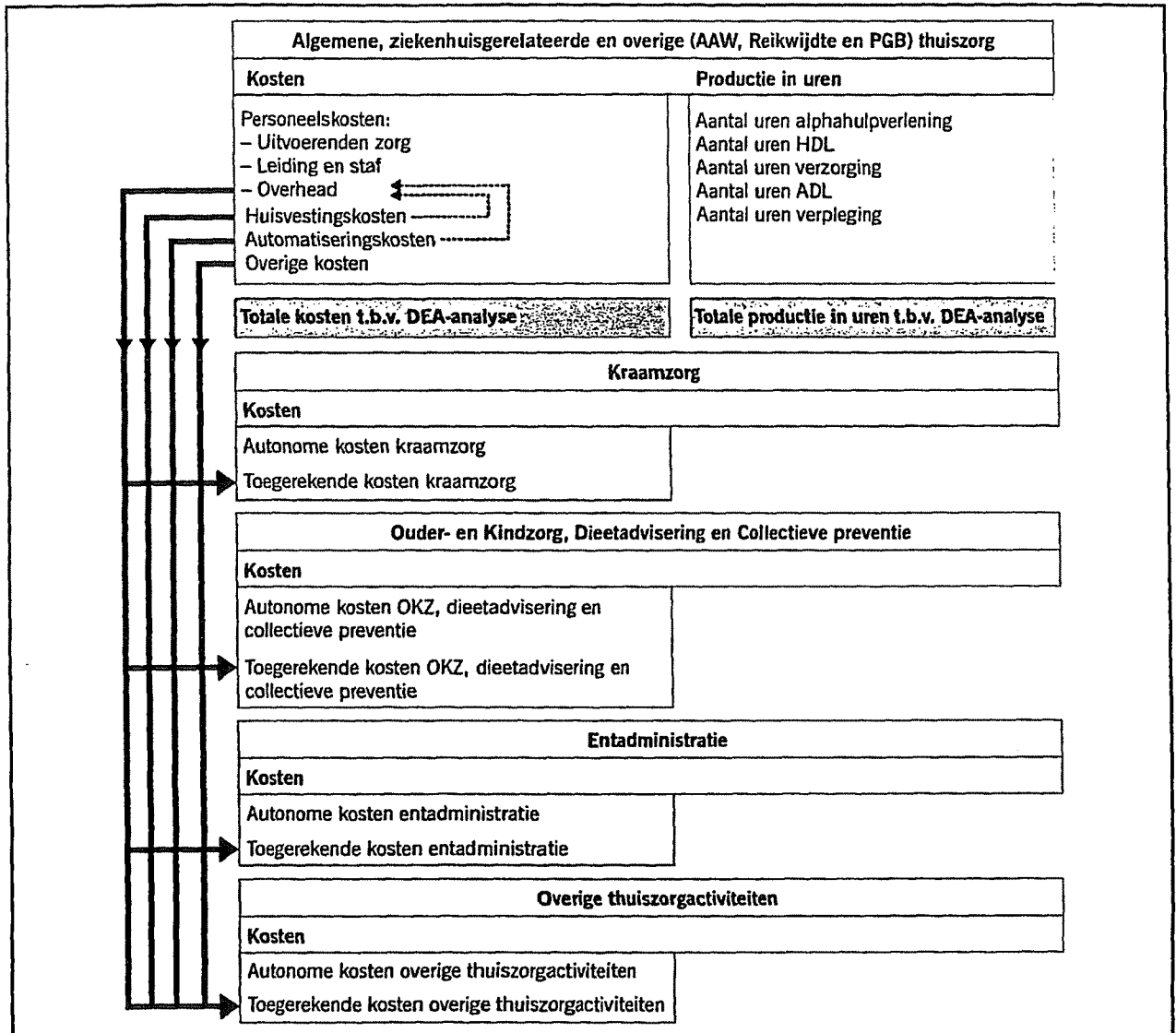
104 Basisgedachte van het model is dat instellingen uitsluitend als best-practice-instellingen kunnen worden aangemerkt wanneer zij zowel doelmatig zijn als kwalitatief goede zorg leveren. Ook de aansluiting op de zorgvraag dient te worden meegewogen.

Kosten in relatie tot productie geven inzicht in doelmatigheid

105 De eerste bouwsteen van het model betreft de doelmatigheid van de thuiszorg-instelling. Deze wordt gemeten door de productie in uren zorg van een instelling te relateren aan de daarvoor gemaakte kosten. In het door ons uitgevoerde benchmarkonderzoek ging het om de vijf producten die in het jaar 1997 vielen onder de AWBZ-aanspraak algemene thuiszorg en waarover de instellingen in 1997 productieafspraken met de zorgkantoren hebben gemaakt. Deze producten zijn: alphahulpverlening, HDL, verzorging, ADL en verpleging; zij worden in dit rapport verder aangeduid als de algemene-thuiszorgproducten.

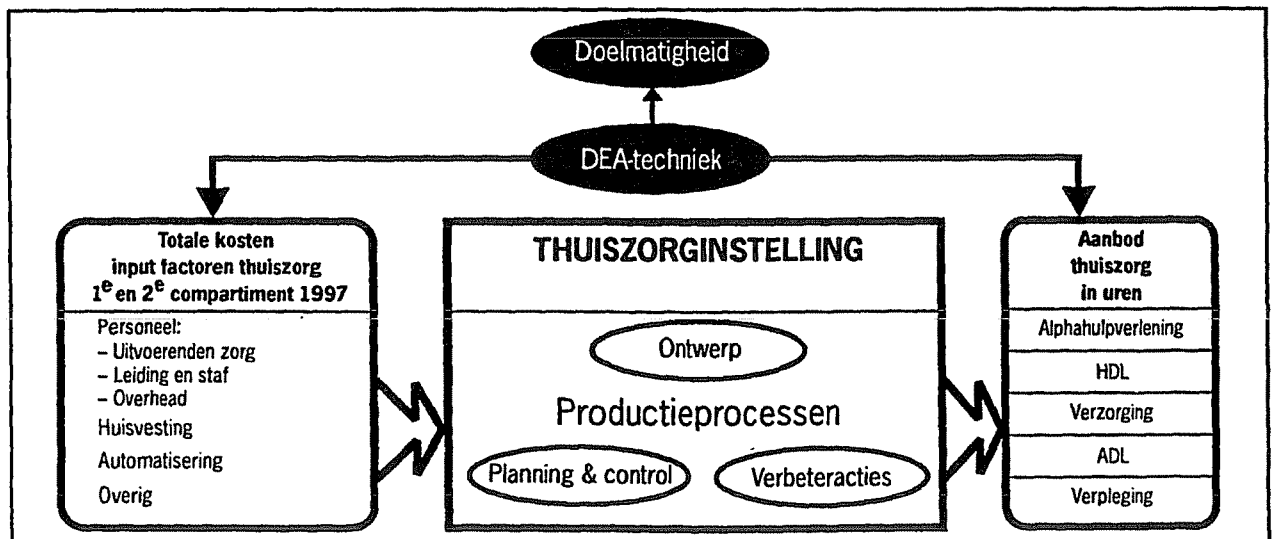
Gegevens over de in 1997 geproduceerde uren zorg en de hiervoor gemaakte kosten zijn verkregen door kwantitatieve vragenlijsten die de instellingen (veelal op diskette) hebben ingevuld. Deze kwantitatieve gegevens dienden aan te sluiten bij de (concept)jaarrekening over 1997.

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



Bron: Voorlichtingsbrochure benchmarkonderzoek thuiszorginstellingen

Figuur D: DEA koppelt kosten aan productie



Bron: Voorlichtingsbrochure benchmarkonderzoek thuiszorginstellingen

- 106 De vragen hebben betrekking op:-
- (a) algemene kwantitatieve gegevens;
 - (b) personeelskosten en betaalluren per functie(groep);
 - (c) specificatie personeelskosten per productgroep;
 - (d) specificatie betaalluren;
 - (e) specificatie uren contacttijd per product(groep);
 - (f) berekening geleverde productie per product(groep);
 - (g) aansluiting kostengegevens met (concept)jaarrekening 1997.

107 Het benchmarkonderzoek betreft de algemene thuiszorg. De in 1997 geleverde kraamzorg, status-aparte-producten (ouder- en kindzorg, dieetadvisering en collectieve preventie), de entadministratie en de overige thuiszorgactiviteiten waaronder het algemeen maatschappelijk werk, zijn buiten beschouwing gelaten.

108 Omdat het onderzoek zich richt op de algemene-thuiszorgproducten, is aan de instellingen gevraagd de geleverde productie en de hiervoor gemaakte kosten over de algemene thuiszorg en de overige onderscheiden productgroepen te verdelen op een wijze die aansluit bij de (concept)jaarrekening over 1997. In figuur C is deze verdeling schematisch weergegeven

DEA-analyse meet doelmatigheid

109 Voor het meten van de doelmatigheid hebben wij gebruikgemaakt van de zogenoemde DEA-techniek. Dit is een econometrische analysemethodiek die uitgaat van de productiegedachte: de gebruikte middelen (inputfactoren) worden via een productieproces door de instelling omgezet in geleverde producten (output). In figuur D is de eerste bouwsteen grafisch weergegeven.

- 110 Binnen de DEA-methodiek worden drie soorten efficiëntie onderscheiden:-
- (a) technische efficiëntie: de mate waarin het mogelijk is tegen een productie te realiseren tegen lagere kosten, waarbij de samenstelling vrijwel gelijk blijft;
 - (b) allocatieve efficiëntie: de mate waarin het mogelijk is een productie te realiseren tegen minder kosten door substitutie van middelen met lagere prijzen;
 - (c) schaafefficiëntie: de mate waarin er sprake is van schaalvoordelen.

111 De eerste twee vormen van efficiëntie worden tezamen kostenefficiëntie genoemd. In het benchmarkonderzoek worden alledrie de vormen van efficiëntie onderzocht.

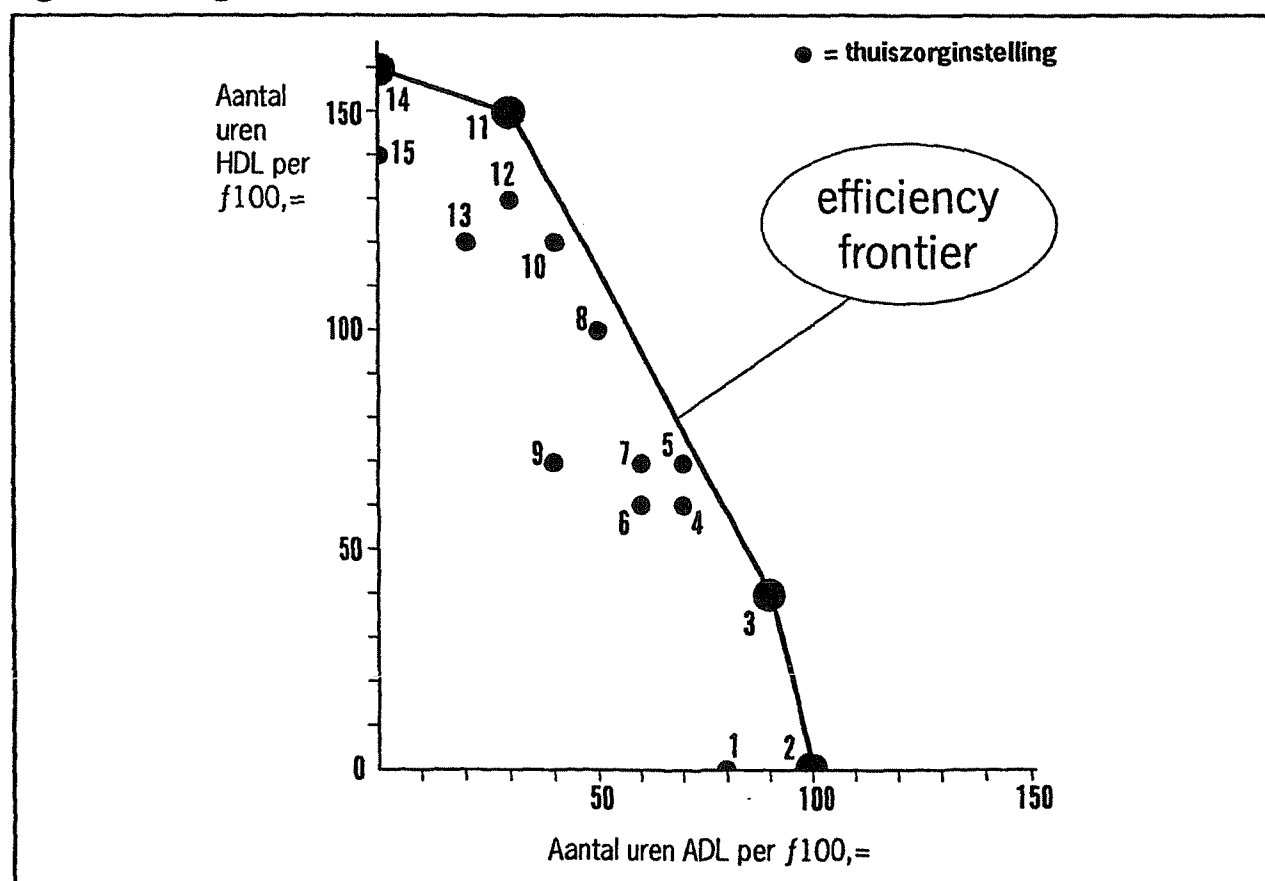
112 Door gebruik te maken van de DEA-techniek is het niet nodig om op een arbitraire wijze de indirecte kosten van een instelling toe te rekenen aan de vijf AWBZ-producten afzonderlijk. Dit zou voor de instellingen een grote inspanning hebben betekend en mogelijk hebben geleid tot interpretatieverschillen, waardoor de vergelijkbaarheid en daarmee de acceptatie van de uitkomsten van het onderzoek zouden worden verminderd.

Figuur E: Gegevens ter illustratie toepassing DEA-methode

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

Bron: Voorlichtingsbrochure benchmarkonderzoek thuiszorginstellingen

Figuur F: DEA grafiek



Bron: Voorlichtingsbrochure benchmarkonderzoek thuiszorginstellingen

Clustering met behulp van DEA-techniek bevordert vergelijkbaarheid

113 Het eenvoudigweg vergelijken van kosten en productie-uren van de vijf producten tezamen zou kunnen leiden tot een vertekend beeld. De relatie tussen kosten en productie van een instelling die overwegend het product verpleging levert is niet zonder meer te vergelijken met die van een instelling die overwegend alphahulpverlening levert. De DEA-techniek maakt het mogelijk om instellingen te clusteren op basis van productmix, zodat de vergelijkbaarheid toeneemt.

114 In het hieronder weergegeven voorbeeld wordt de werking van de DEA-techniek geïllustreerd. In het vereenvoudigde voorbeeld wordt uitgegaan van de situatie waarin instellingen twee producten leveren, bijvoorbeeld ADL en HDL.

115 Figuur E geeft een overzicht van de productie in uren en de daarmee verbonden kosten voor vijftien denkbeeldige instellingen. Voor de eenvoud is ervan uitgegaan dat alle instellingen dezelfde totale kosten hebben en dat alleen de productie varieert.

116 Uit de figuur is af te lezen dat instelling 2 doelmatiger is dan instelling 1, omdat instelling 2 voor dezelfde kosten meer ADL-uren produceert. Als instellingen zowel ADL als HDL leveren, is uit de tabel minder eenvoudig af te lezen welke instelling het doelmatigst is. In de DEA-methode wordt daarom de productie per product gedeeld door de totale kosten. In het gebruikte voorbeeld kan het resultaat worden weergegeven in de vorm van een grafiek met op de x-as het aantal uren ADL ten opzichte van de totale kosten en op de y-as het aantal uren HDL ten opzichte van de totale kosten. Voor de vergelijkbaarheid van de instellingen is de productie uitgedrukt in uren per f 100,- budget. In figuur F is de grafiek afgebeeld.

117 De meest doelmatige instellingen bevinden zich het verst van de oorsprong van de grafiek. De denkbeeldige lijn die tussen deze meest doelmatige instellingen kan worden getrokken in de DEA-grafiek wordt de *efficiency frontier* genoemd. De instellingen die zich onder deze lijn bevinden, kunnen in principe efficiënter werken.

118 In het voorbeeld is gekozen voor toepassing van de DEA-techniek op instellingen met twee producten en een identiek, niet uitgesplitst kostenniveau. Met de DEA-techniek is het echter zonder meer mogelijk om rekening te houden met meer dan twee producten, verschillende kostensoorten en ook andere factoren. Zo kan indien gewenst een clustering op basis van grootte van de instelling of urbanisatie van het werkgebied worden gemaakt. In figuur B, waar het volledige benchmarkmodel is weergegeven, is bij wijze van voorbeeld een *efficiency frontier* gebaseerd op twee producten en drie cluster ingetekend.

119 In zijn algemeenheid geldt daarbij wel dat naarmate het aantal clusters groter wordt, ook het aantal instellingen op de *efficiency frontier* toeneemt: er zijn meer mogelijkheden om als meest efficiënte instelling te worden aangemerkt.

DEA creëert streefprofiel van bestaande instellingen

120 De DEA-grafiek geeft inzicht in de efficiëntie van werkelijk bestaande instellingen. De instellingen die zich beneden de efficiency frontier bevinden kunnen zich dus spiegelen aan streefprofielen die daadwerkelijk in de praktijk zijn gebracht.

121 Een vergelijking tussen instellingen die een vergelijkbare productmix hebben, zal het meest zinvol zijn. Het is immers een weinig realistische suggestie om de efficiëntie van instelling 1 in het voorbeeld te verhogen door haar dezelfde productmix te laten leveren als instelling 14. Toch zal uit de resultaten van het onderzoek blijken dat er in dit opzicht interessante bevindingen zijn gedaan.

Kwaliteit van zorgverlening wordt beoordeeld door cliënten

122 De tweede bouwsteen van het benchmarkanalysemodel is de kwaliteitsmeting. Kwaliteitsbeoordeling in het kader van een benchmarkonderzoek is complex; instellingen interpreteren het begrip "kwaliteit" op verschillende manieren.

Benchmarkanalysemodel bevat geen kwaliteitsnormen

123 Het benchmarkanalysemodel bevat geen kwaliteitsstandaard. Een dergelijke extern ontwikkelde standaard zou naar onze mening te zeer vatbaar zijn voor discussie binnen de sector. In plaats daarvan hebben wij met instemming van het ministerie van VWS, de LVT en de BTN gekozen voor een kwaliteitsmeting vanuit het gezichtspunt van de cliënt.

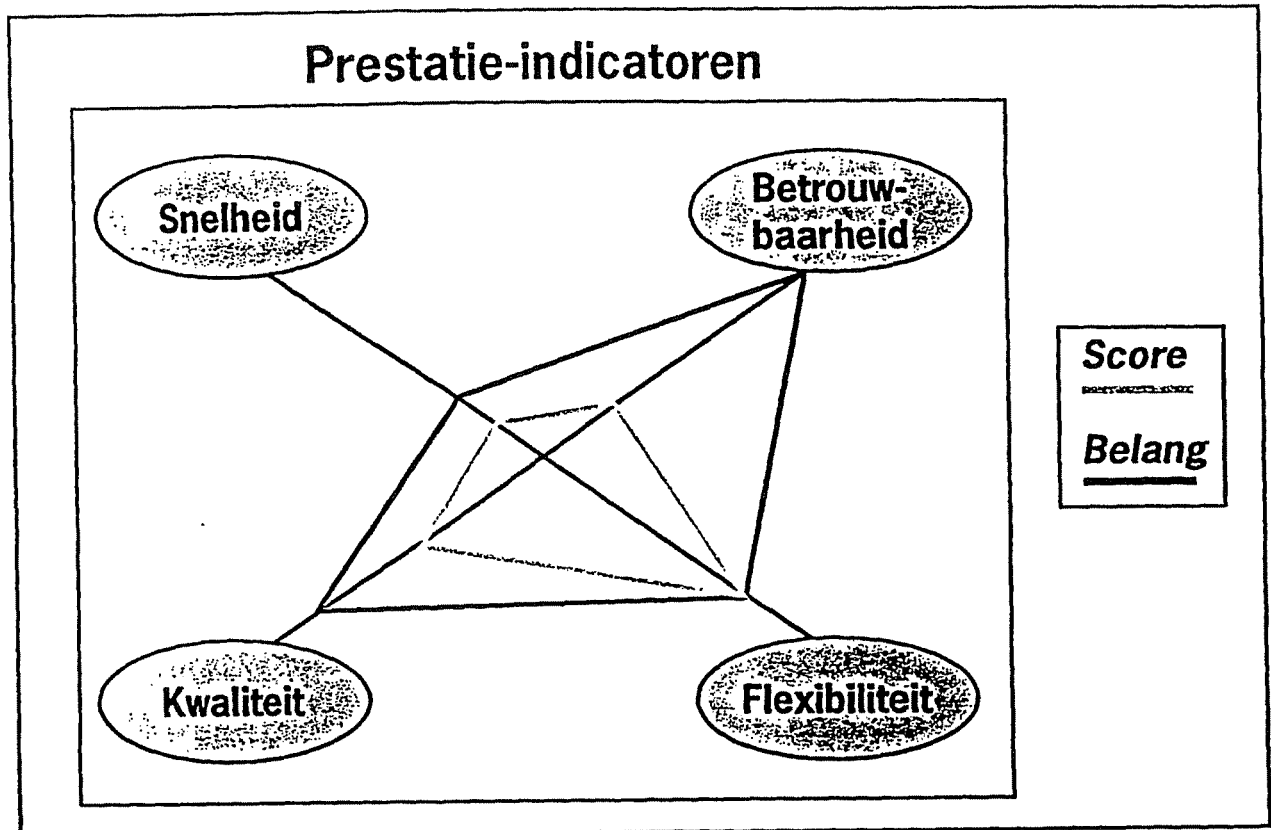
- 124 In het analysemodel worden de volgende kwaliteitsdimensies onderscheiden:-
- (a) kwaliteit in enge zin (de mate waarin de geleverde producten voldoen aan specificaties);
 - (b) snelheid;
 - (c) betrouwbaarheid;
 - (d) flexibiliteit.

125 De dimensie kwaliteit is onderverdeeld in de subdimensies bejegening, deskundigheid en informatievoorziening/cliëntenrechten.

