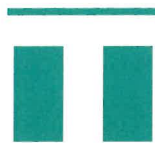


Benchmarkonderzoek thuiszorginstellingen 2000

Opdrachtgevers



Landelijke Vereniging voor **Thuiszorg**

VVFZ

Onderzoekers



PRICEWATERHOUSECOOPERS 

Inhoudsopgave

Voorwoord	5
Inleiding	8
DEEL I: Het benchmarkanalysemodel 2000	
1 Een overzicht van het benchmarkanalysemodel	15
1.1 Benchmarkanalysemodel 2000 heeft vier bouwstenen	15
1.2 Identificatie van best practice-instellingen	17
1.3 Aanreiken van aangrijpingspunten voor verbetering van de prestaties van instellingen	17
2 De doelmatigheid van thuiszorginstellingen	19
2.1 Beoordelen van de doelmatigheid met behulp van de DEA-methodiek	19
2.2 Analyse van de doelmatigheid van de instellingen	22
2.3 Inventarisatie kosten uitleen verpleegartikelen en status aparte producten	26
2.4 Toerekenen kosten aan acht producten algemene thuiszorg	27
3 De kwaliteit van zorg en dienstverlening door cliënten beoordeeld	30
3.1 Cliënten beoordelen instellingen op organisatie en inhoud van zorg	30
3.2 Analyse van de resultaten	31
4 De kwaliteit van arbeid door medewerkers beoordeeld	32
4.1 Het analysemodel van de medewerkersraadpleging	32
4.2 Nadere analyse van de kwaliteit van arbeid in het benchmarkonderzoek thuiszorginstellingen 2000.	33
5 Verkenning maatschappelijke waardering	35
5.1 Operationalisering van de bouwsteen maatschappelijke waardering	35
5.2 Analyse maatschappelijke waardering	36
DEEL II: Analyse bedrijfsvoering en omgeving thuiszorginstellingen	
6 Analyse van de opzet en inrichting van de bedrijfsvoering (managementvragenlijst)	39
6.1 Analyse bedrijfsvoering is gericht op het identificeren van aangrijpingspunten voor de verbetering van prestaties van thuiszorginstellingen	39
6.2 De managementvragenlijst bestaat uit vijf onderdelen	39
7 De omgeving waarin de thuiszorginstelling functioneert	41
7.1 Analyse omgevingsvariabelen beogen functioneren instellingen in perspectief te plaatsen	41
7.2 Analyses gericht op de relaties tussen de omgevingsfactoren en de prestaties van de instellingen	41
DEEL III: Werkwijze bij verzamelen benchmarkgegevens 2000	
8 De gegevensverzameling voor het benchmarkonderzoek thuiszorginstellingen 2000.	45
8.1 Vragenlijsten via internet in te vullen	45
8.2 Instellingen worden ondersteund door een supportdesk	46
8.3 Kwantitatieve gegevens over kosten en geleverde productie	46
8.4 Kwalitatieve gegevens over de bedrijfsvoering (managementvragenlijst)	47
8.5 Cliëntenraadpleging	48
8.6 Uitvoering maatschappelijke waardering vergt geen actie van de instellingen	48
9 Ten slotte	49

Voorwoord

In 1998 is een sectorbreed benchmarkonderzoek uitgevoerd gericht op de kwaliteit en doelmatigheid van thuiszorginstellingen in 1997. Het onderzoek vloeide voort uit afspraken tussen het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), de Landelijke Vereniging voor Thuiszorg en Branchebelang Thuiszorg Nederland. Aan het benchmarkonderzoek 1997 hebben ruim honderd thuiszorginstellingen deelgenomen. Op grond van de resultaten van dit eerste benchmarkonderzoek is de transparantie binnen de thuiszorg vergroot. Voor zowel de thuiszorginstellingen als de overheid zijn aanknopingspunten tot verbetering aangereikt. Naar aanleiding van de resultaten van het eerste benchmarkonderzoek, is in de Meerjarenaafspraken Verpleging en Verzorging overeengekomen dat in 2001 een tweede sectorbreed benchmarkonderzoek binnen de thuiszorg zal worden uitgevoerd.

Dit tweede benchmarkonderzoek is gericht op de doelmatigheid en kwaliteit van de thuiszorginstellingen in 2000. Door opnieuw aan het benchmarkonderzoek deel te nemen, kunnen thuiszorginstellingen de ontwikkeling van de doelmatigheid en de kwaliteit van de dienstverlening van de eigen instelling ten opzichte van de sector en de andere thuiszorginstellingen volgen. De uitkomsten van het onderzoek kunnen instellingen onder andere gebruiken voor een verdere gerichte verbetering van de bedrijfsvoering.

De drie brancheorganisaties in de sector Verpleging en Verzorging (Arcares, Branchebelang Thuiszorg Nederland en de Landelijke Vereniging voor Thuiszorg) en het ministerie van VWS hebben gekozen voor een zo uniform mogelijke benchmarkaanpak voor verpleeghuizen, verzorgingshuizen en thuiszorginstellingen. Mede op grond van deze overweging is aan PricewaterhouseCoopers de opdracht gegeven het benchmarkonderzoek thuiszorginstellingen 2000 uit te voeren. PricewaterhouseCoopers heeft in samenwerking met Berenschot het vorige benchmarkonderzoek thuiszorg 1997 uitgevoerd en is als hoofdaannemer verantwoordelijk voor de ontwikkeling van het benchmarkinstrumentarium voor de verpleeghuizen en verzorgingshuizen. Gelet op de binnen het Nivel beschikbare specialistische expertise wordt de uitvoering van de cliëntenraadpleging door het Nivel verzorgd.

Teneinde de bruikbaarheid van de uitkomsten van het onderzoek zo goed mogelijk te waarborgen, wordt het onderzoek begeleid door een projectgroep en een klankbordgroep. In de projectgroep zijn belanghebbende partijen vertegenwoordigd. De projectgroep bestaat uit vertegenwoordigers van Arcares, Branchebelang Thuiszorg Nederland, het College Tarieven Gezondheidszorg, het College voor Zorgverzekeringen, de Inspectie voor de Gezondheidszorg, het Landelijk Overleg Cliënten, de Landelijke Vereniging voor Thuiszorg, het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, de Stichting Cliënt & Kwaliteit en Zorgverzekeraars Nederland. In de klankbordgroep nemen vertegenwoordigers van dertien thuiszorginstellingen deel.

In samenwerking met betrokken partijen is in 1998 een benchmarkanalysemodel ontwikkeld, waarmee het functioneren van de thuiszorginstellingen in relatie tot vergelijkbare instellingen kan worden geanalyseerd en beoordeeld. Dit analysemodel is in de praktijk bruikbaar gebleken en is voor het benchmarkonderzoek 2000 als uitgangspunt gehanteerd. Uiteraard worden bij de voorbereiding en uitvoering van het benchmarkonderzoek 2000 de eerder opgedane ervaringen betrokken. Zowel instellingen als overige betrokken partijen hebben waardevolle suggesties aangereikt tot een verdere optimalisering en aanvulling van het benchmarkanalysemodel. Mede op basis hiervan zijn bestaande onderdelen verbeterd, maar ook nieuwe onderdelen toegevoegd.

Nieuwe onderdelen in het benchmarkonderzoek 2000 zijn de medewerkersraadpleging en maatschappelijke waardering. In het verlengde van het eerste benchmarkonderzoek zijn in november 1999 alle medewerkers in de thuiszorg geraadpleegd. De in mei 2000 gerapporteerde resultaten van deze medewerkersraadpleging worden in het benchmarkonderzoek 2000 geïntegreerd. Het onderdeel maatschappelijke waardering betreft het functioneren van thuiszorginstellingen in de ogen van instanties die regelmatig met de thuiszorginstellingen te maken hebben, zoals onder andere de zorgkantoren, de indicatieorganen, overige zorginstellingen en cliënten- en vrijwilligersorganisaties. Door deze uitbreidingen van het benchmarkanalysemodel kan de beoordeling van het functioneren van instellingen op meer dimensies dan alleen de doelmatigheid en het cliëntenoordeel worden gebaseerd. Hierdoor kan de bruikbaarheid van de uitkomsten van het onderzoek naar verwachting verder worden vergroot.