Oordeel cliënt bepalend voor kwaliteitsscore instelling

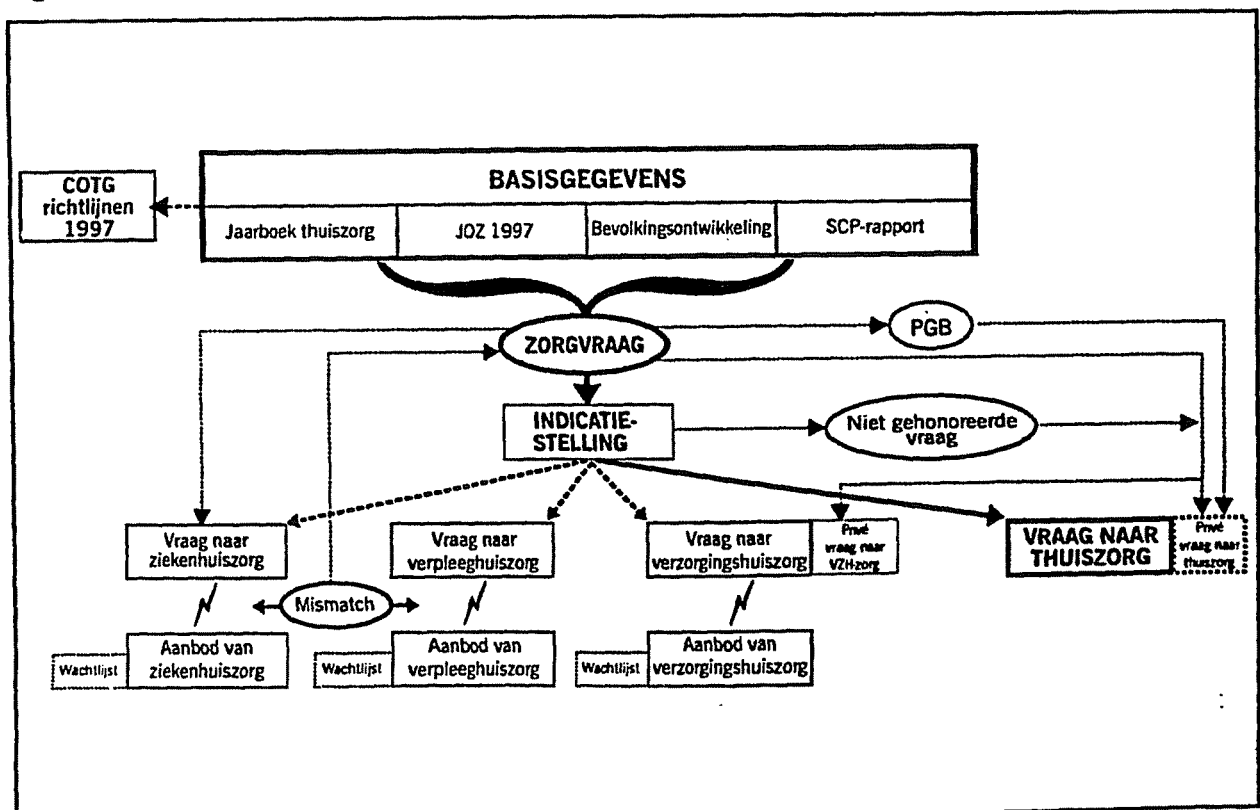
126 Om het presteren van instellingen op deze dimensies vast te kunnen stellen, is per instelling een cliëntenraadpleging gehouden. Om redenen van uitvoerbaarheid is daarbij gekozen voor een schriftelijke raadpleging via enquêtes.

Figuur G: Prestatie-indicatorenmodel



Bron: Voorlichtingsbrochure benchmarkonderzoek thuiszorginstellingen

Figuur H: De aansluiting van het zorgaanbod op de zorgvraag



Bron: Voorlichtingsbrochure benchmarkonderzoek thuiszorginstellingen

127 In deze enquêtes is de mening van de cliënten gepeild door hen te vragen een score toe te kennen aan het presteren van de instelling op de vier kwaliteitsdimensies, door vragen te beantwoorden over een aantal concrete items. In het analysemodel wordt deze score gecombineerd met een score voor het belang dat de cliënt aan de betreffende dimensie hecht. Een lage score voor bijvoorbeeld snelheid zal voor de cliënt immers minder zwaar wegen dan een lage score voor betrouwbaarheid als de cliënt aan snelheid een minder groot belang hecht dan aan betrouwbaarheid.

128 De resultaten van de cliëntenraadpleging kunnen worden weergegeven in een grafiek waarin per dimensie de het cliëntenoordeel wordt afgebeeld naast het door de cliënt aangegeven belang. In figuur G is dit geïllustreerd aan de hand van een beoordeling van een fictieve instelling. Deze figuur is tevens de grafische weergave van de tweede bouwsteen.

129 Uit het voorbeeld blijkt dat de instelling naar het oordeel van de cliënten goed presteert op de dimensie flexibiliteit en dat daaraan ook een relatief groot belang wordt gehecht. De score op de andere drie dimensies is lager dan het belang dat de cliënt aan deze dimensies hecht.

Kwaliteitsbegrip heeft meerdere dimensies

130 Het benchmarkanalysemodel houdt er rekening mee dat het kwalitatief presteren van instellingen breder is dan de aspecten waarover de cliënt zich vanuit zijn positie een oordeel kan vormen. Kwaliteit komt naar onze mening ook tot uiting in aspecten als innoverend vermogen van de instelling, onderhouden van adequate relaties met regionale partners in de sector en het voldoen aan wettelijke voorschriften.

131 Voor een beoordeling van deze aspecten zou idealiter een beroep gedaan dienen te worden op het oordeel van relevante (regionale) partijen, zoals zorgverzekeraars en collega-instellingen. Op deze wijze wordt het presteren van de instellingen mede bepaald via een meting van de zogenoemde maatschappelijke waardering.

132 In het benchmarkonderzoek heeft een dergelijke meting niet plaatsgevonden. In overleg met de opdrachtgever is besloten dat in dit eerste benchmarkonderzoek de aandacht gericht zou zijn op de cliëntenraadpleging.

Omgevingsfactoren relevant voor functioneren instelling

133 De derde bouwsteen voor het benchmarkanalysemodel wordt gevormd door de omgeving waarin de instelling functioneert. Het presteren van instellingen kan niet uitsluitend worden beoordeeld met behulp van de reeds besproken bouwstenen doelmatigheid en kwaliteit. Onderkend is dat ook omgevingsfactoren van invloed kunnen zijn op het functioneren van een instelling. De belangrijkste daarvan voor het benchmarkonderzoek is de aansluiting van vraag en aanbod in de thuiszorg op elkaar. In figuur H zijn vraag en aanbod schematisch weergegeven.

134 Uit figuur H blijkt dat de vraag naar thuiszorg mede bepaald wordt door de demografische ontwikkelingen. Omvang en leeftijdsopbouw van de bevolking zijn daarbij het meest van invloed. Verder is uit onderzoeken van onder andere het Sociaal en Cultureel Planbureau gebleken dat ook de samenstelling van het huishouden en het opleidingsniveau parameters zijn voor de zorgvraag.

135 Figuur H geeft ook aan dat de vraag naar thuiszorg in relatie staat tot de vraag naar andere vormen van zorg. Schaarste aan ziekenhuiszorg, verpleeghuiszorg of verzorgingshuiszorg zal de vraag naar thuiszorg doen stijgen.

Gewenste zorgaanbod nog niet te bepalen

136 Om een analyse te maken van het gewenste aanbod van een thuiszorginstelling in relatie tot de huidige en toekomstige situatie in het werkgebied van de instelling, zouden alle in figuur F afgebeelde elementen moeten worden gekwantificeerd. Op dit moment ontbreekt echter een deel van de daarvoor benodigde gegevens, zodat in het benchmarkonderzoek deze analyse grotendeels achterwege is gebleven.

Wijze van omgaan met zorgvraag relevant voor beoordeling presteren instelling

137 Een individuele thuiszorginstelling kan de omvang van de zorgvraag in de regio slechts voor een zeer gering deel beïnvloeden. Wel worden thuiszorginstellingen rechtstreeks geconfronteerd met de problematiek van de zorgvraagomvang als in een regio de vraag naar thuiszorg het aanbod overstijgt.

138 Wanneer de vraag naar thuiszorg in een regio het aanbod overstijgt, kunnen thuiszorginstellingen ervoor kiezen om ofwel een wachtlijst te laten ontstaan ofwel de zorg te rantsoeneren. In het laatste geval ontvangen wel alle geïndiceerden hulp van de instelling, maar wordt voor sommige cliënten het aantal uren zorg verminderd of wordt hulp ingezet van een deskundigheidsniveau dat lager is dan het niveau dat in het geval van voldoende zorgaanbod ingezet zou zijn. Ook een combinatie van benaderingen komt voor: een wachtlijst voor bijvoorbeeld het product HDL en rantsoenering van het product ADL. De keuze tussen rantsoenering en wachtlijst is gebaseerd op een afweging van de met beide mogelijkheden verbonden nadelen.

139 De keuze voor een wachtlijst of rantsoenering kan van invloed zijn op de efficiëntie van de thuiszorginstelling. Bij rantsoenering neemt immers de duur van elk hulpcontact af en de reistijd van de hulpverlener dus toe. In het benchmarkonderzoek is nagegaan hoe de instellingen inspelen op een zorgvraag die het aanbod overstijgt en welke invloed daarvan uitgaat op de efficiëntie.

Identificatie best-practice-instellingen gebaseerd op de praktijk

140 De mate waarin een instelling efficiënt is, gecombineerd met het oordeel van de cliënten over de zorgverlening en gerelateerd aan de wijze waarop de instelling inspeelt op de zorgvraag, bepaalt of een instelling tot de best-practice-instellingen behoort.

141 Het benchmarkmodel bevat dus geen blauwdruk en geen theoretische normen of kengetallen waaraan een instelling zou moeten voldoen om tot de best-practice-instellingen gerekend te worden. De doelmatigheid wordt bepaald door de feitelijke zorgproductie in relatie tot de middelen; de kwaliteit wordt beoordeeld door de cliënten en de wijze van omgaan met de zorgvraag is eveneens feitelijk vast te stellen.

142 Wij hebben ervoor gekozen om niet een fictieve, theoretisch maximaal efficiënte en kwalitatief goede instelling te construeren. De reden daarvoor is dat een dergelijke fictieve instelling te ver van de dagelijkse praktijk af staat om als referentiekader te kunnen dienen. Bovendien zou een dergelijke benadering veronderstellen dat er één beste manier van organiseren zou bestaan, ongeacht de specifieke omstandigheden waarmee een instelling te maken heeft. Wij hebben een dergelijke blauwdrukbenadering als minder zinvol beschouwd.

Analyse bedrijfsvoering best-practice-instellingen biedt aanknopingspunten voor optimalisering bedrijfsvoering

143 Om aanknopingspunten voor optimalisatie in de bedrijfsvoering van thuiszorginstellingen te vinden, is het nodig de bedrijfsvoering van best-practice-instellingen aan een diepgaande analyse te ontwerpen. De wijze waarop best-practice-instellingen de processen sturen die de doelmatigheid en kwaliteit van de productie bepalen, kan voor andere instellingen voorbeelden opleveren. Vervolgens kan het management van een thuiszorginstelling op grond van een analyse van de eigen bedrijfsvoering en een vergelijking daarvan met die van best-practice-instellingen gerichte maatregelen nemen.

144 De aan iedere deelnemende thuiszorginstelling toegezonden vragenlijst betreffende de bedrijfsvoering is met name bedoeld om de informatie te verkrijgen die nodig is voor het uitvoeren van deze analyses. In deze vragenlijst komen naast enkele algemene gegevens het personeelsbeheer, de organisatie, het kwaliteitsbeheer en het financieel beheer aan de orde. De lijst wordt ingevuld door of onder verantwoordelijkheid van het management van de instelling.

145 Het benchmarkanalysemodel noemt naast de vragenlijsten voor het management van de instellingen een vragenlijst voor medewerkers van de instelling. De gedachte daarachter is dat het beeld van de bedrijfsvoering van een instelling gecompliceerd kan worden door niet alleen het management te vragen naar het uitgezette beleid en de ontwikkelde structuren en systemen, maar ook de medewerkers te vragen naar de wijze waarop het beleid in de organisatie wordt geïmplementeerd en de wijze waarop de structuren en systemen worden gehanteerd.

146 In het uitgevoerde benchmarkonderzoek is nog niet gebruikgemaakt van een vragenlijst voor medewerkers. Afgesproken is dat in verband met de vele voor dit eerste onderzoek nieuw te ontwikkelen elementen, de nadruk zou liggen op de vragen voor het management. Wel is tijdens de interviews met de instellingen regelmatig gesproken met medewerkers, maar er zijn geen gegevens systematisch verzameld.

147 In 1999 wordt in aansluiting op het benchmarkonderzoek thuiszorginstellingen 1997 een medewerkersraadpleging uitgevoerd. Doelstelling van deze raadpleging is het vaststellen van de medewerkerstevredenheid per instelling en daarmee samenhangende factoren als werkdruk, stijl van leidinggeven en het welzijn van de medewerkers. Ook zal de medewerkers gevraagd worden een oordeel te geven over de door de instellingen geleverde kwaliteit. Met deze informatie als aanvulling op de bevindingen van het benchmarkonderzoek kunnen instellingen een integraal beleid voeren gericht op verbetering van kwaliteit en doelmatigheid van de zorg, waarbij wordt voldaan aan de eisen van een goed arbeidsvoorwaardenbeleid.

148 In aansluiting op een adequate productdefiniëring, kunnen de gegevens van de best-practice-instellingen aanknopingspunten bieden voor het in samenwerking met het COTG en de best-practice-instellingen systematisch opzetten en uitvoeren van een meer diepgaand activity-based costing onderzoek voor de berekening van adequate tarieven voor de benoemde producten. Bij de calculatie van de tarieven dient rekening te worden gehouden met binnen de sector te verrichten innovatie- en onderzoeksactiviteiten.

DEEL II: Bevindingen benchmarkonderzoek

2 | Doelmatigheidsonderzoek geeft indicatie voor optimalisatiemogelijkheden

201 In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de doelmatigheidsmeting die in het kader van het benchmarkonderzoek heeft plaatsgevonden. In het eerste gedeelte wordt het doelmatigheidsonderzoek nader beschreven; in het tweede gedeelte komen de voornaamste onderzoeksresultaten aan de orde.

202 De resultaten van het doelmatigheidsonderzoek zijn grafisch weergegeven in appendix van de bij dit rapport behorende separate appendix. In de tekst worden niet alle grafieken en figuren afzonderlijk behandeld, omdat dit de leesbaarheid van het rapport niet ten goede zou komen. Wel wordt in de tekst naar de appendix verwezen.

Doelmatigheidsonderzoek uitgevoerd bij 104 thuiszorginstellingen

203 Wij hebben via de kwantitatieve vragenlijst gegevens verzameld over de door de thuiszorginstellingen in 1997 gerealiseerde productie in uren algemene thuiszorg en de hiervoor gemaakte kosten. Het onderzoek was gericht op de vijf producten die deel uitmaken van de AWBZ-aanspraak algemene thuiszorg en waarover in 1997 tussen de thuiszorginstellingen en de zorgkantoren productieafspraken zijn gemaakt:-

- (a) alphahulpverlening;
- (b) huishoudelijke dagelijkse levensverrichtingen (HDL);
- (c) verzorging (de combinatie van HDL en ADL);
- (d) algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL);
- (e) verpleging.

204 In totaal hebben 104 thuiszorginstellingen deelgenomen aan het doelmatigheidsonderzoek. De verdeling hiervan per type instelling en het aandeel in het door deze thuiszorginstellingen in 1997 geleverde aantal uren zorg, zijn in de figuren 1 tot en met 3 in de appendix en in tabel 3 weergegeven. Met de term landelijke instellingen wordt bedoeld op de instellingen die recentelijk zijn toegelaten en die in principe een landelijk werkgebied hebben.

Tabel 3: Opbouw aan doelmatigheidsonderzoek deelnemende thuiszorginstellingen.

Type thuiszorginstelling	Aantal	Aantal in %	Aandeel in 1997 geleverde productie in uren zorg
Landelijk	10	9,6%	0,5%
Geïntegreerd	41	39,4%	75,8%
Kruiswerk	15	14,4%	2,3%
Gezinszorg	38	36,5%	21,4%
Totaal	104	100,0%	100,0%

Bron: Analyse gegevens thuiszorginstellingen benchmarkonderzoek 1997.

205 De beoordeling van de doelmatigheid heeft betrekking op de binnen de algemene thuiszorg door de deelnemende instellingen geleverde uren zorg en de hiervoor gemaakte kosten in 1997, omdat die gegevens ten tijde van de uitvoering van het onderzoek de meest recente jaargegevens waren.

Doelmatigheidsonderzoek omvat ruim 90% van de in 1997 geleverde zorguren

206 In 1997 zijn er in totaal ruim 49,6 miljoen uren zorg geleverd door de deelnemende instellingen. Dat is ruim 90% van de door de desbetreffende instellingen in de productieafspraken 1997 opgenomen uren. Het aantal uren zorg dat is geleverd door de deelnemende instellingen en de verdeling daarvan over de typen thuiszorginstellingen zijn weergegeven in tabel 4.

Tabel 4: Verdeling geproduceerde uren zorg per product en per type thuiszorginstelling.

Product	Verdeling geproduceerde uren zorg (x 1.000)				
	Landelijk	Geïntegreerd	Kruiswerk	Gezinsverzorging	Totaal
Alphahulp	*	8.548		2.379	10.927
HDL	95	15.104	6	3.360	18.565
Verzorging	29	5.376	3	3.434	8.842
ADL	88	5.956	461	1.449	7.954
Verpleging	25	2.665	667	25	3.382
Totaal	237	37.649	1.137	10.647	49.670
Procentueel	0,5%	75,8%	2,3%	21,4%	100,0%

* Productie is kleiner dan 1.000 uur.

Bron: Analyse gegevens thuiszorginstellingen benchmarkonderzoek 1997.

Tabel 5: omvang en verdeling inzet Melkertfuncties.

Type instelling	HDL	Verzorging	ADL	Verpleging	Totaal
Landelijk					0
Geïntegreerd	280.956	48.068	13.563	3	342.590
Kruiswerk	6.067				6.067
Gezinsverzorging	120.717	56.710	1.376		178.803
Totaal	407.740	104.778	14.939	3	527.460
Aantal instellingen	37	7	9	1	46

Bron: Bewerking gegevens benchmarkonderzoek thuiszorginstellingen 1997.

213 De meeste Melkerturen werden ingezet voor het leveren van HDL. Van de 46 instellingen die gebruik gemaakt hebben van de regeling extra arbeidsplaatsen hebben er 37 dit gedaan voor het leveren van HDL; het ging om in totaal 77,3% van de Melkerturen. Van deze 37 instellingen hebben er vier meer dan 10% van de HDL-uren met de inzet van Melkertfuncties gerealiseerd. Eén instelling heeft 42% van de HDL-uren gerealiseerd door de inzet van Melkertfuncties.

214 Zeven instellingen hebben Melkertfuncties ingezet voor het product verzorging. Hierbij ging het om in totaal 100.000 uur (19,9% van de Melkerturen). Meestal ging het om een gering percentage van het totaal aantal uren verzorging dat de instelling leverde; één instelling realiseerde echter 10% van haar productie aan verzorging met Melkertfuncties. Negen instellingen hebben samen nagenoeg 15.000 uur ingezet voor de levering van ADL, 2,8% van het aantal Melkerturen. Een van deze negen zette ook Melkertfuncties in voor verzorging. Eén instelling zette een Melkertfunctie in voor de levering van verpleging; het ging hierbij echter om een zeer gering aantal uren.

215 Instellingen die de Melkertregeling voor de levering van zorguren hebben benut, hebben deze uren tegen lage kosten gerealiseerd. Voor de vergelijkbaarheid hebben wij daarom voor de betreffende instellingen de productie gecorrigeerd voor de door Melkertfuncties gerealiseerde zorguren en de kosten verlaagd met de personeelskosten van de Melkertfuncties, zoals opgegeven door de instellingen.

Administratief omboeken uren kent brede toepassing

216 Uit de aangeleverde kwantitatieve gegevens bleek dat thuiszorginstellingen op grote schaal gebruik hebben gemaakt van de mogelijkheid om administratief zorguren te kopen van of te verkopen aan andere thuiszorginstellingen.

217 In totaal hebben zeventig thuiszorginstellingen zorguren administratief omgeboekt. Als hiermee in het benchmarkonderzoek geen rekening zou worden gehouden, zou in de ene situatie productie worden toegerekend aan instellingen die deze productie niet zelf hebben gerealiseerd en in de andere situatie productie niet worden toegerekend die wel is gerealiseerd.

218 Nadat van alle instellingen de gegevens waren verzameld, zijn wij nagegaan of het aantal uren dat volgens opgave was gekocht van een bepaalde instelling gelijk was aan het uren dat door de betreffende instelling was verkocht. Dit bleek in veel situaties niet het geval te zijn. Oorzaken waren onder meer:-

- (a) niet alle instellingen die uren hebben gekocht of verkocht hebben de gegevens daarover gespecificeerd;
- (b) er waren verschillen te constateren in de wijze van registratie van de uren, met name in de benoeming van de met deze uren geleverde producten en de daarbij behorende bedragen;
- (c) niet alle instellingen hebben deelgenomen aan het doelmatigheidsonderzoek, zodat van deze instellingen ook een opgave van gekochte en verkochte uren ontbreekt;
- (d) sommige instellingen hebben uren verkocht aan verzorgingshuizen of zorgstichtingen die niet bij het onderzoek waren betrokken en waarover bij ons geen gegevens beschikbaar waren.

219 In de situaties waarin wij verschillen aantreffen tussen opgegeven aantallen gekochte en verkochte uren hebben wij de instellingen verzocht alsnog gegevens aan te leveren of de aangeleverde gegevens te specificeren. Na verwerking van de aanvullende gegevens hebben wij voor de meeste geconstateerde verschillen correcties kunnen aanbrengen.

DEA-methodiek leidt tot interessante resultaten

220 Nadat de door de instellingen opgegeven productie is gecorrigeerd voor Melkerturen en voor de administratief gekochte en verkochte uren zorg, is met de DEA-methodiek een analyse van de doelmatigheid van de 104 deelnemende thuiszorginstellingen gemaakt.

221 Wanneer uitsluitend wordt gekeken naar de efficiëntie (het aantal uren dat een instelling voor een bepaald bedrag kan leveren, waarbij rekening is gehouden met de vijf onderscheiden soorten uren), kunnen de 104 deelnemende instellingen worden geplaatst in een rangorde van efficiëntie.

222 Figuur 5 toont de rangorde van de instellingen en de positie ten opzichte van het gemiddelde. Figuur 6 toont de verdeling van de scores; in deze figuur is met een zwarte gebogen lijn de normaalverdeling weergegeven, zodat zichtbaar wordt dat de verdeling van de scores redelijk overeenkomt met de normaalverdeling.

Gemiddelde efficiëntie thuiszorginstellingen bedraagt 82,6%

223 De instellingen die in het onderzoek de meeste uren in relatie tot de hiervoor gemaakte kosten hebben geproduceerd, zijn als 100% efficiënt aangemerkt.

224 De gemiddelde efficiëntie van de 104 deelnemende thuiszorginstellingen tezamen bedraagt 82,6%. Het percentage is de gemiddelde score ten opzichte van de instellingen op de efficiency frontier, die de grootste doelmatigheid hebben gerealiseerd en dus als 100% efficiënt zijn beschouwd.

225 Van het totaal aantal deelnemende instellingen bevinden 50 instellingen (48%) zich boven het efficiëntiegemiddelde en 54 thuiszorginstellingen (52%) daaronder. De efficiëntie varieert afgezien van één uitschieter naar beneden van 55% tot 100%. Voor de volledigheid benadrukken wij nogmaals dat het hier uitsluitend gaat om efficiëntie, zonder rekening te houden met kwaliteitsaspecten. Ook is geen rekening gehouden met een aantal nuanceringsen die verderop in het rapport worden besproken.

226 In totaal kunnen vijftien instellingen worden aangemerkt als 100% efficiënt. Conform het gehanteerde benchmarkanalysemodel is daarbij niet gebruikgemaakt van theoretische normen maar gaat het om instellingen die binnen de deelnemende groep instellingen het meest efficiënt zijn. Het betreft een relatieve efficiëntievergelijking binnen de sector thuiszorg. Het is dus denkbaar dat ook 100% efficiënte instellingen hun efficiëntie nog kunnen optimaliseren.

Instellingen ingedeeld in drie efficiëntieklassen

227 Voor de verdere analyses hebben wij de instellingen op grond van hun efficiëntiescore ingedeeld in drie efficiëntieklassen: A, B en C. Klasse A, met een efficiëntie van 90% of hoger, is de hoogste klasse. Instellingen met een score tussen de 79% en de 90% worden gerekend tot klasse B en instellingen met een efficiëntie onder de 79% tot klasse C.

228 Bij de keuze van de klassengrenzen hebben praktische overwegingen een rol gespeeld. Rekening houdend met de combinatie met kwaliteitsscores zijn de grenzen zo gekozen dat zich in iedere klasse ongeveer evenveel instellingen bevinden.

229 Wij hebben onderzocht of het aantal instellingen in een efficiëntieklasse sterk zou veranderen bij een wijziging van de gekozen grens. Bij de efficiëntieklasse A blijkt dit niet het geval te zijn.

Efficiëntieklasse A omvat 32 instellingen

230 De hoogste efficiëntieklasse, met een efficiëntie van 90% of meer, omvat in totaal 32 instellingen. Figuur 7 in appendix A toont de verdeling over de instellingstypen. Tabel 6 geeft de verdeling per type over alle efficiëntieklassen weer.

Tabel 6: Verdeling instellingen per type over de efficiëntieklassen.

Type instelling	Efficiëntieklasse		
	C (<79%)	B (79 - 90%)	A (>=90%)
Landelijk	4	2	4
Geïntegreerd	18	16	7
Kruiswerk	9	2	4
Gezinszorg	7	14	17
Totaal	38	34	32

Bron: Analyse gegevens benchmarkonderzoek thuiszorginstellingen 1997.

231 De meeste instellingen in efficiëntieklasse A zijn gezinszorginstellingen; zij maken met 17 instellingen 53,1% van het totale aantal instellingen in klasse A uit. Van de geïntegreerde instellingen behoren er zeven tot klasse A; zij maken 21,9% van het totaal aantal instellingen in klasse A uit. Landelijke instellingen en kruiswerkorganisaties maken ieder 12,5% van het totale aantal klasse-A-instellingen uit; van ieder van deze typen instellingen behoren er vier tot klasse A.

Efficiëntie niet gelijk gespreid over de typen instellingen

232 In aanvulling op de resultaten van de toepassing van de DEA-methodiek hebben wij onderzocht of de efficiëntiescores op eenzelfde wijze zijn verdeeld binnen de geïntegreerde instellingen als binnen de landelijke instellingen, de gezinszorginstellingen en de kruiswerkorganisaties.

233 De resultaten van deze analyse zijn weergegeven in figuur 8 van appendix A. In deze zogenaamde *box-and-whisker-plots* geven de rode blokken (boxen) in deze figuur aan tussen welke grenzen de scores van 50% van de instellingen zich bevinden. Door middel van de zwarte lijn naar boven en beneden (whiskers) is de spreiding van de overige bovenste 25% en onderste 25% van de instellingen weergegeven. Zo kan in één oogopslag een indruk worden verkregen van de spreiding binnen en de verschillen tussen de verschillende typen thuiszorginstellingen.

234 Uit figuur 8 blijkt dat er aanzienlijke verschillen in de efficiëntie tussen de typen instellingen bestaan. De spreiding van efficiëntiescores is het grootst bij de landelijke instellingen: binnen deze groep bevinden zich de instellingen met de laagste scores, maar ook een relatief groot aantal instellingen met een 100% efficiëntie. De spreiding is het geringst bij de gezinszorginstellingen. Zij hebben alle een efficiëntiescore van 72% of hoger.

207 Uit de tabel blijkt dat 75,8% van de productie van de deelnemende thuiszorginstellingen door de geïntegreerde instellingen wordt geleverd. De gezinszorginstellingen nemen 21,4% voor hun rekening, de kruiswerkorganisaties 2,3% en de landelijke instellingen 0,5%.

208 Van de 49,6 miljoen geproduceerde uren bestond 22,0% uit alphahulpverlening. HDL maakte 37,4% van de totale productie uit, verzorging 17,8%, ADL 16,0% en verpleging 6,8%.

Standaardisatie toerekening kosten aan productgroepen doorgevoerd

209 Om de kostenstructuur van instellingen goed te kunnen vergelijken, hebben wij de niet direct aan een productgroep toe te rekenen kosten volgens uniforme verdeelsleutels toegerekend aan de verschillende productgroepen. Onder productgroepen verstaan wij de algemene thuiszorg, status-aparte-producten, entadministratie en overige thuiszorg-activiteiten.

210 Instellingen rekenen deze kosten, waaronder de overheadkosten en huisvestingskosten, niet altijd volgens dezelfde verdeelsleutels toe aan de verschillende productgroepen. Wij hebben daarom een standaardverdeelsleutel ontwikkeld en de kosten met behulp daarmee opnieuw aan de productgroepen toegerekend. Een vergelijking met de door de instellingen gehanteerde toerekeningen gaf aan dat de verschillen gering waren. In de bij dit rapport behorende tabellen en figuren hanteren wij de door ons gestandaardiseerde kostentoerekening.

Bevindingen tijdens eerste analyses vergroten transparantie

211 Uit een eerste analyse van de door de instellingen aangegeven productie in relatie tot de hiervoor gemaakte kosten bleek dat alvorens vergelijkingen tussen de instellingen konden worden gemaakt, op twee punten een herberekening van het aantal geproduceerde uren noodzakelijk was.

Medewerkers via Regeling Extra Arbeidsplaatsen ingezet voor uitvoerende taken

212 Uit de door de instellingen verstrekte informatie bleek dat 46 van de 104 instellingen voor het verrichten van uitvoerende taken in 1997 medewerkers hebben ingezet die in het kader van de zogenoemde Regeling Extra Arbeidsplaatsen (Melkertregeling) werkzaam waren. In totaal is door hen in 1997 voor 527.460 uur zorg geleverd. Dit is circa 1% van de in de sector thuiszorg in 1997 geleverde productie. In figuur 4 en tabel 5 is de verdeling van de "Melkturen" over de verschillende producten weergegeven.

Mediaan verdeling efficiëntiescores verschilt per type instelling

235 Eveneens afgebeeld in figuur 8 is de mediaan per type instelling; dit is de zwarte lijn in de rode blokken. De mediaan komt in deze box-and-whisker-plots nagenoeg overeen met het gemiddelde. De efficiëntie van gezinszorginstellingen is gemiddeld het hoogst, circa 88%. Daarna volgen de landelijke instellingen met circa 86,5%, de geïntegreerde instellingen met circa 80,5% en ten slotte de kruiswerkorganisaties met circa 75%.

Relatie tussen efficiëntie en aantal producten zichtbaar

236 Wij hebben de efficiëntiescores in het kader van het onderzoek vergeleken met het aantal producten dat een instelling in het kader van de aanspraak algemene thuiszorg levert. Gebleken is dat de gemiddelde efficiëntie verreweg het hoogst is (91%) bij de instellingen die drie producten leveren. De gemiddelde efficiëntie van instellingen die vijf producten leveren, is het laagst (78%). In figuur 9 is dit weergegeven.

237 In een nadere analyse hebben wij onderzocht of er een verband bestaat tussen het aantal producten en de aard van de producten. Een dergelijke relatie blijkt niet eenduidig uit de gegevens. De levering van twee producten betreft in bijna twee derde van de gevallen ADL en verpleging, maar in een derde van de gevallen alphahulp en verzorging. De levering van drie producten betreft een grote variatie aan producten, waarin geen dominante combinatie van producten te ontdekken is. De levering van vier producten betreft veelal alphahulp, HDL, ADL en verpleging; de instellingen die vier producten leveren, beschouwen verzorging vermoedelijk niet als apart product.

238 Het is op grond van de gegevens niet mogelijk om een conclusie te trekken over de aard van de relatie tussen efficiëntie en productmix. Het feit dat de efficiëntie van instellingen die twee producten leveren geringer is dan die van instellingen die drie producten leveren zou gerelateerd kunnen zijn aan de aard van de producten ADL en verpleging; daar staat echter tegenover dat ook bij een deel van de instellingen die drie producten leveren ADL en verpleging tot de productmix behoort. Het feit dat de efficiëntie van instellingen die vier of vijf producten leveren lager is dan die van instellingen met drie producten zou gerelateerd kunnen zijn aan de complexiteit van de bedrijfsvoering. Een te gedifferentieerd pakket komt de efficiëntie blijkaar niet ten goede.

239 Wij wijzen er met nadruk op dat de gegevens slechts indicaties en geen eenduidige conclusies toelaten. Een verdere analyse zal nodig zijn om onderbouwde uitspraken te kunnen doen.

Instellingen in efficiëntieklasse A verantwoordelijk voor 19,6% van de totale kosten

240 De 32 instellingen in efficiëntieklasse A vormen samen 31% van alle 104 deelnemende instellingen. Deze 32 instellingen zijn echter verantwoordelijk voor een kleiner deel (19,6%) van de totale kosten van alle 104 deelnemende instellingen. Dit betekent dat tot de instellingen in efficiëntieklasse A een aantal kleine instellingen behoren.

241 Betrekken we echter de berekeningen op alle instellingen die meer dan gemiddeld efficiënt zijn, dan blijkt dat zich in deze groep zo veel grotere instellingen bevinden dat het tegengestelde effect zich voordoet. De instellingen met een bovengemiddelde efficiëntie (48% van de deelnemende instellingen) zijn verantwoordelijk voor 59,1% van de totale kosten. Figuur 10 van appendix A bevat de grafiek waarin de relatie tussen de efficiëntie en het cumulatieve kostenaandeel is weergegeven.

Relatie lump sum en efficiëntiescore blijkt niet eenduidig

242 Wij hebben voor de aan het onderzoek deelnemende instellingen berekend hoe hoog het aandeel is van de lump sum over 1997 in relatie tot de totale aanvaardbare kosten van dat jaar. Het gemiddelde aandeel bedroeg 15,4%. Het gemiddelde aandeel van de lump sum ten opzichte van de totale aanvaardbare kosten van alle instellingen in Nederland (dus ook de instellingen die niet aan het benchmarkonderzoek hebben deelgenomen) bedroeg in 1997 17,0%.

243 Er blijkt uit de door de instellingen verstrekte gegevens geen eenduidige relatie tussen het aandeel van de lump sum van een instelling en de positie die de betreffende instelling inneemt in de efficiëntierangorde. Figuur 11 geeft het aandeel van de lump sum in de aanvaardbare kosten per instelling weer, waarbij de instellingen zijn gerangschikt naar hun positie in de efficiëntierangorde. Te zien is dat er grote onderlinge verschillen zijn; het aandeel van de lump sum varieert van 0% tot 47,5%. Verder is in de figuur te zien dat een relatief hoge lump sum voorkomt bij instellingen met een lage én instellingen met een lage efficiëntiescore. Wel is het zo dat een relatief hoge lump sum vaker voorkomt bij instellingen met een benedengemiddelde efficiëntiescore.

244 Geconstateerd kan worden dat de hoogte van het aandeel van de lump sum in de aanvaardbare kosten geen verklaring vormt voor de rangorde van instellingen in de efficiëntiescores. De hoogte van het aandeel lump sum zal voor het management van de instellingen wel een belangrijk aandachtspunt kunnen zijn. Instellingen die een hoge efficiëntiescore hebben maar tevens een hoog aandeel lump sum zullen een grotere inspanning moeten leveren om hun score op peil te houden dan instellingen met een hoge efficiëntiescore en een laag aandeel lump sum.

Indeling instellingen in efficiëntieklassen voor 88,5% stabiel

245 De bestendigheid van de uitkomsten van de DEA hebben wij op verschillende manieren getest. Wij hebben gezien wat het effect is op de efficiëntiescores indien de 100% efficiënte instellingen uit de dataset worden verwijderd. Gebleken is dat dit niet leidde tot verschuivingen van de positie van de resterende instellingen ten opzichte van elkaar.

246 Daarnaast hebben wij enkele additionele gevoeligheidsanalyses uitgevoerd. In dit kader hebben wij onderzocht wat het effect op de efficiëntie van de instellingen is van de door de instellingen geleverde productie in het tweede compartiment. Ook is bezien wat het effect is als wordt verondersteld dat de productie van de status-aparte-producten, die geen deel uitmaken van het benchmarkonderzoek, kostendekkend plaatsvindt.

Productie tweede compartiment deels uit AWBZ gefinancierd

247 In 1997 hebben 94 thuiszorginstellingen productie geleverd die behoort tot het zogenoemde tweede compartiment, de ziekenhuisgerelateerde zorg. Uit de eerste analyses bleek dat de door instellingen ontvangen inkomsten uit de tweede-compartimentzorg achterbleven bij de kosten. Onder kosten verstaan wij in dit verband de uitkomst van de vermenigvuldiging van de geleverde uren met de voor de betreffende producten in de beleidsregels opgenomen tariefwaarden. Voor deze uren werd dus een lagere opbrengst gerealiseerd dan op grond van de tarieven te verwachten zou zijn. Hieruit is geconcludeerd dat een aantal instellingen productie in het tweede compartiment heeft geleverd die ten koste gaat van de doelmatigheid in de algemene-thuiszorgproductie. De instellingen die de tweede-compartimentproductie leveren tegen de door het COTG in de beleidsregels opgenomen tarieven, zetten in feite voor deze productie AWBZ-middelen voor de algemene thuiszorgproducten in.

248 In figuur 12 is de verdeling van de tweede-compartimentproductie over de verschillende producten opgenomen, uitgedrukt in zorguren. Het grootste deel van de tweede-compartimentproductie wordt besteed aan HDL, namelijk 37,2%. Daarna volgt de verpleging met 23,3%, de ADL met 22,4%, de verzorging met 17,0% en tenslotte de alphahulpverlening met 0,2%. In tabel 7 is het aantal uren tweede-compartimentproductie per type instelling per product opgegeven. In totaal gaat het om 2.677.665 geleverde uren zorg in 1997.

Tabel 7: Aantal uren tweede-compartimentproductie per product.

Type instelling	Alphahulp	HDL	Verzorging	ADL	Verpleging	Totaal
Landelijk		3.648	799	101	3	4.551
Geïntegreerd	3.834	791.237	261.274	471.872	524.537	2.052.754
Kruiswerk		1.969	630	54.684	89.620	146.903
Gezinsverzorging	295	198.250	192.749	73.280	8.883	473.457
Totaal	4.129	995.104	455.452	599.937	623.043	2.677.665
Aantal instellingen	9	71	36	82	64	94

Bron: Analyse benchmarkgegevens thuiszorginstellingen 1997

249 Wij hebben het effect van deze productie op de efficiëntie van de instellingen nader onderzocht. In figuur 13 is dit effect zichtbaar gemaakt. Een daling van de efficiëntie door eliminering van de tweede-compartimentproductie zou voor negen instellingen een daling in efficiëntieklasse betekenen.

250 De tweede-compartimentproductie betrof in hoofdzaak intensieve kortdurende zorg die geleverd werd in verband met de zogenoemde knip in de thuiszorg, die in 1997 is ingevoerd. Dit betrof de ziekenhuisgerelateerde zorg. Aangezien deze regeling inmiddels niet meer van kracht is, zal deze vertekening van de efficiëntiecijfers niet meer op kunnen treden. Wel is het van belang vast te stellen dat de ene instelling een bepaalde efficiëntiescore heeft weten te bereiken met en de andere zonder toerekening van overheadkosten aan de tweede-compartimentproductie. Voor het management van de instellingen wordt deze informatie van belang geacht voor een goed inzicht in de efficiëntie van de instelling. Een vergelijkbare situatie zou zich mogelijk kunnen voordoen bij de uitvoering van de Regeling Subsidiëring Intensieve Thuiszorg van de Ziekenfondsraad.

Veronderstelde kostendekkende status-aparte-productie leidt tot wijziging efficiëntie

251 Uit de door de instellingen aangeleverde cijfers is gebleken dat van de 104 instellingen er 57 in 1997 naast de algemene-thuiszorgproducten ook status-aparte-producten leverden. In 1997 vielen de ouder- en kindzorg, de dieetadvisering en de collectieve preventie onder de status-aparte-financiering. Van de 57 instellingen hadden er 25 in 1997 een financieel overschot op de productie van de status-aparte-producten en 32 een tekort.

252 Wij hebben berekend wat de invloed is op de efficiëntiescores van de instellingen als wordt verondersteld dat de status-aparte-producten kostendekkend zouden worden geleverd. Figuur 14 bevat de weergave van de effecten.

253 Wij zijn uitgegaan van de gedachte dat de tekorten en overschotten op de productie van status-aparte-producten mede het gevolg kunnen zijn van een onjuiste allocatie van de (overhead)kosten waardoor de kosten voor de algemene thuiszorg zoals die in het benchmarkonderzoek zijn gehanteerd, te hoog (bij een overschot op de status-aparte-producten) of te laag zijn. Om een indruk te krijgen van deze mogelijke effecten, is een doorrekening gemaakt waarbij de kosten voor de algemene thuiszorg zijn verhoogd met het tekort of verlaagd met het overschot op de status-aparte-producten.

254 Wanneer de kosten zouden worden gemaakt voor uitsluitend de vijf algemene-thuiszorgproducten zou van 77 instellingen de efficiëntiescore dalen. Voor acht instellingen betekent dit dat zij ook een efficiëntieklasse zouden dalen. Van deze acht instellingen zijn er vijf voor wie geldt dat zij ook bij eliminering van de tweede-compartimentproductie een efficiëntieklasse zouden dalen.

255 De constatering dat de efficiëntiescore van 77 instellingen zou dalen wanneer een kleiner deel van de indirecte kosten wordt "weggeschreven" naar de status-aparte-producten is van belang omdat ook in 1998 en latere jaren deze producten worden geleverd. Voor een goede eenduidige allocatie van de kosten aan de status-aparte-activiteiten is het bovendien mede vereist dat deze producten eenduidig worden gedefinieerd. Op dit moment is hiervan geen sprake. In dit kader verwijzen wij volledigheidshalve naar het door ons in november 1998 in opdracht van het COTG opgestelde rapport *Kostprijsonderzoek status-aparte-producten vergt fasering en uitwerking enkele discussiepunten*. In dit rapport is geconcludeerd dat het berekenen van adequate kostprijzen voor de status-aparte-producten op dit moment niet mogelijk en zinvol is door het ontbreken van adequate productdefinities. Dit feit stelt ook beperkingen aan de wijze waarop de kosten binnen de thuiszorg op een eenduidige wijze kunnen worden gealloceerd over de algemene thuiszorg en overige productgroepen.

Indeling in efficiëntieklasse zou voor 11,5% van de instellingen veranderen

256 Uit de analyses van de effecten van kostenallocatie bij tweede-compartiment-productie en status-aparte-productie is gebleken dat deze verschillen in kostentoerekening beide een zichtbare invloed hebben op de efficiëntiescore van de thuiszorginstellingen. Toch wijzen onze berekeningen uit dat slechts 11,5% van de instellingen in een lagere dan de oorspronkelijke door ons gedefinieerde efficiëntieklasse zou worden ingedeeld als bij de berekening van de efficiëntie rekening zou worden gehouden met de gevonden verschillen.

257 Dit neemt niet weg dat de door ons onderzochte effecten van kostenallocatie voor het instellingsmanagement van belang kunnen zijn voor het treffen van maatregelen ter verhoging van de efficiëntie.

258 De beschikbare gegevens lieten het niet toe om, zoals is gebeurd met de Melkerturen en de gekochte en verkochte uren, de productie van de instellingen te corrigeren voor tweede-compartimentproductie en status-aparte-productie. Om de productie te kunnen corrigeren zijn gegevens over de gerealiseerde productie noodzakelijk. Deze zijn echter niet geïnventariseerd. Bovendien is de door ons ontwikkelde toerekening van overheadkosten gebaseerd op productgroepen en niet op producten. Toerekening zou daardoor te arbitrair worden.

Berekening opbouw productie verschilt tussen instellingen

259 Wij hebben de instellingen gevraagd naar het aantal in 1997 geleverde uren zorg per product. Daarnaast hebben wij de instellingen gevraagd naar de reistijd van de uitvoerend medewerkers, naar een specificatie van de personeelskosten met het oog op onder andere de hoogte van de onregelmatigheidstoeslag, en naar de wijze waarop de geregistreerde tijdsbesteding wordt afgerond. Deze vragen zijn bedoeld om na te gaan in hoeverre de door de instellingen opgegeven productie genuanceerd moet worden in verband met verschillen in berekening van de opbouw van deze uren.

267 Bij de instellingen die gegevens over de onregelmatigheidstoelag hebben aangeleverd, varieerde de hoogte tussen de 0,1% en 4% van de totale loonsom. Dit houdt in dat de onregelmatigheidstoelag geen dominante factor is voor het nuanceren van de productie. Het bieden van veel avond-, nacht- of weekendzorg is dus geen afdoende verklaring voor de efficiëntiescore.

Afronding tijdsbesteding geleverde productie varieert van 1 tot 60 minuten

268 De door de uitvoerende medewerkers geregistreerde tijdsbesteding wordt door de instellingen per geregistreerd item naar boven afgerond. Als afrondingstijden zijn opgegeven: één minuut voor ADL en verpleging; vijf, tien of vijftien minuten voor verzorging en ADL en dertig minuten voor Alphahulpverlening en HDL. In drie gevallen is een afronding op zestig minuten opgegeven. In figuur 17 zijn de afrondingstijden voor HDL en verzorging weergegeven, in figuur 18 de afrondingstijden voor ADL en verpleging.

269 Instellingen hanteren dus voor dezelfde producten niet allemaal dezelfde afrondingstijden. Waar de ene instelling bestede ADL-tijd afrondt op één minuut, doet een andere instelling dit op vijftien minuten. Het is evident dat dit de efficiëntiescore kan beïnvloeden.

Geen eenduidige samenhang tussen efficiëntiescore en wijze van benadering kosten en productie

270 De beschikbare gegevens lieten het niet toe om de productie te corrigeren voor reistijd, onregelmatigheidstoelag en afronding van bestede contacttijd.

271 Wel kan gesteld worden dat voor alle onderzochte verschillen in benadering van kosten en productie geldt dat geen significant verband is gebleken tussen de reistijd, de hoogte van de onregelmatigheidstoelag en de afronding van de productie enerzijds en de hoogte van de efficiëntiescore anderzijds.

272 Een hoge reistijd, onregelmatigheidstoelag of afrondingsfactor komen zowel bij efficiënte als bij minder efficiënte instellingen voor. Dit wil niet zeggen dat een wijziging in benadering geen effect heeft op de efficiëntiescore. Het tegendeel is het geval: instellingen kunnen uit deze bevindingen belangrijke aandachtspunten afleiden voor kwetsbare onderdelen van hun bedrijfsvoering. De bevindingen laten echter niet de conclusie toe, dat de onderzochte verschillen ook de gevonden verschillen in efficiëntie kunnen verklaren.

273 Het feit dat de onderzochte verschillen in benadering niet dominant bepalend zijn voor de mate van efficiëntie betekent dat gezocht dient te worden naar andere factoren die de verschillen bepalen. Verderop in het rapport zal blijken welke factoren daarvoor naar onze mening in aanmerking komen.