Verbeteringen in het benchmarkonderzoek thuiszorginstellingen 2000 betreffen met name de aanpassingen in de managementvragenlijst, het betrekken van omgevingsfactoren in het onderzoek en het gebruik van een voor het benchmarkonderzoek ontwikkelde internet omgeving. Voor het vergroten van de analysemogelijkheden is de managementvragenlijst, die is bedoeld voor de inventarisatie van de opzet en inrichting van de bedrijfsvoering van de instellingen, aangepast. Hierdoor kunnen naar verwachting de instellingen concrete aangrijpingspunten voor verbetering van de prestaties worden aangereikt. De niet door het management van een instelling te beïnvloeden factoren, zoals de regionale demografische ontwikkelingen en de arbeidsmarkt in het werkgebied van de instelling, worden als omgevingsvariabelen bij het onderzoek betrokken. Hierdoor kunnen de prestaties van de instelling in perspectief worden gezien.

Door PricewaterhouseCoopers wordt de aanlevering van de gegevens met betrekking tot de managementvragenlijst via het internet gefaciliteerd door middel van een hiertoe specifiek voor de sector thuiszorg ontwikkelde benchmarkomgeving. Hierdoor kan de door de instellingen te leveren inspanning aanzienlijk worden gereduceerd en de efficiëntie en betrouwbaarheid van de gegevensuitwisseling worden verhoogd.

Tenslotte zijn bij de opzet van het benchmarkonderzoek 2000 ook de ervaringen met de ontwikkeling van het benchmarkinstrumentarium voor de verpleeghuizen en verzorgingshuizen verwerkt. Dit leidt ertoe dat binnen de sector Verpleging en Verzorging over een samenhangend benchmarkinstrumentarium kan worden beschikt.

Het doel van deze informatiebrochure is de thuiszorginstellingen en andere bij het onderzoek betrokken partijen te informeren over de inhoud en opzet van het benchmarkonderzoek thuiszorginstellingen 2000. In de brochure wordt aangegeven hoe het benchmarkonderzoek in 2001 wordt uitgevoerd en op welke wijze de instellingen wordt gevraagd hieraan een bijdrage te leveren. Met deze brochure beogen wij een overzichtelijk naslagwerk te hebben aangereikt.

Gelet op het belang van de uitkomsten van het onderzoek, zowel voor de individuele instellingen als de sector in zijn geheel, vertrouwen wij op uw medewerking bij de uitvoering van het tweede benchmarkonderzoek. Alleen een continuering van uw directe betrokkenheid en inzet kan ook voor de komende jaren daadwerkelijk bijdragen aan een verdere versterking van de doelmatigheid, kwaliteit en transparantie binnen de sector thuiszorg.

Drs. B.E. van den Dungen



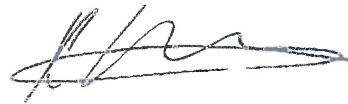
Directeur
Landelijke Vereniging
voor Thuiszorg

A. Treffers



Directeur
Branchebelang
Thuiszorg Nederland

Prof. Dr. P.A.H. van Lieshout



Directeur-Generaal Zorg
Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Inleiding

Voordat in de volgende hoofdstukken het benchmarkanalysemodel 2001 voor de sector thuiszorg wordt toegelicht, gaan wij in deze inleiding in op de doelstellingen en achtergronden van het tweede benchmarkonderzoek in de sector thuiszorg. De inleiding wordt afgesloten met een overzicht van de verdere opbouw van de brochure.

Waarom benchmarken in de sector thuiszorg?

Onder 'benchmarken' in algemene zin wordt verstaan: *"het continue en systematische proces om prestaties te verbeteren door prestatieniveaus, processen en werkwijzen te vergelijken met die van organisaties die toonaangevend zijn in de samenleving om op basis van excellente prestaties en werkwijzen verbeteringsmogelijkheden te identificeren en te implementeren"*.

In het verlengde van het benchmarkonderzoek over 1997 is het benchmarkonderzoek 2000 erop gericht de prestaties van thuiszorginstellingen onderling en in de tijd te vergelijken in relatie tot de per instelling beschikbaar gestelde middelen. Het leveren van spiegelinformatie en aanknopingspunten voor het verbeteren van de bedrijfsvoering, transparantie en legitimering van de besteding van collectieve middelen zijn hierbij sleutelbegrippen.

Verbeteren doelmatigheid en kwaliteit

Het benchmarkonderzoek thuiszorginstellingen 2000 dient inzicht te verschaffen in de doelmatigheid en kwaliteit van de sector thuiszorg als geheel en van de afzonderlijke instellingen. Daarnaast dienen de mogelijkheden tot het verbeteren van de kwaliteit en de doelmatigheid van de thuiszorginstellingen te worden geïdentificeerd. Daartoe worden analyses gemaakt van de doelmatigheid, de kwaliteit van de zorg- en dienstverlening vanuit het perspectief van cliënten, de kwaliteit van de arbeid uit het perspectief van de medewerkers en de waardering van relevante partijen die met de thuiszorginstellingen te maken hebben.

In het onderzoek worden op grond van geobjectiverde waarnemingen binnen een groep vergelijkbare instellingen (peer groups) de best practice-instellingen benoemd. Alle instellingen binnen een peer group worden vergeleken met de concreet bestaande best practice-instelling. De gedachte hierachter is, dat instellingen kunnen leren van de bedrijfsvoering van vergelijkbare best practice instellingen. Beoogd wordt om door het aanleveren van spiegelinformatie managers en medewerkers van instellingen concrete handvatten aan te reiken voor mogelijke verbeteringen in de bedrijfsvoering. Op basis van de aangereikte spiegelinformatie kunnen zij de kwaliteit en/of de doelmatigheid van hun organisatie mogelijk bevorderen.

Op basis van de door de instellingen aangeleverde en door de onderzoekers gevalideerde en geanalyseerde gegevens over de productiekosten en opzet van de bedrijfsvoering kunnen naar verwachting wederom bouwstenen worden aangereikt die door betrokken partijen mogelijk kunnen worden gebruikt bij de voorbereiding en vaststelling van de beleidsregels thuiszorg voor 2002.

In dit perspectief zijn in de nota 'Benchmark Thuiszorg 2000' van de Landelijke Vereniging voor Thuiszorg de doelstellingen van het benchmarkonderzoek als volgt omschreven:

- op landelijk niveau: de positie van de sector als geheel te versterken en bij de voorbereiding van landelijke regels en projecten zo goed mogelijk rekening te houden met de resultaten van het benchmarkonderzoek en daaruit te destilleren normen voor prestaties van instellingen;
- op instellingsniveau: informatie te generen over de bedrijfsvoering en de kwaliteit van de dienstverlening aan de cliënt, op basis waarvan het management van de instellingen zelf vorm kan geven aan initiatieven ter optimalisering van die bedrijfsvoering respectievelijk de kwaliteit van de dienstverlening aan de cliënt.

Het uitvoeren van het benchmarkonderzoek 2000 voor de sector thuiszorg staat niet op zichzelf. Ook binnen de sectoren geestelijke gezondheidszorg, verstandelijk gehandicapten en verpleging en verzorging worden vergelijkbare benchmarkonderzoeken voorbereid. In de tweede helft van 2001 wordt het voor de verpleeg- en verzorgingshuizen ontwikkelde benchmarkinstrumentarium bij 100 verpleeg- en verzorgingshuizen getest.

Alle toegelaten thuiszorginstellingen worden bij het benchmarkonderzoek betrokken

Aan alle toegelaten thuiszorginstellingen zal worden gevraagd deel te nemen aan het benchmarkonderzoek 2000. De instellingen worden verzocht de benodigde kwantitatieve en kwalitatieve gegevens aan te leveren.

Voordat de aangeleverde gegevens bij de analyses worden betrokken, worden door PricewaterhouseCoopers enkele controles uitgevoerd. Indien hieruit vragen naar voren komen, worden deze met de instelling besproken. Indien een instelling ondanks uitgebreide ondersteuning niet in staat blijkt te zijn consistente gegevens aan te leveren, worden de gegevens van de desbetreffende instelling niet in het benchmarkonderzoek betrokken. Evenals in 1998 is ook nu weer voor deze werkwijze gekozen om te voorkomen dat onbetrouwbare gegevens ruis in de benchmarkanalyses veroorzaken en daarmee de bruikbaarheid van de onderzoeksresultaten beperken.

Het benchmarkonderzoek richt zich op de volgende door de thuiszorginstellingen in 2000 binnen de AWBZ aanspraak algemene thuiszorg 2000 geleverde producten. Dit betreft:

- | | |
|--------------------------------|---------------------------------------|
| • alphahulpverlening; | • verpleging; |
| • huishoudelijke verzorging; | • gespecialiseerde verpleging; |
| • verzorging; | • advies, instructie en voorlichting; |
| • gespecialiseerde verzorging; | • dagverzorging voor ouderen. |

In het benchmarkonderzoek 2000 maken de producten uitleen en transport van verpleegartikelen alsmede de status aparte producten beperkt deel uit van het onderzoek. Voor deze producten zal voor zover mogelijk, worden geïnventariseerd welke kosten door de instellingen zijn gemaakt en wat de aard en omvang is van activiteiten die worden uitgevoerd voor het uitlenen van verpleegartikelen, ouder- en kindzorg en voedingsvoorlichting en dieetadvisering.

Afhankelijk van de resultaten van deze inventarisatie, kan het verkregen inzicht in de productieomvang en de kosten van deze producten mogelijk een bijdrage leveren aan de opzet en inrichting van de financiering van deze producten.

Rapportage resultaten van het onderzoek

Evenals in 1997 het geval was, worden de resultaten van het benchmarkonderzoek thuiszorginstellingen 2000 in twee soorten rapportages weergegeven, te weten:

- een **generiek** rapport;
- een **specifiek** rapport per instelling.

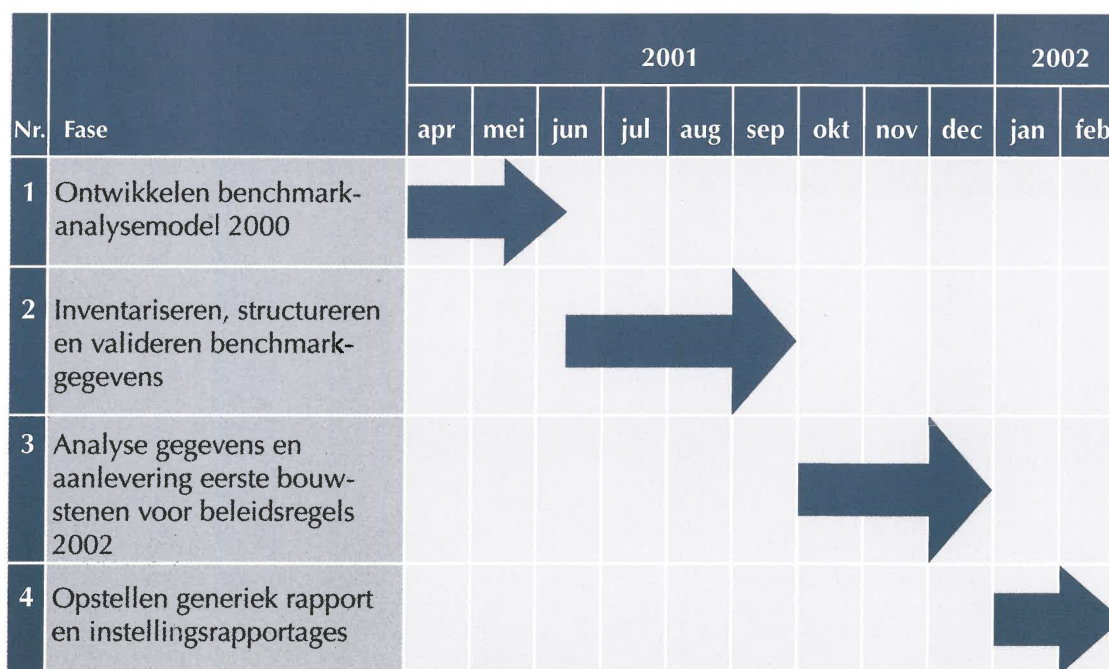
In de **generieke** rapportage worden de kenmerken van geanonimiseerde best practice-instellingen beschreven. De aan het onderzoek deelnemende instellingen zijn in de generieke rapportage niet identificeerbaar. In de generieke rapportage wordt in algemene zin ingegaan op de geconstateerde verschillen in doelmatigheid, de door de cliënten beoordeelde kwaliteit van de zorg, de door medewerkers beoordeelde kwaliteit van arbeid en de maatschappelijke waardering van de bij thuiszorginstellingen betrokken instanties. Tevens komen de mogelijke onderlinge verbanden tussen de bouwstenen aan de orde. Waar mogelijk en zinvol worden de onderzoeksresultaten over 2000 vergeleken met die van het benchmarkonderzoek 1997. De generieke rapportage zal aanbevelingen bevatten voor de wijze waarop de doelmatigheid en kwaliteit binnen de sector kunnen worden versterkt.

In de **specifieke** rapportages per instelling worden de resultaten van de desbetreffende instelling vergeleken met de best practice-instellingen en de sectorgemiddelden. De instellingsrapportages hebben als doel het management en de medewerkers van instellingen aangrijpingspunten voor het verbeteren van het functioneren van de instelling aan te reiken door het terugkoppelen van spiegelinformatie.

In 1997 is tussen de Landelijke Vereniging voor Thuiszorg en het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport afgesproken dat de kernresultaten van het benchmarkonderzoek thuiszorginstellingen 2000 openbaar zullen zijn. In de komende periode zal door partijen worden vastgesteld welke gegevens op instellingsniveau openbaar worden gemaakt. Door partijen wordt onderkend dat het openbaar maken van de benchmarkgegevens van een instelling de positie van een instelling niet mag ondermijnen. De openbaar te maken gegevensset zal dan ook zodanig worden vastgesteld, dat deze overeenkomt met de door andere AWBZ-instellingen openbaar te stellen gegevens.

Planning van het benchmarkonderzoek omvat vier fasen

De uitvoering van het benchmarkonderzoek bestaat uit vier fasen (figuur 1). In de eerste fase is het benchmarkanalysemodel 2000 in samenwerking met betrokken partijen doorontwikkeld en aangevuld. In de tweede fase worden in de periode juni tot en met september 2001 bij instellingen, cliënten, medewerkers en overige belanghebbenden de benodigde gegevens opgevraagd. Aangezien het verzamelen van de benodigde gegevens in een vakantieperiode plaatsvindt, is voor deze tweede fase ruim drie maanden uitgetrokken. De verzamelde gegevens worden vervolgens door de onderzoekers gestructureerd en gevalideerd. In de derde fase, van oktober tot en met december 2001, worden de gevalideerde gegevens geanalyseerd en worden mogelijk eerste bouwstenen voor de beleidsregels 2002 aan partijen aangeleverd. In de vierde fase worden het generieke rapport en de instellingsrapportages opgesteld. Deze zijn eind februari 2002 beschikbaar.



Figuur 1: Fasering benchmarkonderzoek thuiszorginstellingen 2000

Communicatie en informatievoorziening via nieuwsbrieven en internetsite

De aan het benchmarkonderzoek 2000 deelnemende instellingen worden op verschillende momenten geïnformeerd over de uitvoering en voortgang van het onderzoek. De informatievoorziening vanuit het project is primair gericht op de directies van de thuiszorginstellingen. De directies worden geacht de informatievoorziening over het benchmarkonderzoek binnen de eigen instelling te verzorgen. Uiteraard kan daarbij gebruik worden gemaakt van de informatievoorziening vanuit het project.