3 | Kostenanalyses bieden aanknopingspunten voor verklaring efficiëntieverschillen

301 In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de bevindingen die zijn opgedaan bij de nadere analyse van de kwantitatieve gegevens. In het eerste gedeelte beschrijven wij de resultaten van de aanvullende kostenanalyses, in het tweede gedeelte de resultaten van de koppeling van de efficiëntiescores aan de bedrijfsvoeringsgegevens.

Kostenstructuur toont relevante verschillen tussen instellingen

302 In het kader van het onderzoek hebben wij aan de hand van de aangeleverde kwantitatieve gegevens nadere analyses uitgevoerd. Wij hebben daarbij gekozen voor analyses die de verschillen in efficiëntie mogelijk kunnen verklaren en het inzicht in de verschillen kunnen vergroten.

Schaalvoordelen niet zichtbaar in totale kosten

303 Een vergelijking tussen de totale kosten en het aantal uren zorg per instelling laat zien dat als het aantal geleverde uren zorg stijgt, de kosten in nagenoeg dezelfde mate stijgen. De resultaten van de in dit kader uitgevoerde multiple-regressie-analyse zijn in de figuren 19 en 20 weergegeven. Figuur 20 is een uitvergroting van figuur 19, waarbij de vier grootste instellingen ter wille van de leesbaarheid zijn weggelaten.

304 Uit de constatering dat er een nagenoeg lineair verband bestaat tussen totale kosten van een instelling en het aantal geleverde uren zorg kan naar ons oordeel niet de conclusie worden getrokken dat er binnen de thuiszorg geen schaalvoordelen te behalen zijn. Wij achten het goed mogelijk en op grond van de ons verstrekte informatie zelfs aannemelijk dat grotere instellingen wel degelijk de zorguren tegen lagere kosten kunnen leveren maar dat zij de middelen die zij daarmee besparen aanvullend inzetten voor bijvoorbeeld het doorvoeren van innovaties in de bedrijfsvoering en het zorgassortiment, het verrichten van onderzoek of de inzet van specialistische teams.

Opbouw kostenstructuur nader bezien

305 De figuren 21 tot en met 23 geven inzicht in de kostenstructuur van de instellingen. De totale kosten zijn uitgesplitst in:-

- (a) personeelskosten uitvoerenden zorg;
- (b) personeelskosten leiding en staf;
- (c) personeelskosten overhead;
- (d) huisvestingskosten;
- (e) automatiseringskosten;
- (f) overige kosten.

306 Vervolgens is de kostenstructuur vergeleken van:-

- (a) instellingen in de drie efficiëntieklassen;
- (b) instellingen in drie grootteklassen;
- (c) instellingen onderverdeeld naar type instelling.

307 Zoals te verwachten was, maken de personeelskosten verreweg het grootste deel van de totale kosten uit: 86,2% over het geheel genomen. Het aandeel van de personeelskosten uitvoerenden zorg bedraagt 70,3%.

Verschillen kostenstructuur efficiëntieklassen aanwezig

308 Bij de instellingen in efficiëntieklasse A maken de personeelskosten voor uitvoerenden in de zorg gemiddeld 75,9% van de totale kosten uit. Bij de instellingen in de klassen B en C is dit respectievelijk 74,1% en 71,3%. Deze verschillen lijken wellicht niet groot, maar omdat de personeelskosten voor de uitvoerende medewerkers in de zorg een groot deel van de totale kosten vormen, leiden de gevonden verschillen in absolute zin wel tot een aanzienlijk hogere of lagere allocatie van middelen voor de uitvoerenden in de zorg.

Tabel 8: Aandeel kostensoorten ten opzichte van totale kosten per efficiëntieklasse.

Kostensoort	Totaal	Efficiëntieklasse		
		C (<79%)	B (79 - 90%)	A (>=90%)
Uitvoerenden zorg	73,5%	71,3%	74,1%	75,9%
Leiding en staf	9,2%	9,8%	9,1%	8,4%
Overhead	6,2%	6,7%	6,0%	5,9%
Huisvesting	4,0%	4,8%	3,7%	3,3%
Automatisering	1,7%	1,7%	1,6%	1,6%
Overig	5,4%	5,7%	5,5%	4,8%
Totaal	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Bron: Analyse benchmarkgegevens thuiszorginstellingen 1997.

Kostenstructuur per grootteklasse vertoont beperkte verschillen

309 Een indeling van instellingen naar grootteklasse toont aan dat de verschillen in kostenstructuur aanzienlijk kleiner zijn dan wanneer een indeling naar efficiëntieklasse wordt aangehouden.

Tabel 9: Aandeel kostensoorten ten opzichte van totale kosten per grootteklasse.

Kostensoort	Totaal	Grootteklasse		
		< f 10 miljoen	f 10 - 30 miljoen	> f 30 miljoen
Uitvoerenden zorg	73,5%	71,7%	72,8%	73,9%
Leiding en staf	9,2%	8,8%	8,9%	9,3%
Overhead	6,2%	7,6%	6,8%	5,9%
Huisvesting	4,0%	4,8%	4,0%	3,9%
Automatisering	1,7%	1,0%	1,6%	1,7%
Overig	5,4%	6,0%	5,9%	5,2%
Totaal	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Bron: Analyse benchmarkgegevens thuiszorginstellingen 1997.

310 De instellingen met een omzet aan algemene-thuiszorgproducten van minder dan f 10 miljoen in 1997 besteden iets meer aan personeelskosten voor uitvoerenden in de zorg dan instellingen met een omzet van tussen de f 10 miljoen en f 30 miljoen (respectievelijk 70,1% en 69,3%). De instellingen met een omzet van boven de f 30 miljoen besteden relatief het meest aan deze personeelskosten, namelijk 70,7%.

311 Een berekening die wij hadden gemaakt voor de opbouw van de kostenstructuur van instellingen met een omzet van meer dan f 90 miljoen toonde aan dat er verhoudingsgewijs geen verschillen te constateren waren in vergelijking tot de kostenstructuur van instellingen met een omzet van boven de f 30 miljoen.

312 Opvallend is het geringe percentage automatiseringskosten bij de instellingen met een omzet van minder dan f 10 miljoen. Het betreft hier onder meer de nieuw toegelaten landelijke instellingen.

Kostenstructuur per type instelling laat aanzienlijke verschillen zien

313 Uit de analyse van de kostenstructuur per type instelling blijkt dat de verschillen in kostenstructuur hier het duidelijkst zichtbaar worden. De landelijke instellingen besteden van de vier typen instellingen het hoogste percentage middelen aan personeelskosten voor de uitvoerenden zorg: 76,8%. Daarna volgen de gezinszorginstellingen met 77,7%, de geïntegreerde instellingen met 73% en ten slotte de kruiswerkorganisaties met 64,6%.

Omvang reistijd toont aanzienlijke variatie

260 In de figuur 15 worden de resultaten weergegeven in relatie tot de het aantal uren contacttijd; onder uren contacttijd hebben wij in de vragenlijst verstaan het door het COTG in zijn beleidsregels als zodanig gedefinieerde begrip.

261 Vooraf zij vermeld dat 18% van de instellingen aangeeft reistijd geheel of gedeeltelijk als contacttijd te verantwoorden; 20% geeft aan tijdsregistratie geheel of gedeeltelijk als contacttijd te verantwoorden, 19% doet dit met de tijd die besteed wordt aan het informeren van verwijzers.

262 Uit onze analyses blijkt dat de reistijd van de uitvoerenden zorg tussen de instellingen sterk verschilt. De gegevens zijn ontleend aan de managementvragenlijst. Van de 104 instellingen hebben er overigens 39 geen gegevens over de reistijd kunnen aanleveren.

263 In vijf instellingen beslaat de reistijd minder dan 1% van de geproduceerde uren. In 51 instellingen beslaat de reistijd tussen de 1% en de 10% van de geproduceerde uren. In acht instellingen beslaat de reistijd tussen de 18% en 30%, terwijl in één instelling de reistijd meer dan 50% beslaat.

264 Voor een deel is de geconstateerde variatie in de reistijd te verwachten: instellingen die relatief veel producten leveren waar een korte contacttijd met de cliënt mee is gemoeid, zullen meer reistijd hebben. Toch blijkt dat ook bij instellingen met vergelijkbare producten (bijvoorbeeld instellingen met veel uren verpleging) de reistijd onderling aanzienlijk verschilt. Er is geen significant verband te constateren tussen de reistijd en de efficiëntieklassen: lange en korte reistijden komen in alle klassen ongeveer evenveel voor; in figuur is dit duidelijk zichtbaar. Wij hebben de reistijd in verband met het ontbreken van gegevens van 39 instellingen niet nader onderzocht.

Verschil in onregelmatigheidstoeslag geen dominante factor

265 De hoogte van de onregelmatigheidstoeslag, door ons uitgedrukt als aandeel van de personeelskosten, verschilt per instelling. In figuur 16 zijn de verschillen weergegeven. Voor een deel zijn de verschillen te verwachten omdat instellingen die relatief veel alphahulpverlening bieden minder met onregelmatigheidstoeslag te maken hebben dan instellingen die relatief veel ADL of verpleging bieden.

266 Van de deelnemende instellingen hebben er 17 geen gegevens over de hoogte van de onregelmatigheidstoeslag aangeleverd. Dit kan betekenen dat geen onregelmatigheidstoeslag is betaald of dat onregelmatigheidstoeslag niet als aparte post is geregistreerd.

Tabel 10: Aandeel kostensoorten ten opzichte van totale kosten per type thuiszorginstelling.

Kostensoort	Type thuiszorginstelling			
	Landelijk	Geïntegreerd	Kruiswerk	Gezinszorg
Uitvoerenden zorg	76,8%	73,0%	64,6%	77,7%
Leiding en staf	8,1%	9,3%	8,9%	9,0%
Overhead	6,0%	6,1%	8,8%	6,1%
Huisvesting	2,0%	4,1%	8,6%	2,5%
Automatisering	0,2%	1,8%	1,7%	1,2%
Overig	6,9%	5,8%	7,6%	3,5%
Totaal	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Bron: Analyse benchmarkgegevens thuiszorginstellingen 1997.

314 Bij de landelijke instellingen valt naast het lage percentage huisvestingskosten opnieuw het lage percentage automatiseringskosten op. Mogelijk verkeren deze nieuw toegelaten landelijke instellingen qua ontwikkeling nog min of meer in de pioniersfase of doen zij hiervoor een beroep op de instellingen aan wie ze geleerd zijn. De instellingen die hebben aangegeven na de pioniersfase verder te professionaliseren door het volgen van een groeistrategie zullen naar verwachting aanzienlijk moeten investeren in het verder automatiseren van de administratie omdat een eenvoudige boekhouding niet meer adequaat en kosteneffectief is bij een grotere organisatie. Dergelijke investeringen zullen op de korte termijn de efficiëntie onder druk zetten.

315 Bij de gezinszorginstellingen is eveneens sprake van lage huisvestingskosten. Ook het aandeel overige kosten is laag. Met overige kosten wordt bedoeld op onder andere contributies en abonnementen, kosten voor schoonmaak- en kantoorartikelen en accountantskosten.

316 Bij de kruiswerkorganisaties valt op dat zij van de vier typen instellingen het meeste besteden aan personeelskosten voor leiding en staf. Verder is het aandeel huisvestingskosten in de totale kosten bij de kruiswerkorganisaties hoger dan bij de andere typen instellingen. Daarbij wijzen wij erop dat de kosten voor de huisvesting van ouder- en kindzorg activiteiten hier in beginsel buiten beschouwing zouden moeten zijn gebleven, zodat deze geen verklaring kunnen vormen. Wel is het zo dat de wijkgebouwen voor de ouder- en kindzorg ook expliciet bestemd waren voor activiteiten van de wijkverpleegkundigen, zodat een deel van de kosten daaraan toegerekend kon worden. In hoeverre instellingen de huisvestingskosten voor de status-aparte-activiteiten medefinancieren vanuit de middelen die voor de algemene thuiszorg beschikbaar zijn gesteld, is niet expliciet onderzocht.

Kostenstructuur geen verklaring voor efficiëntieverschillen

317 De gevonden verschillen in kostenstructuur kunnen aanwijzingen geven voor verbeteringen in individuele instellingen. Als wij de gehele sector in beschouwing nemen constateren wij dat de verschillen in kostenstructuur niet zodanig zijn dat daardoor de verschillen in efficiëntie verklaard kunnen worden.

Productiviteit nader geanalyseerd

318 De hoogte van de personeelskosten voor de uitvoerenden in de zorg ten opzichte van de totale kosten, zegt nog niet alles over het volume van de daadwerkelijke zorgverlening. Niet alle uren waarvoor de uitvoerenden in de zorg worden betaald, worden immers aan zorgcontacttijd besteed.

319 Het aantal uren dat wordt besteed aan zorgverlening wordt aangeduid met de term contacttijd. Het totaal aantal beschikbare uren wordt aangeduid met de term betaalluren, het aantal uren dat het dienstverband van de medewerker omvat. Voor een medewerker met een volledig dienstverband is dat 1.931 uur per jaar.

Door instellingen gehanteerde normen lopen uiteen

320 Uit de analyse van de bedrijfsvoeringsvragenlijst blijkt dat 79% van de aan het doelmatigheidsonderzoek deelnemende instellingen beschikt over productiviteitsnormen voor uitvoerenden in de zorg. In tabel 11 zijn deze in de praktijk gehanteerde normen samengevat.

Tabel 11: Door instellingen gehanteerde normen voor productiviteit.

Categorie uitvoerend personeel	Gemiddelde norm voor productiviteit in %	Laagst gehanteerde norm in %	Hoogst gehanteerde norm in %
Landelijk	94	65	100
Thuishulp A	70	61,5	85
Verzorgingshulp B	70	61,5	80,8
Verzorgende C	67	49	80,8
Verzorgende D	65	49	77,4
Gespecialiseerd verzorgende E	65	49	77,4
Wijkziekenverzorgende	55	39	72,1
Wijkverpleegkundige of verpleegkundige in de wijk	51	36	72,1

Bron: Analyse benchmarkgegevens thuiszorginstellingen 1997.

321 De verschillen tussen de laagst gehanteerde norm en de hoogst gehanteerde norm zijn aanzienlijk. De redenen daarvoor zijn door ons niet nader onderzocht. Voor alle duidelijkheid zij vermeld dat tabel 11 betrekking heeft op door de instellingen gehanteerde normen en niet op werkelijk gemeten productiviteit.

Beschikbare tijd voor bijna 70% besteed aan zorgverlening

322 De door de instellingen aangeleverde gegevens laten zien dat van de totale tijd die uitvoerende medewerkers beschikbaar hebben (de betaalturen), gemiddeld 31% aan andere activiteiten dan aan zorgverlening wordt besteed.

Overige uren uitvoerenden zorg in acht categorieën verdeeld

323 De uren die door de uitvoerenden aan andere activiteiten dan aan zorgverlening worden besteed (de zogenoemde overige uren) kunnen worden ingedeeld in acht verschillende categorieën. De figuren 24 en 25 en tabel 12 geven een overzicht. Wij merken op dat voor de indeling van de overige uren over de onderscheiden categorieën in de administraties van de instellingen accentverschillen kunnen voorkomen.

Tabel 12: Opbouw overige uren uitvoerenden zorg.

Categorie overige uren	Aandeel in %
(Buitengewoon) verlof/ADV 55+	31,4%
Ander werk	17,0%
Geen werk	2,8%
Opleiding	2,9%
Plantijd, werkoverleg, coördinatie	8,6%
Reistijd	7,0%
Ziekteverzuim	27,9%
Zwangerschapsverlof	2,3%
Totaal	100,0%

Bron: Analyse benchmarkgegevens thuiszorginstellingen 1997.

324 Bijna eenderde deel (31,4%) van de overige uren komt voor rekening van verlofdagen en arbeidsduurverkorting. Het ziekteverzuim blijkt 27,9% van het aantal overige uren te omvatten.

325 De categorieën ander werk, plantijd/werkoverleg/coördinatie en reistijd zijn goed voor respectievelijk 17,0%, 8,6% en 7,0% van het aantal overige uren. Wij hebben niet onderzocht waaruit de categorie ander werk bestaat; de categorie is als restcategorie te beschouwen.

326 De geringste bijdrage aan het aantal overige uren wordt geleverd door de categorieën opleiding, "geen werk" en zwangerschapsverlof: respectievelijk 2,9%, 2,8% en 2,3%. De term "geen werk" is gebruikt voor de tijd dat medewerkers in vaste dienst door fluctuaties in de zorgvraag een bepaald gedeelte van de dag of een bepaalde periode geen directe zorg verlenen.

327 Uit de verkregen gegevens is verder afgeleid dat in de sector aan opleiding gemiddeld circa 2,5 dagen per medewerker per jaar worden besteed.

328 In figuur 25 is de opbouw van de overige uren uitgesplitst naar functiegroep. Het blijkt dat er op enkele punten vallende verschillen bestaan. Het aandeel van de categorie ander werk is het geringst bij de functiegroep thuishulp A en het grootst bij de wijkverpleegkundigen; het aandeel loopt op bij iedere volgende functiegroep. Bij de categorie ziekteverzuim is het tegenovergestelde beeld te zien: een aflopend aandeel in de reeks van functiegroepen.

329 In figuur 25 valt verder op dat het aandeel van de categorie geen werk relatief groot is bij de wijkziekenverzorgenden en wijkverpleegkundigen. Aangezien de personeelskosten van deze twee functiegroepen relatief hoog zijn, zal het de efficiëntie bevorderen als de categorie geen werk kan worden beperkt. Hierbij kan mogelijk gebruik worden gemaakt van het inhuren van medewerkers in deze functiegroep.

Verlofdagen op instellingsniveau niet nader onderzocht

330 Voor de grootste categorie van de overige uren, de verlofdagen, hebben wij geen nadere analyses uitgevoerd. Een mogelijk verschil in het aandeel van de verlofdagen op instellingsniveau zou kunnen worden verklaard door leeftijdsopbouw van het personeel of het feit dat verlof niet wordt opgenomen in verband met drukke werkzaamheden. Dergelijke gegevens zijn echter niet geïnventariseerd.

Analyse ziekteverzuim maakt een van de oorzaken van efficiëntieverschillen duidelijk

331 Voor het ziekteverzuim hebben wij een aantal nadere analyses uitgevoerd. Ziekteverzuim is daarbij gedefinieerd als het aantal door de instellingen opgegeven ziekte-uren in relatie tot het aantal betaalluren. In de figuren 26 tot en met 30 zijn gegevens over het ziekteverzuim opgenomen.

Ziekteverzuim in efficiëntieklasse A duidelijk lager

332 Het gemiddelde ziekteverzuim binnen de deelnemende thuiszorginstellingen bedraagt 8,2%, inclusief zwangerschapsverlof. Het ziekteverzuim onder uitvoerenden in de zorg bedraagt gemiddeld 9,5%, inclusief zwangerschapsverlof.

333 Via een nadere analyse hebben wij onderzocht in hoeverre het ziekteverzuim bij instellingen van de verschillende efficiëntieklassen verschillen vertoont. Tabel 13 maakt het verband tussen enerzijds de hoogte van het gemiddelde ziekteverzuim en anderzijds de classificering van de instellingen duidelijk.

Tabel 13: Ziekteverzuim en efficiëntieklassen.

Instelling	Efficiëntieklasse		
	C (<79%)	B (79 - 90%)	A (>=90%)
Ziekteverzuim	8,2%	7,3%	7,0%
Zwangerschapsverlof	0,8%	0,6%	0,5%
Totaal	9,0%	7,9%	7,5%

Bron: Analyse benchmarkgegevens thuiszorginstellingen 1997.

334 Het gemiddelde ziekteverzuim bij de uitvoerenden in de zorg laat het verband tussen ziekteverzuim en efficiëntieklasse nog duidelijker zien.

Tabel 14: Ziekteverzuim uitvoerenden zorg en efficiëntieklassen.

Uitvoerenden zorg	Efficiëntieklasse		
	C (<79%)	B (79 - 90%)	A (>=90%)
Ziekteverzuim	9,3%	8,7%	7,8%
Zwangerschapsverlof	0,9%	0,7%	0,5%
Totaal	10,2%	9,4%	8,3%

Bron: Analyse benchmarkgegevens thuiszorginstellingen 1997.

335 Belangwekkend is ook de analyse van het ziekteverzuim bij instellingen in verschillende grootteklassen. Het totale verzuim laat geen eenduidig verband zien, maar het verzuim van uitvoerenden in de zorg wel.

Tabel 15: Ziekteverzuim uitvoerenden zorg en grootteklassen.

Uitvoerenden zorg	Grootteklasse		
	< f 10 miljoen	f 10 - 30 miljoen	> f 30 miljoen
Ziekteverzuim	7,6%	8,2%	9,0%
Zwangerschapsverlof	1,3%	0,9%	0,6%
Totaal	8,8%	9,1%	9,7%

Bron: Analyse benchmarkgegevens thuiszorginstellingen 1997.

Nauwe samenhang ziekteverzuim en efficiëntie

336 In tegenstelling tot wat wij kunnen constateren bij de effecten van de berekening van de productie en de kostenstructuur van instellingen, constateren wij bij de analyse van het ziekteverzuim een nauw verband met de efficiëntie van de instelling. De aard van het verband blijkt niet uit onze gegevens. Het kan zijn dat efficiënte instellingen erin slagen om het ziekteverzuim laag te houden; het kan echter ook zijn dat instellingen met een laag ziekteverzuim erin slagen (mede hierdoor) efficiënt te zijn.

337 Wij hebben niet verder onderzocht of de hoogte van het ziekteverzuim samenhangt met bepaalde organisatiekenmerken van de instellingen. De in de database opgenomen gegevens kunnen voor dit doel alsnog in een later stadium nader worden geanalyseerd.

Inzet eigen medewerkers niet altijd efficiënter dan inhuur

338 Naast het ziekteverzuim blijkt de inzet van medewerkers bij best-practice-instellingen op een aantal punten te verschillen van die bij overige instellingen. Wij hebben in de eerste plaats onderzocht hoe de personeelskosten (inclusief sociale lasten) van eigen, in de salarisadministratie opgenomen, uitvoerende medewerkers zich verhouden tot de personeelskosten van ingehuurde medewerkers. Figuur 31 geeft aan dat van het totaal aantal uitvoerenden in de zorg 73,4% is opgenomen in de salarisadministratie; 22,0% is alphahulp en 4,6% wordt van derden ingehuurd.

Personeelskosten per uur contacttijd voor inhuur veelal lager

339 De personeelskosten per uur contacttijd van uitvoerenden zorg die zijn opgenomen in de salarisadministratie van de instellingen, blijken voor de meest functiegroepen lager te zijn dan de kosten per uur contacttijd voor ingehuurde uitvoerenden zorg. Het omgekeerde geldt echter voor de functiegroepen wijkziekenverzorgenden en wijkverpleegkundigen. De kostenvergelijking is weergegeven in figuur 32 en tabel 16.

Tabel 16: Personeelskosten per uur contacttijd van uitvoerenden zorg opgenomen in de salarisadministratie en ingehuurd uitvoerenden zorg per functiegroep.

Functiegroep	Personeelskosten per uur contacttijd		
	Medewerkers in salarisadministratie	Inhuur derden	Verschil
Thuishulp A	30,22	37,01	6,79
Verzorgingshulp B	35,15	35,81	0,66
Verzorgende C	38,63	46,52	7,62
Verzorgende D	50,21	49,89	-0,32
Gespecialiseerd verzorgende E	49,25	53,08	3,83
Wijkziekenverzorgende	59,34	46,74	-12,60
Wijkverpleegkundige	76,83	54,33	-22,50

Bron: Analyse benchmarkgegevens thuiszorginstellingen 1997.