De communicatie met de instellingen en de overige betrokken partijen zal via nieuwsbrieven en de voor het benchmarkonderzoek thuiszorginstellingen 2000 geopende internetsite plaatsvinden. Op de internetsite worden ondermeer de antwoorden op de meest voorkomende vragen weergegeven. Daarnaast vinden aan het begin en na de afronding van het benchmarkonderzoek voorlichtingsbijeenkomsten plaats over respectievelijk de uitvoering en de resultaten van het onderzoek.

Opbouw van deze brochure

De brochure bestaat uit drie delen. In het eerste deel wordt in hoofdstuk 1 een overzicht gegeven van het benchmarkanalysemodel en de wijze waarop best practice-instellingen worden vastgesteld. Vervolgens worden in de hoofdstukken 2 tot en met 5 de vier bouwstenen van het te hanteren benchmarkanalysemodel nader toegelicht. Achtereenvolgens komen aan de orde: de beoordeling van de doelmatigheid (hoofdstuk 2), de beoordeling van de kwaliteit van zorg en dienstverlening door de cliënten (hoofdstuk 3); de beoordeling van de kwaliteit van arbeid door de medewerkers (hoofdstuk 4) en de maatschappelijke waardering van de instelling door overige belanghebbenden (hoofdstuk 5).

In deel 2 wordt vervolgens aandacht besteed aan de mogelijke verklaringen voor de best practice-scores. Achtereenvolgens wordt ingegaan op de managementvragenlijsten voor analyse van de bedrijfsvoering (hoofdstuk 6) en de omgevingsvariabelen (hoofdstuk 7).

Ten slotte wordt in deel 3 in hoofdstuk 8 ingegaan op de wijze waarop de verzameling van de benodigde gegevens zal plaatsvinden. De rol van internet komt hierbij aan de orde. Tevens wordt aangegeven op welke wijze de instellingen tijdens het onderzoek door de onderzoekers kunnen worden ondersteund.

DEEL I: Het benchmarkanalysemodel 2000

1 Een overzicht van het benchmarkanalysemodel

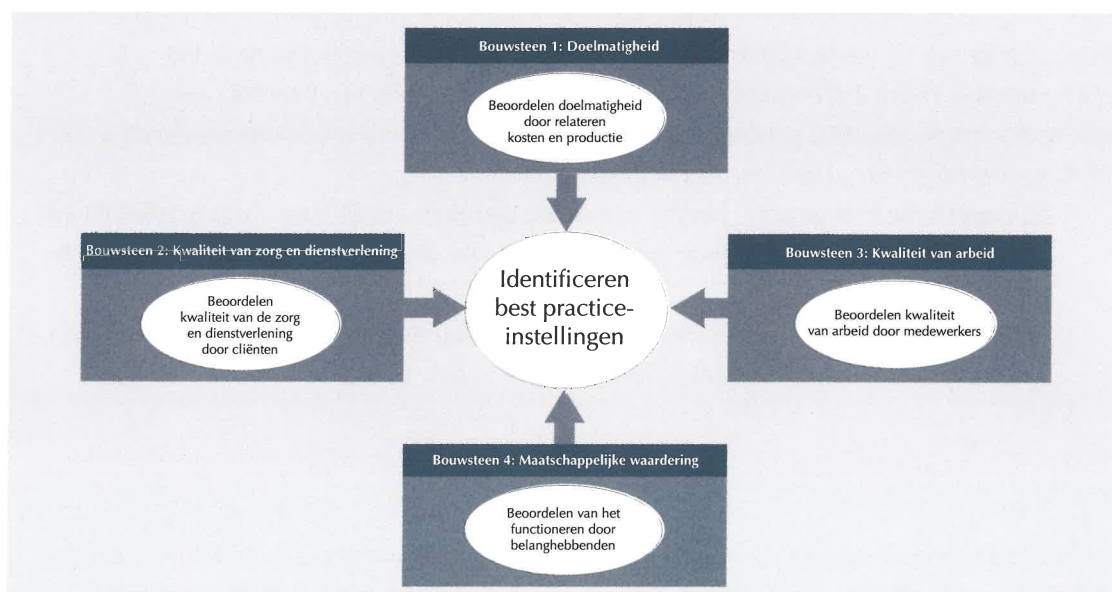
In 1998 is een benchmarkanalysemodel ontwikkeld om te komen tot een oordeel over het functioneren van een thuiszorginstelling, het identificeren van best practice-instellingen en het aanreiken van mogelijke verbetermogelijkheden in de bedrijfsvoering van instellingen. Dit benchmarkanalysemodel vormt de basis voor het benchmarkonderzoek thuiszorginstellingen 2000.

1.1 Benchmarkanalysemodel 2000 heeft vier bouwstenen

Ten behoeve van het benchmarkonderzoek thuiszorginstellingen 2000 is in de afgelopen periode in samenwerking met onder meer de thuiszorginstellingen uit de klankbordgroep en de leden van de projectgroep het benchmarkanalysemodel 1997 verbeterd en aangevuld. In het benchmarkanalysemodel 2000 is een aantal aanpassingen opgenomen waarmee ingespeeld wordt op ontwikkelingen binnen de thuiszorgsector. Voorbeelden daarvan zijn het toenemende belang van het arbeidsmarktbeleid en de introductie van nieuwe productdefinities voor de thuiszorg per 1 januari 2000.

De in figuur 2 weergegeven bouwstenen in het benchmarkanalysemodel 2000 voor het identificeren van best practice-instellingen betreffen:

- **bouwsteen 1:** beoordeling van de **doelmatigheid** van een instelling;
- **bouwsteen 2:** beoordeling van de **kwaliteit van zorg en dienstverlening** door cliënten van een instelling;
- **bouwsteen 3:** beoordeling van de **kwaliteit van arbeid** door de medewerkers van een instelling;
- **bouwsteen 4:** de **maatschappelijke waardering** voor de instelling door overige belanghebbenden.



Figuur 2: De vier bouwstenen in het benchmarkanalysemodel 2000 voor identificatie van best practice-instellingen

Bouwsteen 1: Beoordeling van de doelmatigheid van een instelling

De doelmatigheid van een instelling wordt gemeten door de gerealiseerde productie van een instelling in de acht producten binnen de AWBZ aanspraak algemene thuiszorg 2000 te relateren aan de daarvoor gemaakte kosten. Voor de berekening van de doelmatigheid wordt gebruik gemaakt van Data Envelopment Analysis (DEA). Door gebruik te maken van deze kwantitatieve analyse techniek is het niet noodzakelijk om de kosten van een instelling over de acht bij het onderzoek betrokken producten te alloceren. Dit maakt het verzamelen van de voor het onderzoek benodigde kwantitatieve gegevens voor de instellingen eenvoudiger en minder arbitrair.

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

Mede in verband met het feit dat in 2000 het ingezette deskundigheidsniveau van een medewerker bepalend is voor het door een instelling geleverde product, is het noodzakelijk om in de doelmatigheidsmeting rekening te houden met de mate waarin de door een instelling geleverde zorg aansluit op de zorgvraag. De hierbij te hanteren werkwijze wordt in hoofdstuk 2 nader toegelicht.

Bouwsteen 2: Beoordeling van de kwaliteit van zorg en dienstverlening door cliënten van een instelling

De tweede bouwsteen betreft de beoordeling van de kwaliteit van zorg en dienstverlening door cliënten van de instellingen. In het benchmarkonderzoek 1997 is gebruik gemaakt van de vragenlijst van de Stichting KIEN (Kwaliteit In Eigen huis). De Stichting KIEN heeft aan het Nivel opdracht gegeven de vragenlijst te herijken en aan te passen op grond van de in het benchmarkonderzoek 1997 opgedane ervaringen. De aangepaste lijst wordt bij het benchmarkonderzoek 2000 gebruikt. De vragenlijst is opgebouwd rondom twee thema's. De cliënten worden gevraagd een oordeel te geven over:

- de **organisatie** van de zorg. Hierbij komen de continuïteit van zorg, de toegankelijkheid en beschikbaarheid, de informatieverstrekking en de procedures en regelgeving aan de orde;
- de **inhoud** van de zorg. De vraagstelling richt zich op de bejegening en de deskundigheid van de thuiszorgmedewerkers en de autonomie van de cliënt.

Bouwsteen 3: Beoordeling van de kwaliteit van arbeid door medewerkers van een instelling

Het oordeel van de medewerkers over de kwaliteit van arbeid vormt de derde bouwsteen van het benchmarkanalysemodel. Medewerkers wordt gevraagd hun oordeel te geven over de kwaliteit van arbeid in algemene zin en over de verschillende factoren die van invloed zijn op de kwaliteit van arbeid.

Voor het benchmarkonderzoek thuiszorginstellingen 2000 zal gebruik gemaakt worden van de reeds beschikbare resultaten van de medewerkersraadpleging die in november 1999 is uitgevoerd en waarover in mei 2000 is gerapporteerd.

Bouwsteen 4: Maatschappelijke waardering van een instelling door belanghebbenden

Voor een breed inzicht in het functioneren van thuiszorginstellingen heeft de sector het zinvol geacht om, naast het oordeel van cliënten en medewerkers, ook het oordeel van andere bij de instelling betrokken partijen in het benchmarkonderzoek te betrekken.

In dit kader worden de ziekenhuizen, verpleeghuizen, verzorgingshuizen, zorgkantoren, regionale indicatie organen, Stichtingen Welzijn Ouderen, regionale opleidingscentra, regionale patiënten- en cliëntenplatforms, vrijwilligersorganisaties en huisartsen gevraagd een beknopte vragenlijst in te vullen. In de vragenlijst wordt bovenstaande partijen gevraagd per thuiszorginstelling waarmee zij te maken hebben hun oordeel te geven over de bereikbaarheid, betrouwbaarheid, innovatiegerichtheid en flexibiliteit van de instelling.

Op basis van de verkregen antwoorden kan naar verwachting een indicatie worden verkregen van het oordeel van deze partijen over de thuiszorginstelling waarmee zij te maken hebben.

1.2 Identificatie van best practice-instellingen

De vier onderscheiden bouwstenen leiden tot vier oordelen over de prestaties van een instelling op de onderscheiden deel terreinen. Hierbij zullen per bouwsteen wederom prestatieclassen worden onderscheiden. De best presterende instellingen worden in klasse A ingedeeld. De instellingen die iets minder goed presteren komen in klasse B enzovoorts. De instellingen die op basis van een gecombineerde beoordeling van de onderscheiden bouwstenen het best presteren, worden als best practice-instellingen geïdentificeerd.

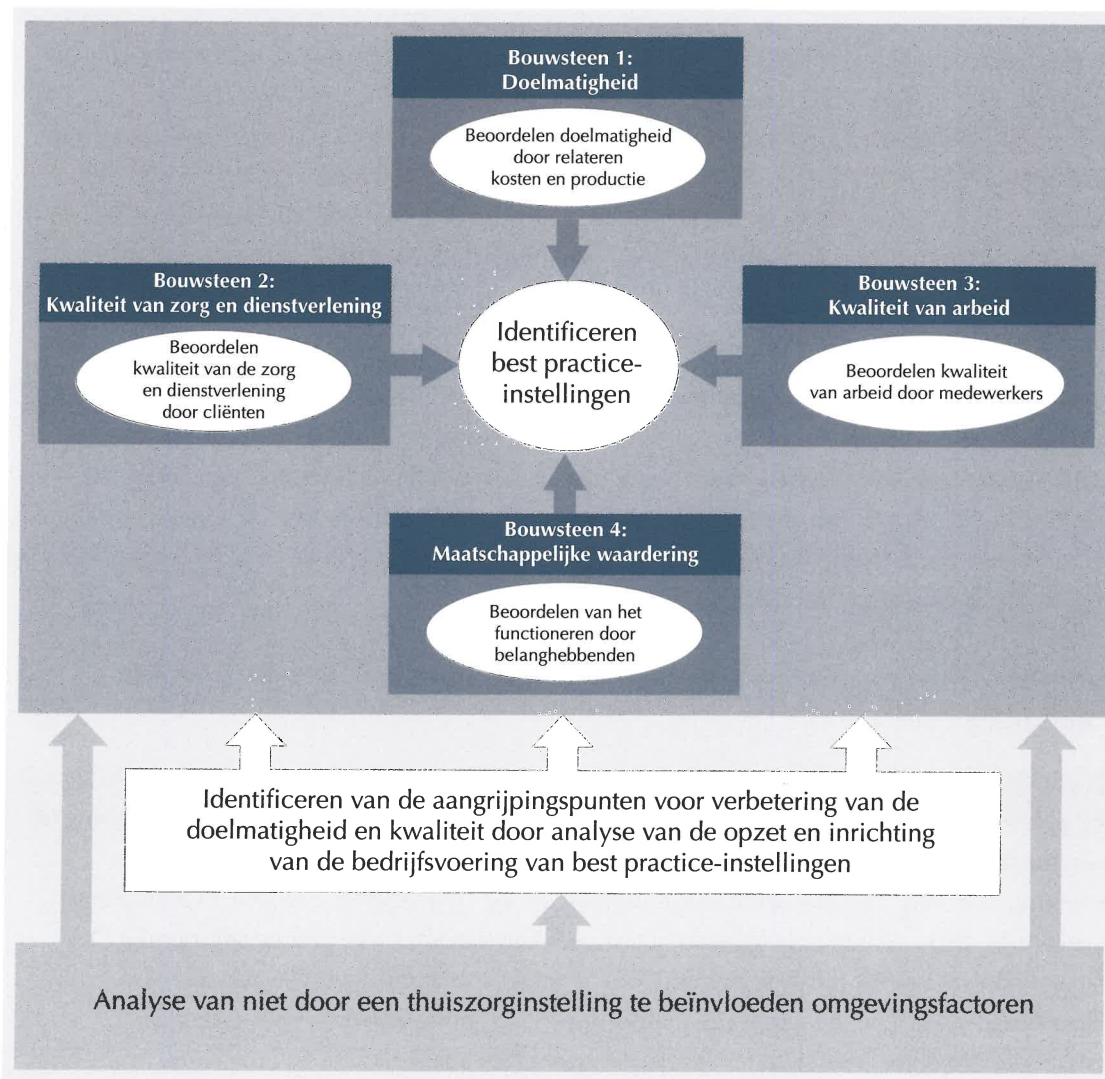
1.3 Aanreiken van aangrijpingspunten voor verbetering van de prestaties van instellingen

Als onderdeel van het benchmarkonderzoek 2000 wordt gezien in hoeverre de prestaties van de best practice-instellingen kunnen worden verklaard door factoren die door het management te beïnvloeden zijn (de bedrijfsvoering) dan wel door de niet of nauwelijks te beïnvloeden omgevingsfactoren. Hiertoe worden met behulp van een managementvragenlijst aanvullende gegevens bij de instellingen geïnventariseerd over kernaspecten van de bedrijfsvoering. De managementvragenlijst is opgebouwd uit een algemene vragenlijst en vier specifieke vragenlijsten gericht op de wijze van aansturing en inrichting van de organisatie, het personeelsbeleid, de financiële functie en de systeemkwaliteit.

De instellingen worden gevraagd aan te geven welke acties zij ondernemen om het presteren van de instelling op de onderscheiden dimensies te meten en (continu) te verbeteren. Het doel van de managementvragenlijst is het verkrijgen van gegevens op grond waarvan kan worden onderzocht in welke mate de door het management te beïnvloeden factoren bijdragen aan het goed presteren van de instellingen op de onderscheiden dimensies.

Om aangrijpingspunten voor verbetering te kunnen opsporen, wordt een analyse gemaakt van de samenhang tussen de bedrijfsvoering van een instelling en de door best practice-instellingen geleverde prestaties. Op basis van de resultaten van deze analyses kunnen naar verwachting aanknopingspunten tot verbetering van de bedrijfsvoering aan de overige instellingen worden aangereikt. Ook kan mogelijk worden aangegeven welke omgevingsfactoren van invloed zijn geweest op de prestaties van instellingen. Hierdoor kan spiegelinformatie voor het management en de medewerkers van de instellingen worden gegenereerd.

In figuur 3 is de conceptuele opzet van het integrale benchmarkanalysemodel 2000 schematisch weergegeven.