Personeelskosten uitvoerenden zorg per betaalluur hoger voor inhuur

340 De personeelskosten per betaalluur zijn in alle gevallen voor ingehuurd medewerkers hoger dan voor medewerkers die zijn opgenomen in de salarisadministratie van de instellingen.

Tabel 17: Personeelskosten uitvoerenden zorg per betaalluur van medewerkers opgenomen in de salarisadministratie en ingehuurd uitvoerenden zorg per functiegroep.

Functiegroep	Personeelskosten per betaalluur		
	Medewerkers in salarisadministratie	Inhuur derden	Verschil
Thuishulp A	21,52	34,80	13,28
Verzorgingshulp B	23,76	34,74	10,98
Verzorgende C	25,75	43,07	17,32
Verzorgende D	28,54	41,33	12,79
Gespecialiseerd verzorgende E	29,25	38,24	8,99
Wijkziekenverzorgende	30,47	40,31	9,84
Wijkverpleegkundige	34,11	45,20	11,09

Bron: Analyse benchmarkgegevens thuiszorginstellingen 1997.

Productiviteit ingehuurde medewerkers hoger

341 Het ligt voor de hand dat de productiviteit van ingehuurde medewerkers hoger ligt dan die van eigen medewerkers. Onder productiviteit wordt verstaan de contacttijd als aandeel van de betaalluren. Ingehuurde medewerkers hebben een hogere productiviteit omdat zij bijvoorbeeld minder vaak worden ingezet voor coördinerende activiteiten. De hogere productiviteit wordt in tabel 18 weergegeven. De verschillen variëren van 12,6% bij gespecialiseerd verzorgenden E tot 38,8% voor verpleegkundigen.

Tabel 18: Productiviteit van de medewerkers opgenomen in de salarisadministratie en ingehuurde medewerkers per functiegroep.

Functiegroep	Productiviteit		
	Medewerkers in salarisadministratie	Inhuur derden	Vershil
Thuishulp A	71,2%	94,0%	22,8%
Verzorgingshulp B	67,6%	97,0%	29,4%
Verzorgende C	66,7%	92,6%	25,9%
Verzorgende D	56,8%	82,9%	26,1%
Gespecialiseerd verzorgende E	59,4%	72,0%	12,6%
Wijkziekenverzorgende	51,3%	86,2%	34,9%
Wijkverpleegkundige	44,4%	83,2%	38,8%

Bron: Analyse benchmarkgegevens thuiszorginstellingen 1997.

Bedrijfsvoering instellingen vergeleken

342 De efficiëntiescores van de instellingen zijn voor onze analyse gekoppeld aan de antwoorden uit de managementvragenlijsten. Op deze wijze hebben wij de bedrijfsvoering van de efficiënte instellingen kunnen vergelijken met die van andere instellingen. Dit leverde een aantal significante verschillen op. Latere analyses leerden echter dat deze verschillen nagenoeg allemaal verdwenen wanneer ook de kwaliteitsscores werden meegewogen.

343 Om de bedrijfsvoeringsaspecten in de goede context te kunnen plaatsen, geven wij enkele algemene kenmerken van de thuiszorginstellingen weer, zoals die uit de vragenlijsten met betrekking tot de bedrijfsvoering zijn gebleken. Een groot aantal kenmerken is onderzocht. Om praktische redenen geven wij uitsluitend de onderwerpen weer die bij de analyse het meest de aandacht trokken.

344 Verreweg de meeste thuiszorginstellingen kennen de stichtingsvorm. Een andere rechtsvorm, zoals een vereniging of een B.V., komt slechts een enkele maal voor. Van de deelnemende instellingen gaf ruim de helft aan dat zij ook ouder- en kindzorg leveren; ruim 40% levert ook kraamzorg en 45% levert zelf ook particuliere zorg.

Personeelsbeheer op veel punten vergelijkbaar

345 Analyse van de vragenlijst met betrekking tot het personeelsbeheer toonde aan dat het wervings-, belonings- en opleidingsbeleid van de instellingen veel overeenkomsten vertoont. Activiteiten die door een meerderheid van de instellingen worden ondernomen, zijn:-

- (a) samenwerkingsafspraken met andere instellingen op het punt van personeelsvoorziening, zoals een gezamenlijke arbeidspool of detachingsafspraken;
- (b) specifieke afspraken met een uitzendorganisatie, bijvoorbeeld over prioriteitstelling;
- (c) een wervingsbeleid gericht op specifieke doelgroepen, zoals herintredende werknemers;
- (d) een expliciet opleidingsbeleid met veelal een eigen introductieprogramma

346 De thuiszorginstellingen voeren veelal een actief beleid om te voorzien in ontstane vacatures. Toch zijn zij er in 1997 niet altijd in geslaagd om voor alle vacatures personeel te vinden. Van de instellingen die aangaven een wachtlijst voor zorgverlening te hanteren, noemde de helft naast een budgettekort ook een personeelstekort als oorzaak van de wachtlijst.

347 Onderzoek naar de vraagontwikkeling vindt in 30% van de instellingen plaats. De meeste instellingen bepalen de verwachte vraag naar zorg op historische gronden.

348 Bij het onderdeel personeelsbeheer valt verder op dat 35% van de instellingen aangeeft dat zij geen beoordelingssysteem voor de medewerkers hanteren. Resultaatgerichte afspraken worden door iets minder dan een kwart (23%) van de instellingen gemaakt.

Organisatiebeleid laat verschillen zien

349 Van de deelnemende thuiszorginstellingen had circa de helft in 1997 als bestuursvorm een directie en bestuur, en de andere helft een raad van bestuur en een raad van toezicht. Het aantal hiërarchische niveaus onder het niveau van directie of raad van bestuur bedroeg veelal twee.

350 De indeling van de teams in de uitvoerende zorg is in de meeste instellingen zodanig dat er aparte teams zijn geformeerd voor de verschillende producten. Geïntegreerde teams voor alle producten (met uitzondering van de alphahulpverlening) komen bij slechts 15% van de instellingen voor. De gezinszorginstellingen en kruiswerkorganisaties hebben veelal wel geïntegreerde teams voor het leveren van hun producten geformeerd.

351 Van de deelnemende instellingen geeft 54% aan inzicht in het aantal hulpverleners per cliënt te hebben. De meeste daarvan, 61%, baseren dit inzicht op schattingen.

Tabel 19: Schatting aantal hulpverleners per cliënt per product.

Product	Aantal hulpverleners per cliënt	
	Gemiddeld	Maximaal
Alphahulp	1,2	3
HDL	3,3	7,5
Verzorging	3,6	10
ADL	5,6	16
Verpleging	6,4	17,5

Bron: Analyse benchmarkgegevens thuiszorginstellingen 1997.

352 De inzet van uitvoerenden in de zorg wordt in 80% van de instellingen geregeld via niet-geautomatiseerde werkafspraken of roosters.

Kwaliteitsbeleid in sterk wisselend aantal protocollen vastgelegd

353 De meeste instellingen leggen afspraken over de zorgverlening vast in een zorgdossier; bij circa een kwart van de instellingen is er sprake van een elektronisch systeem voor het vastleggen van dit type afspraken. Een door de cliënt te ondertekenen zorgcontract wordt door een minderheid van de instellingen gebruikt; het exacte aantal is niet bekend, omdat de antwoorden van de instellingen niet altijd eenduidig te interpreteren bleken.

354 Een groot aantal vragen in de kwaliteitsvragenlijst betrof de aanwezigheid van protocollen. Het percentage instellingen dat beschikt over protocollen, varieert van 14% voor een protocol inzake de tijdsduur tussen het afspreken van wijzigingen in de hulpverlening en het doorvoeren van die wijziging, tot 97% voor een protocol inzake het klachtrecht van cliënten.

- 355 Protocollen die bij 30% of minder van de instellingen aanwezig zijn, betreffen:-
- (a) een gedragscode bij *face-to-face* cliëntcontacten;
 - (b) het aantal hulpverleners per cliënt;
 - (c) de tijdsduur tussen het afspreken van wijzigingen in de hulpverlening en het doorvoeren van die wijzigingen;
 - (d) doorverwijzing van cliënten;
 - (e) onderlinge bejegening van de medewerkers.

- 356 Protocollen die bij 70% of meer van de instellingen aanwezig zijn, betreffen:-
- (a) hygiëne;
 - (b) verpleegtechnische handelingen;
 - (c) urenregistratie;
 - (d) privacy;
 - (e) inzage van de cliënt in de eigen gegevens;
 - (f) klachtrecht;
 - (g) telefonische bereikbaarheid van de instelling;
 - (h) 24-uursbereikbaarheid;
 - (i) opleiding en bijscholing medewerkers;
 - (j) wijze van handelen bij ongewenste intimiteiten door de cliënt.

357 Het valt op dat protocollen inzake de rechten van de cliënt bij een groot percentage van de instellingen aanwezig zijn. De klachtbehandeling verloopt bij 90% van de instellingen conform de richtlijnen die de LVT en BTN daarvoor hebben opgesteld.

358 Van de deelnemende instellingen heeft 63% in 1997 een of meer cliënttevredenheidsonderzoeken gehouden. Van de instellingen die de cliënttevredenheid hebben onderzocht, heeft ongeveer een kwart dit telefonisch gedaan, de helft schriftelijk en een kwart via een interview.

Verschillen in financieel beheer betreffen met name managementrapportages

359 Financiële managementrapportages worden door bijna alle instellingen opgesteld, maar de frequentie varieert sterk. Bijna 70% van de instellingen rapporteert maandelijks of vierwekelijks, 28% hanteert een lagere frequentie, meestal een kwartaalrapportage.

Bedrijfsvoering efficiënte instellingen heeft enkele specifieke kenmerken

360 Wanneer de bedrijfsvoering van efficiënte instellingen wordt vergeleken met die van minder efficiënte instellingen, dan blijken er op enkele punten verschillen te bestaan. Het gaat daarbij om globale beelden. Ook binnen de groep efficiënte instellingen bestaan verschillen in bedrijfsvoering.

361 Wat betreft het personeelsbeheer blijkt dat efficiënte instellingen in vergelijking met andere instellingen minder gebruikmaken van een zorgcentrale (*call centre*) en in mindere mate afspraken met de Arbodienst hebben gemaakt of preventieve maatregelen treffen inzake ziekteverzuim. Zij kiezen in mindere mate voor bewaking van uitvoering van de dienstverlening, maar vaker voor evaluatie van de dienstverlening via een cliëntenraadpleging.

362 Wat betreft het organisatiebeleid valt op dat efficiënte instellingen frequenter gebruikmaken van managementrapportages, en in een aantal organisatie-aspecten meer inzicht hebben dan andere instellingen. Zij hebben kleinere zorgverleningsteams en leggen bij deze teams meer verantwoordelijkheid dan minder efficiënte instellingen.

363 Efficiënte instellingen blijken minder verschillende producten te leveren, ook buiten de vijf algemene-thuiszorgproducten.

364 Efficiënte instellingen besteden minder tijd aan innovatie en productontwikkeling dan minder efficiënte instellingen.

365 Wat betreft het kwaliteitsbeleid blijkt uit de analyse dat efficiënte instellingen vaker een cliëntenraadpleging houden en meer inzicht hebben in de afspraken inzake de kwaliteitscriteria binnen de instelling. Voor het overige voeren zij minder vaak een actief kwaliteitsbeleid in de vorm van protocollen en handboeken dan minder efficiënte instellingen. Efficiënte instellingen peilen minder vaak dan andere instellingen de mening van de medewerkers.

366 Wat betreft het financieel beheer tenslotte blijkt dat efficiënte instellingen met een grotere frequentie tussentijdse financiële resultaten rapporteren, maar minder rekening te houden met toekomstige ontwikkelingen bij de begrotingscyclus.

Bedrijfsvoering efficiënte instellingen moeilijk te duiden

367 De geconstateerde verschillen in bedrijfsvoering tussen efficiënte en minder efficiënte instellingen leveren geen eenduidig beeld op. Met grote voorzichtigheid zou kunnen worden geconcludeerd dat efficiënte instellingen:-

- (a) kiezen voor een relatief eenvoudige bedrijfsvoering, met minder producten maar ook met minder innovatieve activiteiten;
- (b) de nadruk leggen op een adequaat inzicht in de bedrijfsvoering, onder andere via frequente managementrapportages;
- (c) wat betreft de zorgverlening kiezen voor gedecentraliseerde verantwoordelijkheden;
- (d) wat betreft het kwaliteitsbeleid kiezen voor sturing op kwaliteit van de output in plaats van een sturing via protocollen en handboeken;
- (e) wat betreft het personeelsbeheer volstaan met een weinig uitgewerkt verzuimbeleid.

4 | Geraadpleegde cliënten over het algemeen positief over geleverde kwaliteit

401 In dit hoofdstuk wordt verslag gedaan van de in het kader van het benchmark-onderzoek gehouden cliëntenraadpleging. Na een beschrijving van de wijze waarop de cliëntenraadpleging heeft plaatsgevonden, gaan wij in op de resultaten.

402 De bij dit hoofdstuk behorende figuren en grafieken zijn opgenomen in appendix B.

Perspectief van de cliënt centraal in kwaliteitsmeting

403 Om de kwaliteit van de door instellingen geleverde zorg optimaal te meten, is gekozen voor een benadering vanuit cliëntenperspectief. Uiteindelijk zijn het de cliënten die de kwaliteit van de zorgverlening daadwerkelijk ervaren.

Vragenlijst Stichting KIEN ingezet in benchmarkonderzoek

404 Om het cliëntenperspectief te waarborgen, is in de cliëntenraadpleging van het benchmarkonderzoek gebruikgemaakt van de vragenlijst die was ontwikkeld door de Stichting KIEN. De Stichting KIEN is een samenwerkingsverband van het Werkverband Organisaties Chronisch Zieken, de Gehandicaptenraad, de Federatie van Ouderverenigingen, het Landelijk Samenwerkingsverband van Regionale Patiënten- en Consumentenplatforms (RP/CP's) en de Nederlandse Patiëntenvereniging. De Stichting KIEN heeft de lijst ontwikkeld vanuit het gezichtspunt van de cliënt, om de kwaliteit van de thuiszorg te kunnen onderzoeken. De stichting is eigenaar van de vragenlijst en voert de regie over de inhoud ervan.

405 In het kader van de uitvoering van de afspraken die waren gemaakt tussen het ministerie van VWS, de LVT en consumentenorganisaties naar aanleiding van de zogenoemde Leidschendamconferenties, had de Stichting KIEN onder andere een enquête ontwikkeld waarin een cliëntenoordeel over verleende thuiszorg werd gevraagd. Deze lijst was ten tijde van de ontwikkeling van de instrumenten voor het benchmarkonderzoek in enkele pilotinstellingen getest en op basis daarvan aangepast. De bedoeling was dat deze lijst in de loop van 1998 en 1999 verspreid zou worden onder thuiszorgcliënten met het doel aanknopingspunten te genereren voor kwaliteitsafspraken op regionaal niveau. Daarbij spelen de RP/CP's een belangrijke rol: als vertegenwoordigers van de consumenten voeren zij overleg met de thuiszorginstellingen in hun werkgebied.

406 Bestudering van de door KIEN ontwikkelde vragenlijst leerde dat de in deze lijst opgenomen onderwerpen bijna alle voor het benchmarkonderzoek relevant en bruikbaar waren. Na overleg tussen het ministerie van VWS, de Stichting KIEN, de LVT, BTN en de onderzoekers is besloten de vragenlijst die door KIEN was ontwikkeld, ook in te zetten voor het benchmarkonderzoek. In de vragenlijst zijn enkele aanvullende vragen opgenomen ter completering van de voor het benchmarkonderzoek benodigde informatie.

407 Door gebruik te maken van de vragenlijst van de Stichting KIEN werd zeker gesteld dat de cliëntenraadpleging uitgevoerd werd vanuit het perspectief van de cliënt. Ook werd voorkomen dat in een kort tijdsbestek twee cliëntenraadplegingen zouden worden gehouden.

Resultaten cliëntenraadpleging bedoeld voor benchmarkonderzoek en kwaliteitstraject

408 Om ervoor te zorgen dat de enquêtes ook bruikbaar zouden zijn voor het kwaliteitstraject van de RP/CP's en de individuele instellingen, is overeengekomen dat de resultaten in principe beschikbaar komen voor zowel de onderzoekers als de RP/CP's. De verwachting bestaat dat vrijwel alle instellingen de gegevens daadwerkelijk aan de RP/CP's beschikbaar zullen stellen. In het kwaliteitstraject van de RP/CP's en de instellingen kan dan gebruik worden gemaakt van zowel de rapportage over de cliëntenraadpleging, zoals de instellingen die ontvangen, als de ingevulde vragenlijsten.

Vragenlijst cliëntenraadpleging gebaseerd op praktijksituaties

409 De vragenlijst cliëntenraadpleging gaat in op concrete praktijksituaties. De vragen hebben betrekking op het oordeel van de cliënt en op het belang dat hij of zij aan de verschillende onderdelen van de thuiszorg hecht. De vragen zijn in de lijst ingedeeld naar de volgende onderwerpen:-

- (a) achtergrondgegevens van de cliënt, bijvoorbeeld leeftijd en geslacht;
- (b) intake en indicatiestelling; deze vragen zijn slechts beperkt gebruikt in het benchmarkonderzoek omdat de indicatiestelling niet tot de verantwoordelijkheid van de thuiszorginstellingen behoort;
- (c) verleende thuiszorg;
- (d) overleg en respect;
- (e) kennis en vaardigheden;
- (f) hulpmiddelen;
- (g) informatie;
- (h) bereikbaarheid;
- (i) vragen naar het belang dat de cliënt aan de verschillende onderdelen van de thuiszorg hecht.

410 De alphahulpverlening is bij de cliëntenraadpleging buiten beschouwing gebleven. De reden daarvoor is dat de instellingen niet of slechts beperkt verantwoordelijk zijn voor de kwaliteit van dit product.

411 De cliënten is gevraagd hun oordeel te geven over de hulpverlening over de periode van een jaar voorafgaand aan de ontvangst van de enquête. Daarmee bestrijkt het cliëntenoordeel gedeeltelijk een andere periode dan het doelmatigheidsonderzoek. Wij hebben hier desondanks voor gekozen omdat de vraag naar het oordeel van de cliënt over de hulpverlening in een eerdere, al afgesloten periode, vermoedelijk een geringere respons en een door de huidige situatie beïnvloed beeld zou opleveren.

Cliëntenraadpleging kende over het algemeen voldoende respons

412 Aan de cliëntenraadpleging hebben 105 instellingen deelgenomen. Dit aantal betreft in 1998 bestaande instellingen. In situaties waarin de instellingen in 1998 zijn gefuseerd, hebben de cliëntenoordelen echter mede betrekking op de instellingen vóór de fusiesituatie, in 1997. Omdat 1997 het jaar is waarop het benchmarkonderzoek betrekking heeft, zijn de resultaten van de cliëntenraadpleging van deze instellingen toegerekend aan de situatie van vóór de fusie. Deze toerekening betekent dat de cliëntenraadpleging betrekking heeft op 118 instellingen in 1997.

413 Ter controle hebben wij onderzocht of de uitkomsten van de analyses veranderingen zouden ondergaan wanneer de analyses betrekking zouden hebben op de 105 instellingen zoals die in 1998 bestonden. Dit bleek niet het geval te zijn, zodat wij het verantwoord hebben geacht om de door ons gekozen methode te volgen.

414 Het aantal van 118 deelnemers aan de cliëntenraadpleging is groter dan het aantal instellingen dat heeft deelgenomen aan het doelmatigheidsonderzoek. In vergelijking tot de instellingen die aan het doelmatigheidsonderzoek hebben deelgenomen (figuur 1 in de appendix) zijn de landelijke instellingen en de geïntegreerde instellingen ruimer vertegenwoordigd en de kruiswerkorganisaties en gezinszorginstellingen minder vertegenwoordigd.

415 De verdeling van het aantal aan de cliëntenraadpleging deelnemende instellingen en het aantal respondenten zijn per type instelling in tabel 20 en figuur 33 weergegeven.

Tabel 20: Verdeling aan cliëntenraadpleging deelnemende thuiszorginstellingen en respondenten per type thuiszorginstelling.

Type instelling	Aantal instellingen	%	Aantal respondenten	%
Landelijk	16	13,7%	1.195	6,9%
Geïntegreerd	45	41,9%	10.441	60,2%
Kruiswerk	15	12,0%	892	5,1%
Gezinszorg	42	32,5%	4.826	27,8%
Totaal	118	100,0%	17.354	100,0%

Bron: Analyse gegevens benchmarkonderzoek thuiszorginstellingen 1997.

416 De cliëntenraadpleging heeft plaatsgevonden op basis van een representatieve steekproef die door de instellingen is getrokken op basis van de omvang van hun cliëntenbestand. Er zijn in totaal 48.558 enquêtes verzonden. De verzending werd verzorgd door de onderzoeksbureaus, via het ministerie van VWS. In verband met het grote aantal enquêtes en vooral in verband met overwegingen van privacy is geen herinnering verzonden en evenmin een non-response-onderzoek gedaan.

417 In totaal zijn er 18.818 enquêtes geretourneerd, wat een gemiddelde respons per instelling van 38,8% betekent. In figuur 34 van appendix C is een grafische weergave van de responspercentages opgenomen. Van de 18.818 geretourneerde enquêtes zijn er 17.354 zodanig compleet dat er zowel een cliëntenoordeel als een belangscore aan kon worden ontleend. Dit betekent een gemiddelde bruikbare respons van 35,7%. De analyses in dit hoofdstuk zijn op deze 17.354 enquêtes gebaseerd. De respons per instelling was in de meeste gevallen voldoende om er uitspraken op te baseren met een 90% betrouwbaarheid en 10% spreiding. De betrouwbaarheid van de resultaten van de cliëntenraadpleging is vergroot doordat de antwoorden per instelling tenderen naar gelijkgerichtheid.

418 In de hiernavolgende tabellen en in de figuren 35 tot en met 38 zijn enkele kenmerken van de respondenten opgenomen.

Tabel 21: Leeftijdsopbouw respondenten.

Leeftijd	Aantal	%
Niet ingevuld	123	0,7%
< 50 jaar	1.816	10,5%
50 - 64 jaar	1.675	9,7%
65 - 74 jaar	3.511	20,2%
75 - 79 jaar	3.586	20,7%
> 79 jaar	6.643	38,8%
Totaal	17.354	100,0%

Bron: Analyse benchmarkgegevens thuiszorginstellingen 1997.

419 Circa driekwart van de respondenten is vrouw, een kwart is man. In totaal circa 12.610 respondenten hadden een jaar of langer ervaring met thuiszorg. De verdeling op basis van zorgduur is in tabel 22 weergegeven.

Tabel 22: Zorgduur respondenten.

Duur thuiszorg	Aantal	%
Niet ingevuld	395	2,3%
< 3 maanden	780	4,5%
3 - 12 maanden	3.569	20,6%
1 - 2 jaar	2.815	16,2%
2- 5 jaar	5.189	29,6%
> 5 jaar	4.606	26,5%
Totaal	17.354	100,0%

Bron: Analyse benchmarkgegevens thuiszorginstellingen 1997.