Figuur 3: Conceptuele opzet benchmarkanalysemodel 2000

2 De doelmatigheid van thuiszorginstellingen

De eerste bouwsteen van het benchmarkanalysemodel is de beoordeling van de doelmatigheid van de thuiszorginstellingen. Evenals in het benchmarkonderzoek thuiszorginstellingen 1997 zal de Data Envelopment Analysis methodiek (DEA) worden gebruikt om de doelmatigheid van een instelling te bepalen. De werking van deze methodiek wordt in dit hoofdstuk uitgelegd. In verband met de gewijzigde productdefinities is het noodzakelijk om in aanvulling op de instellingsdoelmatigheid tevens rekening te houden met de aansluiting tussen de door de thuiszorginstellingen geleverde zorg en de zorgvraag waarmee de thuiszorginstellingen worden geconfronteerd. De wijze waarop de aansluiting tussen de zorgvraag en het zorgaanbod wordt verkend, wordt eveneens toegelicht. Ten slotte wordt de analyse van de geconstateerde verschillen in de doelmatigheid tussen thuiszorginstellingen nader beschreven.

2.1 Beoordelen van de doelmatigheid met behulp van de DEA-methodiek

Met behulp van de DEA-methodiek wordt de doelmatigheid van de thuiszorginstellingen 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 een vergelijkbare productenmix) met elkaar te vergelijken en de meest doelmatige instellingen te identificeren.

De DEA-methodiek gaat uit van een 'productiegedachte'. Dit betekent dat 'inputs' van een organisatie door middel van een productieproces in 'outputs' worden omgezet. Door nu de geleverde producten (outputs) en de hiervoor gemaakte kosten (gebruikte middelen) aan elkaar te relateren ontstaat inzicht in de doelmatigheid van een instelling. Hierbij ligt uitdrukkelijk de nadruk op middelen die in een eenduidige relatie staan tot hetgeen moet worden gerealiseerd; meer van het één (input) leidt tot meer van het ander (output). Hierbij is onderkend dat, evenals in 1997 het geval was, ook in 2000 niet alle instellingen de acht aan het onderzoek ten grondslag liggende thuiszorgproducten hebben geproduceerd. Bij de clustering van de met elkaar te vergelijken instellingen wordt met dit aspect expliciet rekening gehouden.

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

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

De eerste twee vormen van efficiëntie worden tezamen kostenefficiëntie genoemd.

Een voorbeeld van de werking van de DEA-methodiek

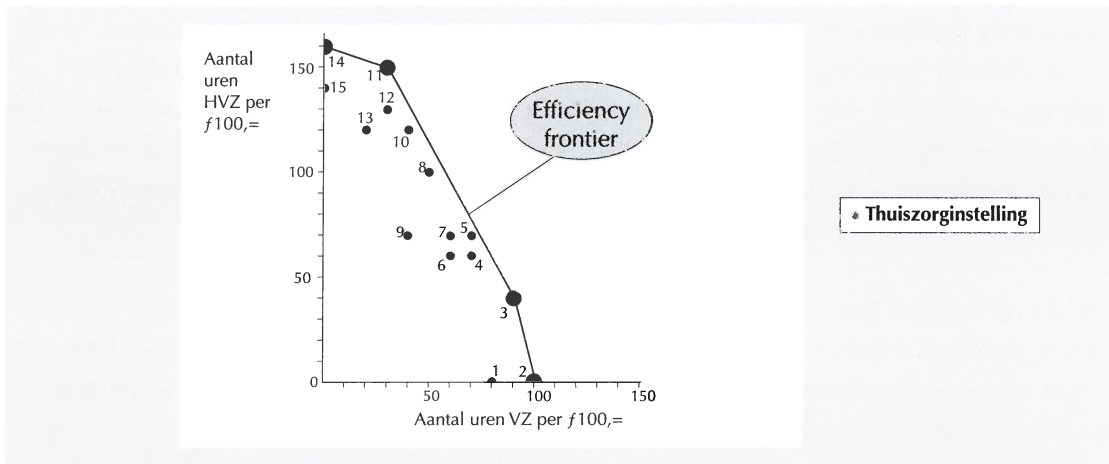
De werking van de DEA-techniek wordt hieronder met behulp van een voorbeeld geïllustreerd. In het voorbeeld wordt uitgegaan van de situatie waarbij de instellingen slechts twee producten leveren binnen de AWBZ-aanspraak algemene thuiszorg, namelijk huishoudelijk verzorging (HVZ) en verzorging (VZ). Om de productie voor deze twee producten te kunnen leveren, worden door de desbetreffende instellingen kosten gemaakt. Tabel 1 bevat een overzicht van de totale kosten en productie voor vijftien denkbeeldige instellingen. Voor de eenvoud is er van uitgegaan dat alle instellingen dezelfde totale kosten hebben en alleen de productie varieert.

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

Tabel 1: Gegevens ter illustratie toepassing DEA-methodiek

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

- het aantal uren VZ ten opzichte van de totale kosten
- het aantal uren HVZ ten opzichte van de totale kosten.



Figuur 4: DEA-grafiek

In figuur 4 zijn instelling 1 en 2 goed herkenbaar. Omdat zij geen uren HVZ produceren, komen ze op de X-as terecht. Instelling 2 (de meer doelmatige) is hierbij verder van de oorsprong van de grafiek gepositioneerd omdat deze instelling ten opzichte van instelling 1 meer uren VZ realiseert voor dezelfde kosten. Deze redenering kan ook doorgetrokken worden voor de instellingen die twee producten leveren. De meest doelmatige instellingen bevinden zich zo ver mogelijk van de oorsprong van de grafiek. De denkbeeldige lijn die tussen deze meest doelmatige instellingen kan worden getrokken in de DEA-grafiek wordt de efficiency frontier genoemd.

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 feitelijke bestaande (dus geen virtuele) instellingen op de efficiency frontier en waarin een vergelijkbare productenmix wordt aangeboden. Hiermee wordt de nadruk op de “technische efficiëntie” gelegd.

Kanttekeningen bij de toepassing van de DEA-methodiek

De toepassing van de DEA-techniek heeft zowel een aantal voor- als nadelen. Als eerste voordeel geldt dat voor de analyse geen inzicht nodig is in de toerekening van de kosten aan de acht producten afzonderlijk. Dit betekent dat de instellingen geen gedetailleerde gegevens behoeven aan te leveren over de toerekening van kosten aan de acht producten afzonderlijk. Opgemerkt wordt dat de toerekening van kosten aan de andere producten die een instelling levert (bijvoorbeeld ouder- en kindzorg, voedingsvoorzorging en diëetadviesing en kraamzorg), wél 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 acht in het benchmarkonderzoek betrokken producten worden ingezet.

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

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

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 landelijke of grootstedelijke gebieden en instellingen die landelijk of regionaal opereren. Door instellingen te clusteren voorafgaand aan de DEA-analyse neemt de zeggingskracht van de analyseresultaten toe en wordt daarmee de bruikbaarheid van de uitkomsten groter.

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

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

2.2 Analyse van de doelmatigheid van de instellingen

In het voorgaande is beschreven op welke wijze in het onderzoek de doelmatigheid van de instellingen wordt gemeten en hoe tot vergelijkbare instellingen wordt gekomen. Aanvullend is van belang op welke wijze de verschillen in de doelmatigheid tussen de instellingen kunnen worden verklaard. Hierbij worden factoren die wel en factoren die niet of nauwelijks door het management kunnen worden beïnvloed, onderscheiden.

Bedrijfsvoering van de instelling

In de analyse van de doelmatigheid zal worden onderzocht in hoeverre de bedrijfsvoering van doelmatige instellingen overeenkomsten vertonen. Deze overeenkomsten kunnen vervolgens aanwijzingen zijn voor potentiële verbetermogelijkheden bij minder goed presterende instellingen. Op deze wijze worden succesfactoren geïdentificeerd die zich in de praktijk hebben bewezen en wordt niet louter gesteund op theoretische succesfactoren. In hoofdstuk 6 wordt de analyse van de bedrijfsvoering nader toegelicht. In het vervolg van dit hoofdstuk wordt specifiek aandacht besteed aan de aspecten die direct van invloed kunnen zijn op de gemeten doelmatigheid van een instelling.