Cliëntenraadpleging heeft geleid tot betrouwbare bevindingen

420 De deelnemende instellingen hebben uit het eigen cliëntenbestand van de algemene thuiszorg, exclusief cliënten die uitsluitend alphahulp ontvangen, een aselechte steekproef cliënten getrokken. De omvang van de steekproef is door ons bepaald op basis van de respons die vereist is om betrouwbare uitspraken over het oordeel van de cliënten te kunnen doen.

421 Een controleonderzoek waarbij beoordeeld zou worden welke groepen van cliënten (mannen, vrouwen, leeftijdsgroepen) significant een meer of minder dan gemiddeld aantal vragenlijsten geretourneerd hebben, was in de planning opgenomen; dit onderzoek heeft echter niet plaatsgevonden omdat hiervoor niet door alle instellingen betrouwbare referentiegegevens zijn aangeleverd.

Resultaten cliëntenraadpleging uitgedrukt in herkenbare 'rapportcijfers'

422 In de analyse zijn de oordelen van de cliënten vertaald naar een score op een schaal van 1 tot 10. Hiervoor is gekozen wegens de herkenbaarheid van de uitkomsten van het onderzoek. Een kanttekening die hierbij gemaakt kan worden, is dat de cliënten niet gevraagd is om het oordeel uit te drukken in een cijfer van 1 tot 10, maar te kiezen uit twee of vier antwoordcategorieën.

423 De vragen uit de vragenlijst zijn ingedeeld in enerzijds oordeelsvragen en anderzijds belangvragen. In de oordeelsvragen wordt de cliënten gevraagd een oordeel te geven over de ontvangen thuiszorg. In de belangvragen wordt de cliënten gevraagd om aan te geven welk belang zij hechten aan de verschillende aspecten van de thuiszorg.

424 De oordeelsvragen uit de vragenlijst zijn ingedeeld op basis van de vier dimensies van kwaliteit (kwaliteit in enge zin, betrouwbaarheid, flexibiliteit en snelheid) en de drie subdimensies van kwaliteit in enge zin (deskundigheid, bejegening en informatievoorziening/cliëntrechten). In een analyse van de beantwoording door de cliënten is de gekozen indeling van de vragen getoetst en waar noodzakelijk aangepast. Ook de belangvragen zijn ingedeeld op basis van de dimensies en subdimensies.

425 De oordeelsvragen zijn alle gekoppeld aan een belangvraag. Dit om een weging van de verschillende vragen ten opzichte van elkaar mogelijk te maken. Op deze wijze wordt het belang dat cliënten hechten aan de verschillende onderdelen van de thuiszorg leidend voor de weging van de vragen, de subdimensies en de dimensies ten opzichte van elkaar.

426 De antwoordcategorieën van de oordeelsvragen zijn vertaald naar een cijfer, waarbij de volgende systematiek is gehanteerd (uitgaande van vragen met vier en twee antwoordcategorieën):-

- (a) een antwoord dat wijst op kwaliteit: 10;
- (b) (waar relevant:) twijfel, maar waarschijnlijk wel kwaliteit: 7;
- (c) (waar relevant:) twijfel, maar waarschijnlijk ontbreken van kwaliteit: 4;
- (d) een antwoord dat wijst op het ontbreken van kwaliteit: 1.

427 Ook de acht mogelijke antwoorden op de belangvragen zijn vertaald naar een cijfer tussen 1 en 10. Vervolgens zijn de oordeelsvragen gewogen aan de hand van de uitkomsten van de belangvragen en kan het eindoordeel per cliënt worden vastgesteld. De resultaten zijn vervolgens geaggregeerd naar instellingsniveau.

Cliëntenoordeel positief met enkele kanttekeningen

428 Na ontvangst van de enquêtes zijn de antwoorden van de cliënten door ons in de database ingevoerd. Vervolgens hebben wij enerzijds statistische controles op betrouwbaarheid en consistentie uitgevoerd en anderzijds inhoudelijke analyses.

429 Het cliëntenoordeel over de kwaliteit van de zorgverlening bleek over het algemeen positief te zijn. De gemiddelde score bedroeg 8,2. Voor de volledigheid wijzen wij erop dat de scores zijn uitgedrukt als getal in een schaal van 1 tot en met 10, en dus niet zoals de efficiëntiescore als percentage van de meest efficiënte instellingen.

430 Dit neemt niet weg dat de oordelen over de instellingen voldoende van elkaar verschillen om te kunnen spreken van kwaliteitsverschillen. De scores per instelling variëren van 7,3 tot 8,8. Bovendien hebben wij geconstateerd dat er, hoewel de spreiding van de oordelen over een en dezelfde instelling niet groot was, ook enkele uitschieters in de vorm van zeer lage scores voorkwamen. Daarnaast werden er door de cliënten ook wanneer het oordeel positief was, voorstellen aangedragen voor verbeteringen die in het kwaliteitstraject tussen instelling en RP/CP besproken kunnen worden.

431 Het beeld dat cliënten van zorginstellingen weinig kritisch zouden zijn of uit beduchtheid voor de reactie van de instelling weinig kritiek zouden durven te leveren, blijkt niet uit de verkregen antwoorden.

432 Evenals in het doelmatigheidsonderzoek hebben wij in het kwaliteitsonderzoek de instellingen ingedeeld in drie klassen (A, B en C). In klasse A van de cliëntenraadpleging bevinden zich de instellingen met een score van 8,4 of hoger. In klasse B de instellingen met een score tussen de 8,0 en 8,4 en in klasse C de instellingen met een score beneden de 8,0. De grenzen zijn evenals in het doelmatigheidsonderzoek zo gekozen dat iedere klasse in combinatie met de indeling in het doelmatigheidsonderzoek ongeveer evenveel instellingen telt. Figuur 39 bevat een overzicht van het cliëntenoordeel in de vorm van een rangorde van de instellingen naar cliëntenoordeel.

433 In tabel 23 worden de instellingen in cliëntenoordeelklasse A per type instelling weergegeven. De landelijke instellingen en de gezinszorginstellingen zijn in klasse A relatief sterk vertegenwoordigd. In figuur 40 van de appendix is dit eveneens weergegeven.

Tabel 23: Verdeling instellingen over cliëntenoordeelklasse per type instelling.

Type instelling	Cliëntenoordeelklasse		
	C (< 8,0)	B (8,0 - 8,4)	A (>=8,4)
Landelijk	4	4	8
Geïntegreerd	15	27	3
Kruiswerk	5	4	6
Gezinszorg	13	18	11
Totaal	37	53	28

Bron: Analyse benchmarkgegevens thuiszorginstellingen 1997.

Cliëntenoordeel bevat uitersten

434 De spreiding binnen het cliëntenoordeel is over het geheel genomen niet groot, maar kent uitschieters. De individuele oordelen van cliënten, ook wanneer die dezelfde instellingen betreffen, variëren van beneden de 6 en voor een aantal zelfs beneden de 2, tot ver boven de 9. In de figuren 41 tot en met 45 zijn de individuele scores afgebeeld voor het totaal aantal deelnemende instellingen en voor de verschillende typen instellingen.

435 In figuur 46 wordt aangegeven hoe de spreiding van de cliëntenoordelen per instelling is. Het gaat hier niet om de spreiding van de individuele oordelen, maar om de spreiding van de totaaloordelen per instelling. De spreiding bij de landelijke instellingen is het meest opvallend.

436 Figuur 46 toont tevens de mediaan, de middelste waarneming. Deze is niet geheel gelijk te stellen met het gemiddelde, maar in dit geval redelijk daarmee vergelijkbaar. Gemiddeld behalen de geïntegreerde instellingen een score van 8,1. De gezinszorginstellingen behalen gemiddeld een 8,2; de landelijke behalen een 8,3 en de kruiswerkorganisaties een 8,4.

437 In figuur 47 wordt de spreiding van de individuele cliëntenoordelen per type instelling afgebeeld. Hieruit blijkt in de eerste plaats dat de individuele cliëntenoordelen naast een groot aantal positieve ook enkele negatieve scores bevatten, en in de tweede plaats dat de spreiding van de individuele cliëntenoordelen bij alle typen thuiszorginstellingen vergelijkbaar is.

438 Wij hebben onderzocht in hoeverre het cliëntenoordeel samenhangt met het aantal producten dat een instelling levert. Gebleken is dat het cliëntenoordeel over instellingen die twee producten leveren, het meest positief is en tevens het minst gespreid. Het cliëntenoordeel over instellingen die drie producten leveren is meer gespreid. Het gemiddelde oordeel over deze instellingen is iets positiever dan het oordeel over instellingen die vier producten leveren en duidelijk positiever dan het oordeel over instellingen die vijf producten leveren. In figuur 48 is deze bevinding weergegeven.

Cliëntenoordeel nader geanalyseerd

439 Voor de nadere analyse hebben wij de cliëntenoordelen uitgesplitst naar de vier dimensies kwaliteit in enge zin, snelheid, betrouwbaarheid en flexibiliteit. Vervolgens is onderzocht in hoeverre de oordelen over deze dimensies verschillen per cliëntenoordeelklasse, per instellingsgrootte en per type instelling. In de figuren 49 tot en met 56 is een en ander afgebeeld.

Cliëntenoordeel over de vier dimensies vertoont samenhang per cliëntenoordeelklasse

440 Uit de indeling van de cliëntenoordelen op de vier dimensies naar cliëntenoordeelklasse blijkt dat het oordeel over de vier dimensies in klasse A consistent hoger is dan het oordeel over de vier dimensies in de andere klassen. Blijkbaar is de situatie in het algemeen zodanig dat als een instelling op één dimensie goed scoort, de score op de andere dimensies daar niet te zeer van afwijkt.

441 Opvallend is dat in geen van de drie cliëntenoordeelklassen de kwaliteit in enge zin het hoogst scoort. In klasse A scoort de dimensie snelheid het hoogst, in de klassen B en C scoort flexibiliteit het hoogst.

Clïentenoordeel over kleinere instellingen het meest positief

442 Een indeling van het clïentenoordeel per dimensie op basis van grootteklasse van de instellingen toont aan dat het clïentenoordeel over de instellingen met een omzet kleiner dan f 10 miljoen op alle vier de dimensies het hoogst is. De oordelen over de instellingen met een omzet tussen de f 10 miljoen en de f 30 miljoen en de instellingen met een omzet boven de f 30 miljoen geven een minder duidelijk beeld te zien. De middelgrote instellingen scoren op de dimensie kwaliteit iets hoger dan de grote instellingen en op de andere drie dimensies iets lager.

443 Een uitsplitsing van de dimensie kwaliteit in de subdimensies deskundigheid, bejegening en informatievoorziening/cliëntrechten laat zien dat de scores op de subdimensie deskundigheid niet veel van elkaar verschillen. Op de subdimensies bejegening en informatievoorziening scoren de kleinere instellingen duidelijk beter. In alle grootteklassen scoort de bejegening hoger dan de deskundigheid. Opvallend is de relatief lage waardering voor de informatievoorziening in alle grootteklassen.

Clïentenoordeel per dimensie per type instelling nagenoeg consistent

444 De analyse van het clïentenoordeel per dimensie per type instelling geeft aan dat ook een indeling op basis van type instelling een nagenoeg consistent beeld in het clïentenoordeel te zien geeft: de hogere scores van landelijke instellingen en kruiswerkorganisaties komt in bijna alle dimensies terug. Toch zijn per type instelling enige verschillen aan te geven. Bij de landelijke instellingen is het vooral de flexibiliteit die relatief hoog scoort, bij de geïntegreerde instellingen maar vooral bij het kruiswerk is het de snelheid en bij de gezinszorginstellingen de betrouwbaarheid.

445 Uit de uitsplitsing van de kwaliteitsdimensie naar de subdimensies deskundigheid, bejegening en informatievoorziening blijkt dat bij alle typen instellingen de bejegening hoger scoort dan de deskundigheid en dat de informatievoorziening behalve bij de landelijke instellingen het laagste scoort.

Oudere cliënten, mannen en cliënten met korte zorgduur geven positiever oordeel

446 In de figuren 56 tot en met 58 wordt de groep respondenten uitgesplitst naar leeftijd, geslacht en zorgduur. Hoewel de clïentenoordelen binnen alle groepen positief zijn, kunnen toch enige verschillen worden geconstateerd.

447 De uitsplitsing naar leeftijd laat zien dat het oordeel van respondenten boven de 65 jaar op alle dimensies positiever is dan het oordeel van jongere respondenten. Opvallend is de relatief lage waardering van de jongere respondenten op de dimensie snelheid.

448 Ook een indeling van respondenten naar geslacht geeft een eenduidig verband aan. Mannen geven op alle dimensies een positiever oordeel dan vrouwen.

449 Een indeling naar zorgduur laat eveneens op alle dimensies een consistent beeld zien. Respondenten die minder dan vijf jaar cliënt van de thuiszorg zijn, oordelen op alle dimensies positiever dan respondenten die langer dan vijf jaar cliënt zijn.

Weinig onderscheid in belang van kwaliteitsdimensies

450 In de cliëntenraadpleging is niet alleen gevraagd naar het oordeel van de cliënt over de zorgverlening, maar ook naar het relatieve belang dat de cliënt aan de verschillende aspecten hecht. Wanneer bijvoorbeeld de cliënt een positief oordeel heeft over de snelheid van de geleverde zorg, maar dit aspect van ondergeschikt belang vindt, zou dit anders moeten worden gewogen dan wanneer de cliënt snelheid van het allergrootste belang vindt.

451 Op dit punt heeft de cliëntenraadpleging echter weinig onderscheidende resultaten opgeleverd. Analyse van de verstrekte antwoorden leert dat alle dimensies op het onderdeel belang een score kennen tussen de 8,8 en 9,2. Aan snelheid wordt binnen deze marges het grootste belang gehecht, vervolgens aan respectievelijk flexibiliteit, betrouwbaarheid en kwaliteit. Een uitsplitsing van de dimensie kwaliteit laat zien dat het belang van de subdimensie bejegening relatief iets hoger wordt beoordeeld dan dat van de subdimensies deskundigheid en informatievoorziening. Figuur 59 laat dit zien.

Instellingen in cliëntenoordeelklasse A hebben inzicht in resultaten zorgverlening

452 Wij hebben de resultaten van de cliëntenraadpleging gekoppeld aan de gegevens over het kwaliteitsbeleid dat de instellingen voeren. Deze gegevens zijn verkregen uit de managementvragenlijst.

453 De instellingen in cliëntenoordeelklasse A blijken gemiddeld minder protocollen in gebruik te hebben dan de overige instellingen. Dit geldt met name voor protocollen op het gebied van rantsoenering en wachtlijsten, gebruik van hulpmiddelen, uitvoering van huishoudelijke hulp, tijdsduur tussen hulpoproep en aanwezigheid van een hulpverlener, opleiding en scholing eigen personeel en veiligheid van de hulpverlener.

454 De instellingen in cliëntenoordeelklasse A beschikken minder vaak dan andere instellingen over een kwaliteitshandboek.

455 De instellingen in de cliëntenoordeelklassen A en B hebben meer inzicht in het nakomen van afspraken dan de instellingen in klasse C. De instellingen in klasse A beschikken bovendien over een meer gespecificeerd inzicht dan de andere instellingen. Dit inzicht betreft het nakomen van afspraken over kwaliteitscriteria, de totale periode van dienstverlening, de levering op het afgesproken tijdstip en de levering van het juiste product.

456 Instellingen in cliëntenoordeelklasse A worden minder geconfronteerd met klachten.

457 Instellingen in cliëntenoordeelklasse A peilen vaker dan andere instellingen de mening van de cliënten.

458 Instellingen in cliëntenoordeelklasse A zijn minder vaak gecertificeerd.

459 De koppeling van het cliëntenoordeel aan het kwaliteitsbeleid van instellingen wijst erop dat inzicht in het nakomen van afspraken en inzicht in het oordeel van de cliënt over de zorgverlening belangrijke kwaliteitsbevorderende factoren zijn.

5 | Gegevens derde bouwsteen niet betrouwbaar gebleken

501 In dit hoofdstuk beschrijven wij het onderzoek naar de derde bouwsteen van het benchmarkanalysemodel, de omgevingsfactoren. Daarvan komt met name de aansluiting van het zorgaanbod op de zorgvraag aan de orde.

502 In de managementvragenlijst is de instellingen gevraagd op welke wijze zij in 1997 zijn omgegaan met fluctuaties in de zorg. Er blijken in hoofdzaak vier methodes te zijn gevolgd:-

- (a) inbouwen van ruimte in de vaste bezetting;
- (b) flexibele personeelsinzet;
- (c) opbouw van wachtlijsten;
- (d) rantsoeneren van zorg.

503 De bij dit hoofdstuk behorende figuren zijn opgenomen in appendix C.

Inbouwen van ruimte in vaste bezetting weinig in gebruik

504 Acht van de aan het benchmarkonderzoek deelnemende instellingen geven aan dat zij een beleid voeren dat erop is gericht om een zekere fluctuatie in de zorg op te vangen binnen de vaste bezetting. Dit beleid zou de efficiëntie nadelig kunnen beïnvloeden, omdat bij een geringere zorgvraag een geringere productiviteit wordt gerealiseerd. Instellingen kiezen desondanks voor dit beleid uit kwaliteitsoverwegingen: de cliënt krijgt te maken met een minder groot aantal hulpverleners.

Flexibele inzet personeel door bijna alle instellingen gehanteerd

505 Nagenoeg alle instellingen geven aan dat zij op fluctuaties in de zorgvraag inspelen door specifiek daarop gerichte arbeidsovereenkomsten (de zogenoemde min/maxcontracten) te hanteren, of door oproep- of uitzendkrachten in te zetten.

506 De invoering van de Wet Flexibiliteit en Zekerheid begrenst de mogelijkheden van de inzet van flexibele arbeidskrachten door de thuiszorginstellingen, doordat de medewerkers rechten kunnen ontlenen aan de wijze waarop zij ingezet worden door de instelling. De consequenties van de invoering van deze wet in combinatie met de CAO zijn op dit moment nog niet geheel te overzien. Voor het management van instellingen is van belang dat zo tijdig mogelijk adequate beheersmaatregelen kunnen worden genomen.

Wachttijstgegevens onvoldoende betrouwbaar en beschikbaar

507 De aangeleverde wachttijstgegevens zijn grafisch weergegeven in de figuren 60 tot en met 63.

508 Van de deelnemende instellingen geeft 37,8% in de managementvragenlijst aan dat bij een zorgvraag die het aanbod overtreft, in 1997 is overgegaan tot het opbouwen van een wachttijst; 40,9% geeft aan dat zij geen wachttijst opbouwden, terwijl 21,3% deze vraag niet heeft beantwoord.

509 Naast de vraag of de instellingen bij een zorgvraag die het zorgaanbod overtreft, overgaan tot het opbouwen van wachttijsten, bevat de managementvragenlijst de vraag naar het aantal wachtdagen per product. Aan de hand van het antwoord op deze vraag is het aantal instellingen met een wachttijst gecorrigeerd. Als instellingen aangaven geen wachttijst te hanteren maar als zij wel wachtdagen kenden, is aangenomen dat er een wachttijst was. Zo berekend bouwde 59,8% van de instellingen een wachttijst op; 14,2% geeft aan dit niet te hebben gedaan en van 26,0% in de instellingen is geen opgave.

510 Vervolgens is gecorrigeerd voor een frictiewachttijd, een wachttijd die niet duidt op een te hoge zorgvraag maar op de tijdsinvestering die nodig is om de hulp te organiseren. Volgens opgave van de instellingen bedroeg deze frictiewachttijd in 1997 voor de producten alphahulpverlening en HDL tussen de één en de zes dagen, voor verzorging en ADL tussen de één en vier dagen en voor verpleging maximaal één dag. Na correctie voor de frictiewachttijd blijkt dat 51,2% van de instellingen in 1997 een wachttijst opbouwde; 22,8% deed dit niet en van 26,0% is geen opgave aanwezig.

511 Ook in de kwantitatieve vragenlijst is gevraagd naar het aantal wachtdagen. In deze lijst heeft 16,4% van de instellingen de gegevens ingevuld en 84,6% niet.

512 Gebleken is dat de gecorrigeerde noch de ongecorrigeerde gegevens uit de managementvragenlijst sporen met de gegevens uit de kwantitatieve vragenlijst. Bovendien ontbreken in beide lijsten van een aanzienlijk aantal instellingen de benodigde gegevens.

Rantsoeneren van zorg lijkt efficiëntie te verlagen

513 Van de deelnemende instellingen geeft 43,3% in de managementvragenlijst aan dat zij wanneer de zorgvraag het zorgaanbod overtreft, de geboden zorg in 1997 hebben gerantsoeneerd; 35,4% zegt dit niet te hebben gedaan, en door 21,3% is de vraag niet beantwoord. Figuur 64 bevat de weergave.

514 In de kwantitatieve vragenlijst is de instellingen gevraagd per product het zogenoemde vulpercentage te berekenen. Wij hebben het vulpercentage gedefinieerd als de feitelijk geleverde zorg in uren ten opzichte van de geïndiceerde zorg. Door deze berekening zou een beter inzicht in de rantsoenering kunnen ontstaan. Wij hebben echter geconstateerd dat 62,2% van de instellingen het vulpercentage niet heeft opgegeven. Verder blijkt uit de gegevens dat 8,7% van de instellingen in 1997 in ieder geval geen rantsoenering heeft toegepast, en 29,1% wel. Figuur 65 geeft dit weer.

Rantsoeneren van het aantal uren geleverde zorg nader geanalyseerd

515 Rantsoeneren kan betrekking hebben op het aantal uren zorg dat wordt geleverd ten opzichte van het aantal uren dat is geïndiceerd. Daarnaast kan rantsoeneren betrekking hebben op de personeelsinzet. Dan worden medewerkers ingezet met een lager deskundigheidsniveau dan het niveau dat behoort bij de geïndiceerde zorg.

516 Wij hebben als veronderstelling gehanteerd dat het rantsoeneren van zorg een negatieve invloed zou hebben op de efficiëntiescore, althans, wanneer wordt gerantsoeneerd in de vorm van een beperking van het aantal geleverde uren. De uitvoerenden in de zorg dienen in die situatie immers in dezelfde tijd een groter aantal cliënten te bezoeken, waardoor het aandeel van de reistijd en de administratietijd toeneemt.

517 Om deze veronderstelling te onderzoeken, hebben wij de door de instellingen verstrekte nadere informatie geanalyseerd. De analyse heeft echter slechts betrekking op een gering aantal instellingen. Het exacte aantal instellingen waarop de analyse is gebaseerd, bedraagt 18 tot 37, afhankelijk van het product.

Effect rantsoenering zorg in analyses zichtbaar

518 Refererend aan het geringe aantal instellingen waarop de analyse van het rantsoeneringseffect op de efficiëntie betrekking heeft, hebben wij bij alle producten een efficiëntieverlagend effect van rantsoenering kunnen constateren. Daarbij wordt aangetekend dat het product alphahulp niet in deze analyse is meegenomen.

519 Voor de producten HDL, verzorging, ADL en verpleging kan worden geconstateerd dat het gemiddelde vulpercentage van de instellingen in efficiëntieklasse A aanzienlijk hoger is dan in klasse B, en dat het gemiddelde vulpercentage in klasse B hoger is dan in klasse C. Dit betekent met andere woorden dat de instellingen in de efficiëntieklasse A gemiddeld minder (vaak) zorg rantsoeneren dan de instellingen in efficiëntieklasse B en C. Een samenhang lijkt dus aanwezig. In de figuren 66 tot en met 69 is deze samenhang weergegeven.

520 Daarentegen hebben wij ook kunnen constateren dat instellingen die zorg rantsoeneren, niet noodzakelijkerwijs in de lagere efficiëntieklassen vallen. Ook in klasse A bevinden zich instellingen die zorg rantsoeneren.

Ziekteverzuim bij rantsoeneren zorg lijkt iets hoger

521 Het gemiddelde ziekteverzuim inclusief zwangerschapsverlof bij alle deelnemende instellingen bedraagt 8,2%. Wanneer een onderverdeling wordt gemaakt naar instellingen die geen zorg rantsoeneren en instellingen die dat wel doen, dan lijkt er een verschil in ziekteverzuim te bestaan. Het gemiddelde ziekteverzuim bij instellingen die geen zorg rantsoeneren bedraagt 7,6%, het gemiddelde ziekteverzuim bij instellingen die wel zorg rantsoeneren bedraagt 8,4%. Wij tekenen daarbij aan dat deze analyse niet meer dan een eerste indicatie kan opleveren, omdat van bijna een kwart van de instellingen niet bekend is of zij behoren tot de categorie instellingen die rantsoenering toepast.

Aansluiting zorgaanbod op zorgvraag nog onvoldoende duidelijk

522 Wij hebben uit de verstrekte informatie over met name rantsoenering en wachtlijstopbouw geconcludeerd dat de invloed die de aansluiting van het zorgaanbod op de zorgvraag heeft op het presteren van instellingen, op dit moment nog niet voldoende in beeld gebracht kan worden.

523 Daarmee hebben wij ook moeten constateren dat de derde bouwsteen van het benchmarkanalysemodel, de omgevingsfactoren, in het benchmarkonderzoek een ondergeschikte rol heeft gespeeld. Toch menen wij op grond van de wél beschikbare gegevens te kunnen concluderen dat de invloed van deze derde bouwsteen substantieel kan zijn en dus terecht een onderdeel van het model is.

DEEL III: Identificatie best-practice-instellingen

6 | Identificatie best practices met behulp van matrix

601 In dit hoofdstuk worden de resultaten van het doelmatigheidsonderzoek en de cliëntenraadpleging met elkaar geconfronteerd. Op grond van deze confrontatie worden de best-practice-instellingen benoemd. Vervolgens worden de gegevens van de best-practice-instellingen vergeleken met die van andere instellingen.

602 De best-practice-instellingen worden steeds gezamenlijk vergeleken met de overige instellingen. Een individuele best-practice-instelling kan dus op een bepaald punt boven of beneden het clustergemiddelde scoren. Het voordeel van een analyse gebaseerd op het clustergemiddelde is dat de vergelijking minder afhankelijk wordt van uitschieters. Daar waar wij spreken over de best-practice-instellingen bedoelen wij dus het gemiddelde van de scores van deze instellingen.

603 De bij dit hoofdstuk behorende grafieken en figuren zijn opgenomen in appendix D.

Scores efficiëntie en cliëntenoordeel gecombineerd in matrix

604 De efficiëntiescores van de instellingen zijn door ons ingedeeld in drie klassen: A, B en C. Ook de scores op basis van de cliëntenraadpleging zijn op deze wijze in de klassen A, B en C onderverdeeld. Door de efficiëntie- en cliëntenoordeelscores onder te brengen in een matrix ontstaan in totaal negen verschillende cellen. De klassegrenzen zijn zodanig gekozen dat zich in elke cel voor zover mogelijk ongeveer evenveel instellingen bevinden.

605 De instellingen die in het doelmatigheidsonderzoek in klasse A zijn ondergebracht en ook in de cliëntenraadpleging tot klasse A behoren, komen in de matrix in de cel AA. Instellingen die in het doelmatigheidsonderzoek in klasse A zijn ondergebracht en in de cliëntenraadpleging in klasse B, komen in de matrix in de cel AB, enzovoorts. De matrix is opgenomen in figuur 70 van appendix D.

606 Het totaal aantal instellingen waarop de matrix betrekking heeft bedraagt honderd. Van de 104 instellingen die hadden meegewerkt aan het doelmatigheidsonderzoek zijn er vier waar geen cliëntenraadpleging heeft plaatsgevonden; van de 118 instellingen die hadden meegewerkt aan de cliëntenraadpleging zijn er 18 die niet hebben deelgenomen aan het doelmatigheidsonderzoek.

607 De combinatie van klasse A voor de doelmatigheid en klasse C voor het cliëntenoordeel komt het minst voor, namelijk drie maal. Van de twaalf instellingen die in het doelmatigheidsonderzoek 100% efficiënt waren bevonden, behoren er in de matrix vier tot de klasse AA, vier tot de klasse AB en twee tot de klasse AC.

608 Wij hebben onderzocht hoe de verdeling van de vier verschillende typen instellingen over de cellen in de matrix is. Over het algemeen blijkt de spreiding vrij gelijkmatig.

Best-practice-instellingen geïdentificeerd

609 De instellingen die in beide onderzoeken in de hoogste klasse vallen en zich in de matrix dus in klasse AA bevinden, beschouwen wij als de best-practice-instellingen van dit benchmarkonderzoek.

610 In klasse AA bevinden zich in totaal twaalf instellingen. In de matrix zijn daarvan slechts elf zichtbaar, omdat er twee instellingen zijn van wie de score dermate overeenkomt dat zij op dezelfde positie moesten worden afgebeeld. Tot de twaalf best-practice-instellingen behoren acht gezinszorginstellingen, één kruiswerkorganisatie, twee landelijke instellingen en één geïntegreerde instelling. Figuur 71 bevat de matrix naar type instelling.

611 Wij hebben aan de hand van deze identificatie van best-practice-instellingen een aantal analyses verricht. Bij de interpretatie daarvan moet bedacht worden dat de klassengrenzen arbitrair zijn gekozen; het criterium was uitsluitend een zo gelijk mogelijke verdeling binnen de drie efficiëntieklassen en de drie cliëntenoordeelklassen. In klasse AB (efficiëntieklasse A, cliëntenoordeelklasse B) bevinden zich enkele instellingen zeer dicht bij de grens met klasse AA. Wij hebben echter besloten de gekozen grenzen te handhaven, omdat iedere andere keuze hetzelfde probleem zou oproepen.

Indeling matrix vereist nuancering

612 De indeling van instellingen in de negen cellen van de matrix heeft plaatsgevonden op basis van de efficiëntiescores die berekend zijn op grond van de door de instellingen aangeleverde informatie. Deze scores kunnen echter op diverse punten worden genuanceerd. De effecten van kostenallocaties in verband met tweede-compartimentproductie en status-aparte-productie, de toerekening van reistijd, de afronding van geregistreerde contacttijd en de rantsoenering van zorg kunnen wijzigingen veroorzaken in de positie van de instellingen in de matrix. In figuur 72 zijn deze nuancerings met letters aangegeven.

613 De efficiëntiescore van instellingen kan negatief worden beïnvloed door het rantsoeneren van zorg. Rantsoenering van zorg komt in alle negen cellen voor, zij het relatief het meest frequent in de laagste efficiëntieklasse. Van de twaalf best-practice-instellingen zijn er echter ook zes die zorg rantsoeneren.

614 Het geheel of gedeeltelijk verantwoorden van tijdsregistratie, reistijd of verwijzingswerkzaamheden als contacttijd kan leiden tot een hogere efficiëntiescore dan die van instellingen die deze activiteiten niet als contacttijd verantwoorden. Van de twaalf best-practice-instellingen zijn er acht die een of meer van deze activiteiten geheel of gedeeltelijk als contacttijd verantwoorden.

615 Vier instellingen hebben aangegeven dat zij in hun arbeidsvoorwaardenbeleid in 1997 op enkele punten zijn afgeweken van de CAO. Voorzover dit een lagere salariëring van de medewerkers betreft, zal de efficiëntiescore hierdoor hoger zijn dan wanneer de CAO volledig zou zijn toegepast. Van de twaalf best-practice-instellingen heeft één instelling de CAO niet volledig toegepast.

Vergelijking efficiëntiescore en cliëntenoordeel levert interessant materiaal op

616 Wij hebben de relatie tussen efficiëntiescore en cliëntenoordeel nader onderzocht door een vergelijking te maken tussen de efficiëntieklasse waarin een instelling zich bevindt en het cliëntenoordeel uitgesplitst in de vier dimensies: kwaliteit in enge zin, snelheid, betrouwbaarheid en flexibiliteit.

617 In figuur 73 is deze vergelijking grafisch weergegeven. Gebleken is dat het cliëntenoordeel over instellingen die zich in efficiëntieklasse A bevinden, gemiddeld hoger is dan het oordeel over de instellingen die zich in de andere efficiëntieklassen bevinden. Dit geldt voor alle vier de dimensies. Het cliëntenoordeel over instellingen die zich in efficiëntieklasse B bevinden, is lager dan het cliëntenoordeel over instellingen die zich in efficiëntieklasse C bevinden. Alleen het oordeel over de dimensie kwaliteit in enge zin is voor beide klassen gelijk.

618 In figuur 74 is weergegeven hoe de scores van de best-practice-instellingen op de vier kwaliteitsdimensies zich verhouden tot de scores van de overige instellingen. Aan de hand hiervan kan het instellingsmanagement prioriteiten stellen bij het optimaliseren van de scores op de kwaliteitsdimensies. In dezelfde figuur is ook aangegeven hoe groot het relatieve belang is dat de cliënt aan de verschillende dimensies hecht. Ook daaraan kan door het instellingsmanagement een prioritering worden ontleend.

Samenhang best practice en bedrijfsvoering slechts op enkele punten aangetoond

619 Om te kunnen nagaan welke elementen in de bedrijfsvoering de best-practice-instellingen onderscheiden van overige instellingen, hebben wij een groot aantal gegevens vergeleken. Daaruit is gebleken dat de bij de instellingen in efficiëntieklasse A geconstateerde bedrijfsvoeringskenmerken veelal niet meer als onderscheidende kenmerken gelden wanneer ook de cliëntenoordeelklasse wordt meegewogen.

620 Het enige kenmerk dat zowel in het doelmatigheidsonderzoek als in de cliëntenraadpleging bleek samen te hangen met een hoge score, is de mate waarin de instelling inzicht heeft in de resultaten van het beleid: het nakomen van afspraken en vooral de mening van de cliënt over de zorgverlening. Het regelmatig uitvoeren van een cliëntenraadpleging is daarbij van belang.

621 Uit onze analyses blijkt dat er voor het overige geen eenduidig recept te geven is om best-practice-instelling te worden. Een blauwdrukbenadering voor de bedrijfsvoering is niet mogelijk. Dit neemt niet weg dat er binnen de verschillende clusters van instellingen wel aanknopingspunten te vinden zullen zijn; een nadere analyse of, nog beter, een gedachtewisseling tussen instellingen zal daarvoor van nut zijn.

622 Er blijken wel relevante verschillen tussen best-practice instellingen en overige instellingen te zijn op twee specifieke punten, te weten het ziekteverzuim en de inzet en kosten van uitvoerende medewerkers in de zorgverlening. De verschillen worden in het navolgende besproken.

Ziekteverzuim bij best-practice-instellingen het laagst

623 Uit het doelmatigheidsonderzoek was al naar voren gekomen dat efficiëntie en een laag ziekteverzuim vaak samengaan. Het ziekteverzuim bepaalt voor een aanzienlijk deel de efficiëntiescore van een instelling.

624 Wanneer bij deze analyse ook het cliëntenoordeel wordt betrokken, dan blijkt er, met name als het gaat om het ziekteverzuim van de uitvoerenden zorg, een vrij eenduidige relatie te bestaan. De figuren 75 en 76 laten deze relaties zien. Het ziekteverzuim bij best-practice-instellingen is het laagst, zowel bij het totale personeel als bij de uitvoerenden in de zorg. Het ziekteverzuim bij de uitvoerenden zorg is hoger in de instellingen die zich weliswaar in de efficiëntieklasse A bevinden, maar in de cliëntenoordeelklasse B of C. In de efficiëntieklassen B en C is het ziekteverzuim in het algemeen hoger dan in efficiëntieklasse A, hoewel de relatie niet in iedere cliëntenoordeelklasse eenduidig is. De instellingen die zich zowel in de efficiëntieklasse C als in de cliëntenoordeelklasse C bevinden, kennen echter het hoogste ziekteverzuim.

Personeelskosten uitvoerenden zorg lopen uiteen

625 Uit de analyses blijkt dat een belangwekkend verschil tussen best-practice-instellingen en overige instellingen gelegen is in de personeelskosten van de uitvoerenden zorg.

626 Als achtergrondinformatie dient figuur 77, waarin wij hebben weergegeven wat het aandeel is van de inzet van de verschillende functiegroepen uitvoerenden zorg in de verschillende producten.

Personeelskosten per uur contacttijd bij best-practice-instellingen lager

627 In figuur 78 is te zien dat bij de best-practice-instellingen de personeelskosten per uur contacttijd per product voor alle producten lager zijn. De kosten voor de alphahulpverlening zijn hierop een uitzondering, omdat hier een andere bekostigingsmethodiek geldt.

628 In figuur 79 en tabel 24 zijn de personeelskosten uitvoerende zorg per uur contacttijd per functiegroep vergeleken. Ook hier blijken met uitzondering van de kosten voor alphahulpen de kosten bij de best-practice-instellingen lager te zijn. De verschillen zijn het grootst bij de wijkverpleegkundigen, ruim f 16 per uur.

Tabel 24 : Personeelskosten uitvoerenden zorg per uur contacttijd.

Functiegroep	Personeelskosten uitvoerenden zorg per uur contacttijd		
	Best-practice	Overig	Verschil
Thuishulp A	27,58	30,87	-3,29
Verzorgingshulp B	33,26	35,25	-1,99
Verzorgende C	36,21	39,07	-2,86
Verzorgende D	44,64	50,30	-4,66
Gespecialiseerd verzorgende E	43,23	49,47	-6,24
Wijkziekenverzorgende	47,83	58,89	-11,06
Wijkverpleegkundige	59,43	76,04	-16,61

Bron: Analyse benchmarkgegevens thuiszorginstellingen 1997.

Weinig verschil in personeelskosten per betaalluur tussen best-practice en overige

629 De verschillen in personeelskosten tussen best-practice-instellingen en overige instellingen per betaalluur zijn geringer dan de verschillen per uur contacttijd. Figuur 80 en tabel 25 bevatten een overzicht. Onder betaalluren wordt verstaan het aantal uren dat het dienstverband van de medewerker omvat; voor een medewerker met een volledig dienstverband is dat 1.931 uur per jaar.

Tabel 25: personeelskosten uitvoerenden zorg per betaalluur.

	Personeelskosten uitvoerenden zorg per betaalluur		
Functiegroep	Best-practice	Overig	Verschil
Thuishulp A	21,07	22,40	-1,33
Verzorgingshulp B	24,18	24,05	0,13
Verzorgende C	25,76	26,27	-0,51
Verzorgende D	29,59	29,04	0,55
Gespecialiseerd verzorgende E	28,67	29,29	-0,62
Wijkziekenverzorgende	30,59	31,02	-0,43
Wijkverpleegkundige	34,14	34,50	-0,36

Bron: Analyse benchmarkgegevens thuiszorginstellingen 1997.

630 Uit tabel 25 blijkt dat de personeelskosten van de uitvoerenden zorg per betaalluur bij de best-practice-instellingen voor sommige functiegroepen lager, maar voor andere functiegroepen hoger zijn dan bij de overige thuiszorginstellingen. De personeelskosten per betaalluur zijn bij best-practice-instellingen hoger voor de functiegroepen thuis hulp A, verzorgingshulp B en verzorgende D. De kosten zijn bij best-practice-instellingen lager voor de functiegroepen verzorgende C, gespecialiseerd verzorgende E, wijkziekenverzorgende en wijkverpleegkundige. Het grootste verschil bedraagt f 1,33 voor de functiegroep thuis hulp A.

631 Het gegeven dat de verschillen per betaalluur tussen de best-practice-instellingen en de overige instellingen gering zijn, betekent dat de invloed van eventuele verschillen in leeftijdsopbouw van het personeel niet groot is en de verschillen in de personeelskosten van de uitvoerenden per uur contacttijd slechts in beperkte mate kunnen helpen verklaren.

Productiviteit uitvoerenden zorg in best-practice-instellingen hoger

632 Figuur 81 en tabel 26 geven de vergelijking weer tussen de productiviteit van uitvoerenden in de zorg per functiegroep bij de best-practice-instellingen en de overige instellingen. Met de term productiviteit wordt bedoeld op het aandeel van de contacttijd in de betaalluren.

633 Bij de alphahulpverleners blijkt de productiviteit in de overige instellingen iets hoger; voor alle andere functiegroepen geldt dat de productiviteit bij de best-practice-instellingen hoger is.

Tabel 26: Productiviteit per functiegroep.

Functiegroep	Productiviteit uitvoerenden zorg		
	Best-practice	Overig	Vershil
Alphahulp	94,3%	96,9%	-2,6%
Thuishulp A	76,4%	72,6%	3,8%
Verzorgingshulp B	72,7%	68,2%	4,5%
Verzorgende C	71,1%	67,3%	3,8%
Verzorgende D	64,8%	57,7%	7,1%
Gespecialiseerd verzorgende E	66,3%	59,2%	7,1%
Wijkziekenverzorgende	64,0%*	52,7%	11,3%
Wijkverpleegkundige	57,4%*	45,4%	12,0%

* Deze cijfers zijn gebaseerd op een beperkt aantal waarnemingen waarbij het aandeel uren dat van derden is ingehuurd, relatief groot is.

Bron: Analyse benchmarkgegevens thuiszorginstellingen 1997.

Inzet functiegroepen best-practice-instellingen wijkt af van overige instellingen

634 Een opvallend verschil in bedrijfsvoering is gelegen in de inzet van de functiegroepen van de uitvoerenden zorg voor de algemene-thuiszorgproducten. In de figuren 82 tot en met 85 zijn de verschillen weergegeven. De alphahulpverlening is daarbij buiten beschouwing gebleven, omdat deze bij alle instellingen uitsluitend door alphahulpen wordt geleverd en omgekeerd de alphahulpen bij alle instellingen uitsluitend voor het product alphahulpverlening worden ingezet.

635 Best-practice-instellingen zetten voor het product HDL opvallend minder thuis hulpen A in dan overige instellingen. Daarentegen zetten zij voor HDL meer verzorgingshulpen B en verzorgenden C in.

636 Voor het product verzorging zetten best-practice-instellingen in vergelijking met overige instellingen minder thuis hulpen A in maar aanzienlijk meer verzorgingshulpen B. Best-practice-instellingen zetten voor verzorging verder minder verzorgenden C en iets meer verzorgenden D in.

637 De verschillen tussen de inzet van functiegroepen bij best-practice-instellingen en overige instellingen zijn het grootst bij het product ADL. Best-practice-instellingen zetten iets minder verzorgingshulpen B in, meer verzorgenden C, aanzienlijk minder verzorgenden D, aanzienlijk meer wijkziekenverzorgenden en aanzienlijk minder wijkverpleegkundigen.

638 Voor het product verpleging zetten best-practice-instellingen minder wijkziekenverzorgenden in dan overige instellingen, en meer wijkverpleegkundigen.

639 Naast de geconstateerde verschillen in productiviteit van de uitvoerenden zorg tussen best-practice-instellingen en de overige instellingen kan ook het verschil in de voor de levering van de producten ingezette functiegroepen per product een belangrijk aangrijpingspunt voor het management van de instellingen vormen.

Relatie best-practice-instellingen met overige zorgcapaciteit lijkt aanwezig

640 Wij hebben onderzocht of er een relatie bestaat tussen de best-practice-instellingen en de intramurale capaciteit van verpleeghuizen en verzorgingshuizen die aanwezig zijn in het werkgebied van deze instellingen. Daartoe hebben wij de intramurale capaciteit per 1 januari 1997, uitgedrukt als een percentage van het aantal 75-plussers het desbetreffende gebied, vergeleken met het landelijk gemiddelde per die datum. De capaciteit is ontleend aan de database die door ons was ontwikkeld in het kader van recente onderzoeken in opdracht van VWS. Voor de berekening van het aantal 75-plussers is de Primos-bevolkingsprognose gehanteerd.

641 Bij drie van de twaalf best-practice-instellingen kon de relatie met de intramurale capaciteit niet worden berekend omdat zij geen regionaal werkgebied hebben. Twee instellingen zijn landelijk werkzaam en één instelling is werkzaam in een aantal verspreid liggende plaatsen.

642 Voor zes van de negen resterende best-practice-instellingen geldt dat de intramurale capaciteit van verpleeghuizen en verzorgingshuizen in hun werkgebieden boven het landelijk gemiddelde van 19,5% ligt: de percentages zijn 19,8%, 20,0%, 21,3%, 21,7%, 21,9% en 22,5%. Voor de overige drie geldt dat de intramurale capaciteit onder het gemiddelde ligt: 19,4% 19,4% en 14,6%.

643 Wij tekenen hierbij aan dat wij deze analyse uitsluitend hebben verricht voor de best-practice-instellingen. Conclusies dienen dus met de nodige voorzichtigheid te worden getrokken.

DEEL IV: Aanbevelingen vervolgtraject benchmarking en herinrichting thuiszorg

7 | **Openbare benchmarking in 2000 vergt tijdig invullen randvoorwaarden**

701 In dit laatste hoofdstuk worden enkele aanbevelingen geformuleerd voor de verdere ontwikkeling en toepassing van het ontwikkelde benchmarkinstrument binnen de sector thuiszorg. Aan dit hoofdstuk liggen de door ons in samenwerking met alle betrokken partijen opgedane kennis van en ervaring met de uitvoering van een grootschalig benchmarkonderzoek binnen de sector thuiszorg ten grondslag. We schenken hierbij aandacht aan zowel het benchmarkonderzoek als aan enkele meer algemene zaken.

Benchmarking in 2000 kan voortbouwen op resultaten onderzoek

702 Met het nu verrichte benchmarkonderzoek is een groot aantal gegevens verzameld en geanalyseerd, die de thuiszorginstellingen met een hoge mate van openhartigheid aan ons hebben verstrekt. Naar ons oordeel is daardoor voldoende materiaal beschikbaar gekomen om de voor dit onderzoek gestelde doelen te bereiken: het bieden van aanknopingspunten voor het doorvoeren van versterkingen in de bedrijfsvoering en het leveren van bouwstenen voor een systeem van outputfinanciering in de sector thuiszorg.

703 Voor het welslagen van benchmarkonderzoeken in de thuiszorg in de nabije toekomst achten wij het van essentieel belang dat alle betrokken partijen op een verantwoorde wijze met de door de instellingen thans beschikbaar gestelde gegevens omgaan. Voorkomen moet worden dat instellingen terughoudendheid vertonen bij het beschikbaar stellen van gegevens. Het is dan onmogelijk om een verantwoorde benchmark uit te voeren. Wij bevelen aan hier op voorhand afspraken over te maken.