Kostenstructuur en productiekenmerken van de instelling

Het benchmarkonderzoek thuiszorginstellingen 1997 heeft een aantal duidelijke relaties laten zien tussen de doelmatigheid van instellingen en een aantal kenmerken van de kostenstructuur. Zo is geconstateerd dat met name de 'kosten van uitvoerenden per uur per product' een belangrijke verklaring vormen voor de doelmatigheid. De kosten van uitvoerenden per uur hangt samen met het ziekteverzuim, de productiviteit per functiegroep, de wijze waarop de instellingen de functiegroepen over de producten inzetten en de kosten per betaalluur per functiegroep. Deze analyses zullen dan ook in het benchmarkonderzoek thuiszorginstellingen 2000 worden uitgevoerd.

Hieronder volgt een niet uitputtend overzicht van analyses gericht op het identificeren van verklarende factoren voor de doelmatigheid vanuit de kostenstructuur en de productiekenmerken van de instellingen:

- opbouw kostenstructuur (ondermeer aandeel en opbouw van de overhead);
- kosten per betaalluur van uitvoerenden;
- productiviteit van uitvoerenden;
- kosten van uitvoerenden per uur, per product;
- verhouding eigen personeel en inhuur van derden;
- ziekteverzuim.

Uniformiteit van de productieregistratie

Op basis van de resultaten van het benchmarkonderzoek over 1997 is vastgesteld dat binnen de sector thuiszorg destijds nog geen uniformiteit was gerealiseerd ten aanzien van de meting van productieve uren. Ofschoon volgens de overeengekomen beleidsregels alleen de tijd die daadwerkelijk bij de cliënt is besteed als productief kan worden aangemerkt, bleek dat ondermeer reistijd, coördinatietijd en de afronding van de productieve uren niet door alle instellingen juist werden geregistreerd.

Een analyse van de door een instelling in een regio gerealiseerd zorgaanbod in relatie tot de geraamde zorgvraag en de aard en omvang van de wachtlijst kon door een gebrek aan betrouwbare en objectieve gegevens destijds slechts marginaal worden uitgevoerd.

Gelet op het belang van deze aspecten voor de meting van de doelmatigheid zal ook in het benchmarkonderzoek thuiszorginstellingen 2000 aan deze aspecten wederom aandacht worden besteed. Hierbij wordt opgemerkt dat de registratie van de productie binnen de sector thuiszorg naar verwachting inmiddels is verbeterd. Ook zijn thans meer gegevens over de zorgvraag en wachtlijsten beschikbaar. Waar mogelijk worden deze inzichten bij het benchmarkonderzoek 2000 betrokken teneinde de beoordeling van de doelmatigheid van een instelling zo adequaat mogelijk uit te voeren.

Wijziging productregistratie van invloed op zorgaanbod

Bij de ontwikkeling van het benchmarkanalysemodel is van meet af aan onderkend dat de mate waarin het door een instelling gerealiseerde zorgaanbod aansluit bij de zorgvraag van belang is voor het beoordelen van het functioneren van een instelling. In dit kader is het van belang dat per 1 januari 2000 de opzet van de productdefinities voor de producten algemene thuiszorg zijn aangepast. Belangrijkste wijziging in de opzet van de productdefinities is dat de door de thuiszorginstelling ingezette functieniveaus bepalend zijn voor de geregistreerde productie. Door de koppeling tussen het ingezette functieniveau en de geregistreerde productie kan het geregistreerde product afwijken van het geïndiceerde en feitelijk geleverde product. Bijvoorbeeld: indien het product 'Huishoudelijke Verzorging' is geïndiceerd en de thuiszorginstelling een verzorgingshulp B inzet, dan wordt het product als 'Verzorging' geregistreerd.

Zoals toegelicht, wordt bij het beoordelen van de doelmatigheid van de thuiszorginstellingen de omvang van de productie gerelateerd aan de hiervoor gemaakte kosten. Indien een thuiszorginstelling een verzorgingshulp B inzet als 'Huishoudelijke Verzorging' is geïndiceerd, wordt bij het bepalen van de instellingsdoelmatigheid gemeten tegen welke kosten het product 'Verzorging' wordt geleverd.

Binnen het vigerende systeem is dit een juiste werkwijze om de doelmatigheid van de inzet van functieniveaus door de instellingen te bepalen. Indien de thuiszorginstelling een thuishulp A zou hebben ingezet bij de indicatie voor 'Huishoudelijke Verzorging' dan zouden de kosten lager zijn geweest en zouden meer uren zorg kunnen worden geleverd per x gulden kosten. Onder bepaalde voorwaarden kan worden beargumenteerd dat de inzet van een thuishulp A door de thuiszorginstelling in maatschappelijke zin doelmatiger is. Dit aspect van doelmatigheid komt niet tot uitdrukking in de beoordeling van de doelmatigheid zoals die met behulp van de DEA-methodiek wordt uitgevoerd. DEA vergelijkt immers instellingen die een gelijksoortige productenmix hebben.

In verband met de gewijzigde productdefinities is het wenselijk geacht om de doelmatigheidsmeting ook in het perspectief te plaatsen van de mate waarin de zorgvraag en het zorgaanbod in een regio op elkaar aansluiten. Om een analyse van de aansluiting van de zorgvraag en het zorgaanbod uit te kunnen voeren, is inzicht in de zorgvraag waarmee een thuiszorginstelling wordt geconfronteerd noodzakelijk.

De Regionale Indicatie Organen (RIO's) zijn belast met het indiceren van de zorgvraag. Het op eenduidige wijze beschikbaar krijgen van de door de RIO's geïndiceerde zorgvraag is binnen het gegeven tijdsbestek van het benchmarkonderzoek niet haalbaar.

Teneinde toch over een raming van de regionale vraag naar thuiszorg te kunnen beschikken, is met partijen overeengekomen dat in het benchmarkonderzoek 2000 gebruik wordt gemaakt van het door PricewaterhouseCoopers in samenwerking met het bureau Economic Programs ontwikkelde 'zorgvraag ramingsmodel' voor de thuiszorg. Met behulp van dit model kan de vraag naar thuiszorg in een regio worden geraamd aan de hand van een aantal variabelen.

Dit ramingsmodel is in 2000 in opdracht van het ministerie van Financiën en het ministerie van VWS in het kader van de opzet van een AWBZ-verdeelmodel ontwikkeld. In het model wordt per gemeente de thuiszorgproductie gerelateerd aan objectief meetbare feiten, zoals het aantal en de leeftijd van inwoners, het aantal plaatsen in intramurale instellingen, de mate van verstedelijking per gemeente en de huishoudenssamenstelling. Uit verschillende onderzoeken, ondermeer van het Sociaal en Cultureel Planbureau, is gebleken dat deze factoren en met name de leeftijd en samenstelling van het huishouden belangrijke parameters zijn voor de omvang en samenstelling van de zorgvraag in een regio.

Met behulp van het beschikbare "zorgvraag ramingsmodel" kan een verkennende analyse worden gemaakt van de mate waarin de in een regio door de thuiszorginstelling(en) geleverde zorg (op basis van de ingezette functieniveaus) overeenkomt met de met behulp van dit model geraamde zorgvraag. De mate waarin de geleverde en de geprognosticeerde vraag afwijken, kan, gelet op de in 2000 geldende systematiek binnen de thuiszorg, een mogelijke indicatie vormen voor het inzetten van te 'hoge' of 'lage' functieniveaus. Door deze werkwijze kan de met behulp van de DEA-methodiek gemeten (instellings)doelmatigheid in perspectief worden gezien en mogelijk van kanttekeningen worden voorzien.

Aantal cliënten in zorg en gemiddelde zorgduur per cliënt

Verondersteld wordt dat het aantal cliënten in zorg ten opzichte van het geleverde aantal uren, en daarmee de gemiddelde zorgduur per cliënt, een van de verklarende factoren is voor de uitkomsten van de doelmatigheidsmeting voor een instelling. Onderzocht zal worden of er een daadwerkelijke relatie bestaat tussen deze twee factoren (versnippering van de zorg/minutenzorg). Daartoe zal gebruik worden gemaakt van bij het Centraal Administratiekantoor bijzondere zorgkosten (CAK-bz) beschikbare productiegegevens.