Openbare benchmarking in 2000 over prestaties 1999 beoogd

704 In de praktijk wordt de kracht van de toepassing van benchmarking ter bevordering van de kwaliteit en doelmatigheid van organisaties veelal mede ontleend aan een herhaalde toepassing van het instrument. Ongeacht de gehanteerde methode dient het identificeren en doorvoeren van verbeteringen een continu proces te zijn. Mede vanuit dit perspectief bestaat bij de LVT, BTN en het ministerie van VWS het voornemen om in het jaar 2000 wederom een benchmarkonderzoek uit te voeren, dit keer over de instellingsprestaties van 1999. De resultaten van deze benchmark zullen op instellingsniveau openbaar worden gemaakt. Dit voor de nabije toekomst geplande onderzoek is opnieuw bedoeld voor alle thuiszorginstellingen.

705 De ervaringen die tijdens het nu uitgevoerde benchmarkonderzoek zijn opgedaan, geven geen aanleiding om te veronderstellen dat er belangrijke inhoudelijke wijzigingen in het ontwikkelde benchmarkanalysemodel nodig zijn om een betrouwbaar beeld van de doelmatigheid en kwaliteit binnen de sector thuiszorg te verkrijgen. Ook om de vergelijkbaarheid van de resultaten van een benchmark in 2000 met de nu verkregen resultaten mogelijk te maken, is het aan te bevelen om de conceptuele opzet van de gebruikte benchmarkmethode te handhaven en waar mogelijk verder te verbeteren om een optimaal rendement te hebben van de opgedane ervaring.

706 Tijdens het onderzoek is geconstateerd dat het gebruikte instrumentarium op onderdelen verder kan worden geoptimaliseerd, onder meer door de ontwikkeling van software die het verzamelen van consistente gegevens door de instellingen zelf faciliteert. Door de instellingen zelf verbandscontroles uit te laten voeren, kan een tijdrovende en kostbare validatie van gegevens achteraf worden voorkomen. Uiteraard zullen de vragenlijsten ook moeten worden aangepast aan wijzigingen die zich sinds 1997 hebben voorgedaan, zoals de wijzigingen in het aantal AWBZ-producten. Wij pleiten ervoor om tijdig met de voorbereidingen voor deze aanpassingen te starten.

Medewerkersvragenlijst zinvolle aanvulling

707 Eind 1998 is tussen de LVT, BTN en het ministerie van VWS in het Najaarsakkoord Meerjarenafspraken overeengekomen een medewerkersraadpleging in de thuiszorg uit te voeren. In het voorjaar van 1999 zal een pilotonderzoek bij vijf instellingen plaatsvinden. In het najaar worden de medewerkers bij alle thuiszorginstellingen geraadpleegd.

708 De medewerkersraadpleging dient nader inzicht te geven in onder andere de werkdruk en medewerkerstevredenheid. Met deze informatie kunnen instellingen een integraal beleid voeren, dat gericht is op doelmatigheid en kwaliteit van de zorg en voldoet aan de vereisten van een goed arbeidsomstandighedenbeleid. Als deze aanpak leidt tot minder ziekteverzuim en een kleinere WAO-instroom, wordt niet alleen de doelmatigheid van de instellingen verbeterd, maar zal ook de positie van de thuiszorg op de krapper wordende arbeidsmarkt worden versterkt.

709 De medewerkersraadpleging zal nauw aansluiten bij het instrumentarium dat voor het benchmarkonderzoek is ontwikkeld, zodat de resultaten direct kunnen worden gecorreleerd aan indicatoren uit het benchmarkonderzoek. Op deze wijze vormt de medewerkersraadpleging een schakel in het beoordelen van de mate van doelmatigheid en kwaliteit die een instelling weet te bereiken. Bevindingen uit de managementvragenlijst kunnen worden genuanceerd of aangescherpt.

710 In het haalbaarheidsonderzoek benchmarking in de sector verpleging en verzorging hebben wij een globale opzet voor een medewerkersvragenlijst ontwikkeld en in de praktijktest betrokken. Op grond daarvan hebben wij geconstateerd dat een medewerkersvragenlijst het beeld van de organisatie ook voor het management van de instellingen completeert.

711 Bij het ontwikkelen van een medewerkersvragenlijst in het haalbaarheidsonderzoek benchmark verpleging en verzorging is gebleken dat het zinvol is om de vragenlijst toe te zenden aan medewerkers vanuit de gehele organisatie en van verschillende hiërarchische niveaus.

Registratie binnen de thuiszorg vergt verbetering

712 Als in 2000 weer een benchmarkonderzoek wordt verricht, achten wij het nodig dat in de gegevensregistratie die door de instellingen plaatsvindt, op enkele punten completering en uniformering plaatsvindt.

713 Wij bevelen aan om te bevorderen dat in de beleidsregels verankerde afspraken over de toerekening van reistijd, registratietijd en verwijstijd aan contacttijd, en over het afronden van de aan zorgverlening bestede tijd, sectorbreed worden toegepast. Wij bevelen ook aan om afspraken te maken over een uniforme registratie van de inzet van Melkertbanen.

714 Het administratief in- en verkopen van zorguren door thuiszorginstellingen ter beperking van overproductie of ter voorkoming van een nabalculatortische verrekening van de onderschrijding van de productieafpraak, leidt naar ons oordeel tot een onnodig onoverzichtelijke en complexe situatie, die veel registratietijd vergt en op macroniveau geen meerwaarde voor de zorgverlening heeft. Wij bevelen aan de verdeelsystematiek zodanig te herzien dat er geen aanleiding meer bestaat om tot het administratief omboeken van uren over te gaan.

715 De activiteiten die nu worden uitgevoerd in het kader van de uniforme productregistratie, kunnen als een goed vertrekpunt voor het uniformeren van de geleverde productie worden beschouwd. Ook kan worden gedacht aan het verder uitwerken van initiatieven om de wijze van registratie en (financiële) verslaglegging binnen de sector te standaardiseren.

Inventarisatie feitelijke aansluiting tussen zorgvraag en -aanbod verdient prioriteit

716 Wij hebben in het benchmarkonderzoek moeten constateren dat de gegevens over de zogenoemde derde bouwsteen (de aansluiting van het zorgaanbod op de zorgvraag), te weten de gegevens over de omvang van wachtlijsten en wachttijden alsmede het rantsoeneren van zorg onvoldoende beschikbaar en consistent zijn. Daardoor is naar onze mening een belangrijk element uit het onderzoek onderbelicht gebleven. Aangezien de analyses van de beperkt beschikbare gegevens een indicatie geven dat het rantsoeneren van zorg van invloed is op de doelmatigheid van een instelling, achten wij het essentieel om betrouwbare wachtlijstgegevens beschikbaar te hebben. Deze gegevens zouden op vergelijkbare wijze beschikbaar moeten komen in de verpleeghuiszorg en verzorgingshuiszorg.

717 Ook voor de allocatie van financiële middelen aan de instellingen en het hiertoe bij het COTG in ontwikkeling zijnde parametermodel is een goed en betrouwbaar inzicht in deze gegevens van essentieel belang. Alleen dan kan bij de verdere ontwikkeling van beleid in de sector verpleging en verzorging rekening worden gehouden met de regionale context waarin instellingen moeten opereren. Wij bevelen aan om met voorrang te werken aan een structuur waarin deze gegevens landelijk en uniform beschikbaar komen. Aansluiting van de instellingsregistraties en de registraties van de Regionale Indicatie-organen (RIO's) op elkaar ligt voor de hand.

718 Voor het beschikbaar krijgen van de gegevens over de zorgvraag is het van groot belang dat de RIO's op uniforme wijze gegevens aanleveren. In het kader van de meerjarenafspraken is overeengekomen dat de eerste helft van 1999 voorstellen geformuleerd worden voor het opzetten van een wachtlijstsystematiek.

719 Tijdens de uitvoering van het onderzoek hebben vele thuiszorginstellingen gemeld dat de introductie van het RIO in de betreffende regio een wachtlijst is ontstaan voor het indiceren van de zorgvraag. Ook meldden zij dat de instellingen zelf na indicatiestelling aanvullende intakewerkzaamheden moeten verrichten om een goed beeld te krijgen van de zorgbehoefte van nieuwe cliënten. Wij hebben deze signalen niet nader onderzocht. Het verdient echter aanbeveling om bij de evaluatie van het functioneren van de Regionaal Indicatie-organen dit aspect nadrukkelijk te betrekken.

Faseverschil tussen doelmatigheidsonderzoek en cliëntenraadpleging te voorkomen

720 Het nu uitgevoerde benchmarkonderzoek had betrekking op de kosten- en productiegegevens en de bedrijfsvoering over 1997, terwijl voor de meeste instellingen de cliëntenraadplegingen medio 1998 is uitgevoerd. Ondanks het feit dat de cliënten gevraagd is hun mening te baseren op de in 1997 ontvangen zorg, is naar verwachting het jaar 1998 voor een deel bij het cliëntenoordeel meegenomen. Daarmee heeft het cliëntenoordeel gedeeltelijk betrekking op een andere periode dan waarop de kosten- en productiegegevens en de bedrijfsvoeringsgegevens betrekking hebben.

721 Om het cliëntenoordeel betrekking te laten hebben op dezelfde periode als het doelmatigheidsonderzoek dienen in het benchmarkonderzoek 2000 de enquêtes direct in januari 2000 te worden verzonden. In de enquête dienen de cliënten te worden verzocht hun oordeel over de zorgverlening in 1999 te geven.

In 1999 voor aantal instellingen herkansing benchmark gewenst

722 Van de in totaal 138 per 1 januari 1997 bestaande thuiszorginstellingen hebben er 100 integraal deelgenomen aan het benchmarkonderzoek. Het is aan te bevelen de thuiszorginstellingen die niet integraal of geheel niet aan het onderzoek hebben deelgenomen, in 1999 alsnog de gelegenheid te bieden om deel te nemen aan het doelmatigheidsonderzoek. Hoewel dit onderzoek betrekking zal hebben op de kosten- en productiegegevens van 1998 en dus niet geheel vergelijkbaar is met de resultaten van het onderzoek over 1997, kan het management van deze instellingen op deze wijze toch inzicht verwerven in de positie van hun instelling ten opzichte van andere instellingen. Deze voorbereiding door instellingen lijkt mede gewenst met het oog op het voornemen om in 2000 een (openbaar) benchmarkonderzoek uit te voeren waarbij voor alle instellingen doelmatigheids- en kwaliteitsgegevens openbaar worden gemaakt.

723 Een tussentijdse (partiële) herhaling van het (doelmatigheids)onderzoek kan ook zinvol zijn voor instellingen die 1997 beschouwen als een jaar dat niet representatief is voor hun functioneren. Dit kan bijvoorbeeld het geval zijn bij instellingen die in of na dat jaar zijn gefuseerd. De benchmarkresultaten kunnen voor deze instellingen aan relevantie winnen als de benchmark op gegevens over 1998 wordt gebaseerd.

724 In dit kader geven wij betrokken partijen in overweging om minimaal voor de bovengenoemde instellingen een deelonderzoek in 1999 uit te voeren, waarbij gebruik kan worden gemaakt van de reeds ontwikkelde instrumenten. Dit bevordert de vergelijkbaarheid en maakt een snelle werkwijze mogelijk.

725 Een hulpmiddel bij het uitvoeren van een deelonderzoek in 1999 kan de door ons al genoemde ontwikkeling van software zijn. Deze zal de instellingen in staat stellen om zelf de benodigde basisgegevens systematisch te verzamelen en te controleren op interne consistentie alvorens de gegevens aan de onderzoekers beschikbaar te stellen. Op deze wijze kan op een kostenefficiënte wijze een actualisatie van efficiëntiegegevens worden aangeboden.

Uitbreiding benchmark kan meerwaarde bieden

726 De thuiszorg is de eerste sector waar een integraal benchmarkonderzoek is uitgevoerd bij het merendeel van de tot de sector behorende instellingen. Binnen de gezondheidszorg neemt de sector hiermee een koplopperspositie in.

727 Het nu uitgevoerde benchmarkonderzoek beschouwen wij dan ook als een belangrijke stap op weg naar een situatie waarin benchmarking een integraal onderdeel wordt van de bedrijfsvoering van thuiszorginstellingen en van de relatie tussen instellingen en overheden en financiers. De ervaringen met het onderzoek, waaraan zo veel instellingen op een zo professionele wijze hebben deelgenomen, achten wij zodanig dat een volgende fase kan worden ingegaan. Naast een openbare benchmark in 2000 kan uitbreiding op enkele punten van waarde zijn voor de verdere ontwikkeling van benchmarking.

Relatie met status-aparte-producten nog onderbelicht

728 In het benchmarkonderzoek zijn uitsluitend de algemene-thuiszorgproducten betrokken: alphahulpverlening, HDL, verzorging, ADL en verpleging. De relatie met de status-aparte-producten (ouder- en kindzorg, dieetadvisering en collectieve preventie) is slechts aan de orde gekomen waar het ging om toerekening van (overhead)kosten.

729 Aangezien vele instellingen naast algemene thuiszorg ook deze zorgproducten leveren, is het voor een integrale benadering van de bedrijfsvoering van deze instellingen aan te bevelen om ook deze onderdelen aan de benchmark in het jaar 2000 deel te laten nemen. Hiervoor is het noodzakelijk dat ook voor de status-aparte-producten adequate productregistraties beschikbaar zijn.

Externe benchmark kan horizon verbreden

730 Het over 1997 uitgevoerde onderzoek was gericht op een vergelijking van thuiszorginstellingen onderling. Wij zijn van mening dat een vergelijking met organisaties buiten de sector of buiten de gezondheidszorg een belangrijke meerwaarde kan bieden. De kwalificatie best-practice betekent immers niet dat er geen verbeteringen meer kunnen worden aangebracht in de bedrijfsvoering.

731 Uiteraard zal steeds rekening gehouden moeten worden met de bijzondere kenmerken van de sector. Integrale vergelijking met organisaties buiten de sector is daarom vermoedelijk weinig zinvol. Wij achten het wel goed mogelijk om op onderdelen een vergelijking uit te voeren. Zo kan mogelijk op het gebied van personeelsmanagement een vergelijking worden gemaakt met organisaties die net als thuiszorginstellingen te maken hebben met een groot aantal personeelsleden die niet op locatie werken; wij denken bijvoorbeeld aan uitzendorganisaties of schoonmaakbedrijven. Door een dergelijke naar buiten gerichte benadering kan de sector zijn koploperspositie in de komende jaren behouden en mogelijk versterken.

Herbezinning productmix is overwegen waard

732 Het uitgevoerde benchmarkonderzoek heeft geleid tot gedachtevorming over een aantal onderwerpen die strikt genomen niet tot de benchmark behoren maar die wij toch onder de aandacht willen brengen. Het betreft de benoeming en levering van de productmix van thuiszorginstellingen.

Vereenvoudiging productomschrijving denkbaar

733 Uit het benchmarkonderzoek is naar voren gekomen dat een onderverdeling van de AWBZ-aanspraak algemene thuiszorg in vijf producten, waarbij het product verzorging een combinatie is van de producten HDL en ADL, niet optimaal lijkt. De bedrijfsvoering binnen de instellingen is veelal niet op basis van deze vijf producten georganiseerd. Dit heeft tot gevolg dat instellingen in hun administraties gegevens moeten registreren die feitelijk niet voor de dagelijkse planning van de werkzaamheden zijn vereist. Hiervoor worden veelal andere gegevensbestanden gehanteerd. Een dergelijke situatie komt de doelmatigheid en transparantie niet ten goede. Ook de betrouwbaarheid van de gegevens kan naar ons oordeel sterk worden verbeterd als tot een aanzienlijke vereenvoudiging van de registratie zou worden besloten.

734 Met het oog op de gewenste optimale betrouwbaarheid van benchmarkresultaten achten wij een vereenvoudiging van de productomschrijving aan te bevelen. Wij geven daarom in overweging in overleg met het COTG te bezien in hoeverre in het in ontwikkeling zijnde parametermodel voor de bekostiging van de thuiszorginstellingen het aantal thuiszorgproducten tot een geringer aantal kan worden teruggebracht. In het licht van de flexibilisering van de AWBZ is het aan te bevelen om bij de formulering van de aanspraken op dit moment te streven naar afstemming van de productomschrijving met de aanspraken zoals die voor de sector verpleging en verzorging worden geformuleerd.

Levering integraal pakket door instellingen lijkt doelmatigheid niet te bevorderen

735 Uit de onderzoeksresultaten is gebleken dat instellingen die van de vijf algemene-thuiszorgproducten er in 1997 drie leverden, een duidelijk hogere doelmatigheid kenden dan instellingen die een integraal pakket leverden. Ook het cliëntenoordeel over instellingen die drie producten leverden was positiever. De gegevens laten geen conclusies toe over de aard van de relatie tussen doelmatigheid en productmix. Mogelijk is er een relatie met de aard van de producten en neemt daarnaast de complexiteit van de planning en sturing van de productie binnen een instelling toe indien het integrale pakket moet worden geleverd.

736 Naar ons oordeel verdient het aanbeveling om bij de verdere inrichting van de sector thuiszorg met dit verschijnsel rekening te houden en te bezien of een nadere feitenanalyse zinvol en wenselijk is. Behalve aan de aspecten doelmatigheid en cliëntenoordeel zou daarbij ook aandacht besteed moeten worden aan de plaats van de zorgproducten in de totale zorgketens en de daarbij passende samenwerkingsvormen van instellingen.

Outputfinanciering vergt voorbereiding van vele partijen

737 Het voornemen bestaat om in 2001 voor de sector thuiszorg te komen tot een systeem van outputfinanciering. De bij het benchmarkonderzoek opgedane ervaringen met betrekking tot de noodzaak van uniformering van gegevens en de mogelijkheid tot vereenvoudiging van het aantal producten kunnen daarbij mogelijk van nut zijn.

738 Het berekenen van adequate kostprijzen en tarieven voor de thuiszorgproducten is naar ons oordeel op dit moment nog niet mogelijk. Eerst dient consensus te bestaan over een aantal uitgangspunten,;-

- (a) de te realiseren doelstellingen;
- (b) de te hanteren productomschrijvingen, inclusief door alle partijen geaccepteerde afspraken over toerekening van bijvoorbeeld reistijd;
- (c) de wijze waarop de vraag naar de onderscheiden producten kan worden geraamd;
- (d) de eventuele aanpassing van de bestaande omschrijvingen van door de instelling te verrichten activiteiten en in te zetten deskundigheidsniveau aan wijzigingen in de productomschrijvingen;
- (e) de benodigde infrastructuur;
- (f) de wijze waarop de registratie kan worden geüniformeerd;
- (g) de wijze waarop de instellingen dienen te rapporteren over de mate waarin de beoogde doelstellingen zijn gerealiseerd.

739 Nadat over de uitgangspunten overeenstemming is bereikt, dient te worden besloten hoe de overige (niet directe) kosten aan de onderscheiden producten worden toegerekend. Het uitvoeren van een *activity based costing* onderzoek bij de best-practice instellingen zou daartoe zinvol zijn. Op basis van een dergelijk onderzoek kunnen vervolgens adequaat onderbouwde tarieven voor de producten worden berekend.

740 De resultaten van het benchmarkonderzoek kunnen voorts een bijdrage leveren aan het systeem van outputfinanciering door de in het onderzoek uitgevoerde analyses van de kosten voor de uitvoerenden in de zorg.

741 Daarnaast kan de introductie van een outputfinanciering naar ons oordeel niet los worden gezien van de beleidsvoornemens om te werken met regiovisies en regiobudgetten. Ook de relatie met de tijdelijke regeling spreiding en behoefte (het vigerende regime omtrent de toelating van nieuwe thuiszorginstellingen) is van belang.

742 Een heroriëntatie op het besturingsmodel zoals dat binnen de thuiszorg (en de sector verpleging en verzorging) thans wordt gehanteerd, zal daarom zonder twijfel deel uitmaken van de voorbereiding op een systeem van outputfinanciering. De taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden van het ministerie van VWS, het COTG, de Ziekenfondsraad, de zorgkantoren, de RIO's, de zorginstellingen en de consumentenorganisaties dienen hierbij opnieuw op elkaar te worden afgestemd om knelpunten bij de introductie van outputfinanciering te voorkomen.

743 De ervaring leert dat bij een dergelijk omvangrijk projecten een tijdige start met de voorbereidingen essentieel is. Het introduceren van outputfinanciering in de sector thuiszorg in 2001 beschouwen wij als een ambitieus traject. Gezien de combinatie van politieke, bestuurlijke en technische aspecten in een traject van outputfinanciering geven wij in overweging op korte termijn te starten met een doortimmerd en goed afgestemd plan van aanpak.

Medewerking thuiszorginstellingen inspireert tot actie

744 De medewerking van de thuiszorginstellingen aan het benchmarkonderzoek is indrukwekkend geweest. Dit kan voor overheden en financiers een inspiratiebron zijn om die maatregelen te nemen die de sector stimuleert tot het leveren van hoogwaardige zorg bij een efficiënte bedrijfsvoering en een effectieve financieringsstructuur met adequate tarieven.

A | Samenstelling deelwerkgroep

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport	Drs. M.J. Boereboom (voorzitter tot maart 1998) Drs. J.S.J. Bierhoff (voorzitter vanaf maart 1998) Mevrouw drs. H.J. van der Meulen (secretaris) Drs. R.M. Haack
Branchebelang Thuiszorg Nederland	Mr. W.B. Jongma
Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg	de heer D.J. Evelein de heer J. van der Veen (tot februari 1999) de heer E.J.G. Warris (vanaf februari 1999)
Landelijke Vereniging voor Thuiszorg	Drs. B.E. van den Dungen
Ministerie van Financiën	de heer mr. drs. P.J. Boone (tot maart 1998) Mevrouw drs. J.W.C. Vlug (vanaf maart 1998 tot november 1998) Mevrouw drs. A.J. Kamphuis (vanaf november 1998)
Stichting KIEN	Drs. J. Geraets (vanaf augustus 1998)
Ziekenfondsraad	Mr. H.J. van der Moer de heer J.H. van Egmond
Zorg Onderzoek Nederland	Mevrouw drs. S. Driessen
Zorgverzekeraars Nederland	de heer P.M. Oudhof
Berenschot B.V.	Mevrouw drs. A. van Mourik-van Herk
PricewaterhouseCoopers	Ir. L. Dijkstra Drs. R.J.C. Poerstamper MBA Drs. P.R. Tiebout

B | Samenstelling klankbordgroep

Amsterdam Thuiszorg	De heer J.F. Berkers Mevrouw A.G.M. Puper
NTN Thuiszorg	Mevrouw G.T. Schippers (tot oktober 1998) Mr. W.B. Jongma (vanaf oktober 1998)
Protestants Christelijke Stichting voor Maatschappelijk Werk en Gezinszorg	Ir. P. Vreugdenhil De heer H. de Boer
Thuiszorg Centraal Twente	De heer G.C. Droste Drs. Q.A.J. Swagerman
Thuiszorg Het Friese Land	Mevrouw J. Boetes MBA De heer D. Buursma
Thuiszorg Midden-Brabant	De heer K.M. van Hoeckel Drs. J.Z.D. van der Net
Thuiszorg Rotterdam	De heer H.P.J. Gerla RA
Waardse Rading	De heer E. Klaui De heer J.W. Ruys
Berenschot B.V.	Drs. R.C.D. Berndszen MPA Drs. C.J. Groen Mevrouw Drs. A. van Mourik-van Herk
PricewaterhouseCoopers	Ir. L. Dijkstra Drs. M. L. Lankhaar RA Drs. R.J.C. Poerstamper MBA Mevrouw Drs. T.C.A. Schuld Drs. P.R. Tiebout