Beleid en uitvoering rondom rantsoenering van zorg bij een zorgvraag die het zorgaanbod overtreft

Instellingen worden geconfronteerd met fluctuaties in de vraag naar zorg als gevolg van seizoens- en mogelijk weekpatronen. In het onderzoek zal worden geïnventariseerd hoe instellingen anticiperen op deze fluctuaties in de vraag en omgaan met de inzet van schaars personeel. De effecten hiervan op de doelmatigheid zullen worden onderzocht.

Deze aspecten konden door een gebrek aan betrouwbare en volledige gegevens in het benchmarkonderzoek 1997 slechts summier worden onderzocht. In het benchmarkonderzoek 2000 worden deze aspecten wederom gezien.

Beleid en uitvoering rondom extra productieafspraken voor het wegwerken van wachtlijsten

Voor instellingen die te maken hebben met een vraag die groter is dan het aanbod, wordt geïnventariseerd of zij een beleid voeren dat is gericht op het wachttijdbeheer waarbij, eventueel in samenwerking met andere zorgaanbieders in de regio, het voorzien in de zorgbehoefte van cliënten wordt gemaximeerd. In het verlengde van het voorgaande zal tevens worden gezien welke initiatieven de instellingen hebben genomen om samen met de andere zorgaanbieders in de regio te voorzien in de zorgvraag. In dit kader zal worden geïnventariseerd welke aanvullende productieafspraken voor het wegwerken van wachtlijsten door een instelling met het zorgkantoor zijn gemaakt.

Onderzocht zal worden of de omgeving waarin de instelling zorg verleent van invloed is op de doelmatigheid. Daarbij zal aandacht worden besteed aan bijvoorbeeld het aanbod van zorgcapaciteit in de regio, de arbeidsmarktomstandigheden en de omvang en samenstelling van de wachtlijst in de regio. Bovenstaande aspecten zullen aan de uitkomsten van de doelmatigheidsmeting worden gerelateerd.

2.3 Inventarisatie kosten uitleen verpleegartikelen en status aparte producten

In aanvulling op het doelmatigheidsonderzoek worden de productie en de hiervoor gemaakte kosten voor het uitleen van verpleegartikelen en de status aparte producten, te weten: ouder- en kindzorg en voedingsvoorlichting en dieetadvisering geïnventariseerd.

Uitleen verpleegartikelen

In het kader van de afbouw van de lump sum is met ingang van 1999 een tarief voor de uitleenfunctie binnen de algemene thuiszorg van kracht. Dit tarief is destijds vastgesteld op basis van een eerste globale raming van de kostprijs van de uitleenfunctie. Het belang van de juistheid van de vastgestelde tarieven voor de uitleenfunctie neemt met ingang van 2001 toe, aangezien de gerealiseerde uitleenproductie vanaf 2001 wordt nagecalculeerd. Hierdoor lopen de thuiszorginstellingen financieel risico.

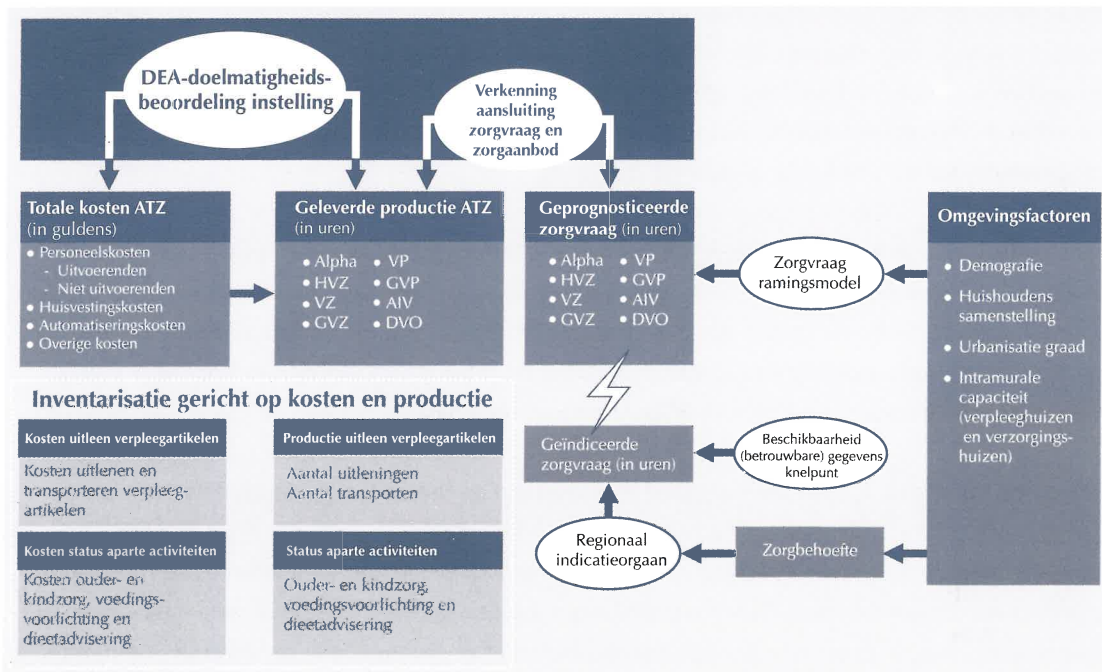
Als onderdeel van het benchmarkonderzoek zal worden nagegaan welke kosten door de instellingen aan de uitleenactiviteiten worden toegerekend en in welke mate de kosten-toerekening door instellingen geüniformeerd plaatsvindt. Verder zal worden onderzocht welke gegevens over economische en/of technische levensduur van de activa en welke gegevens omtrent gemiddelde uitleningsduur beschikbaar zijn. In het onderzoek worden tevens gegevens verzameld omtrent de wijze waarop momenteel de administratie van de productie en de kosten van de uitleen van verpleegartikelen bij de instellingen is ingericht.

Status aparte producten

De ouder- en kindzorg en voedingsvoorlichting en dieetadviesing vormen tezamen de status aparte productie. Ook in 2000 worden voor deze producten nog geen eenduidige productdefinities gehanteerd en zijn bijbehorende productieregistraties niet beschikbaar. Mede hierdoor worden deze producten (nog) lump sum gefinancierd en worden door de instellingen voor deze producten geen productie-afspraken gemaakt. In het benchmark-onderzoek 2000 worden gegevens verzameld gericht op het inventariseren van de kosten voor de status aparte producten en de activiteiten in de vorm van een aantal productieparameters, zoals het aantal consulten en de duur van een consult. Hierbij worden de instellingen gevraagd de nauwkeurigheid waarmee de gegevens kunnen worden aangeleverd, aan te geven.

Op grond van deze gegevens kan vervolgens een indicatie worden verkregen van de kosten en productie per instelling en voor de sector als geheel. Tevens kan een indicatie van de nauwkeurigheid van de gegevens worden verkregen.

De in dit hoofdstuk genoemde elementen van de bouwsteen doelmatigheid zijn in figuur 5 samenvattend weergegeven.



Figuur 5: Analysemodel doelmatigheidsmeting

2.4 Toerekenen kosten aan acht producten algemene thuiszorg

De instellingen worden gevraagd gegevens aan te leveren over de in 2000 gerealiseerde productie in uren voor de acht producten binnen de AWBZ aanspraak thuiszorg 2000 en over de daarvoor door de instelling gemaakte kosten. Hierbij worden de productie en kosten van een instelling en de eventueel hieraan gelieerde stichtingen als een geheel beschouwd. In het voorgaande is al aangehaald dat deze kosten niet behoeven te worden toegerekend aan de acht producten afzonderlijk om tot een oordeel te komen over de doelmatigheid van de instelling.

In de kostenstructuur van een thuiszorginstelling zal op hoofdlijnen het volgende onderscheid worden gemaakt (zie figuur 6):

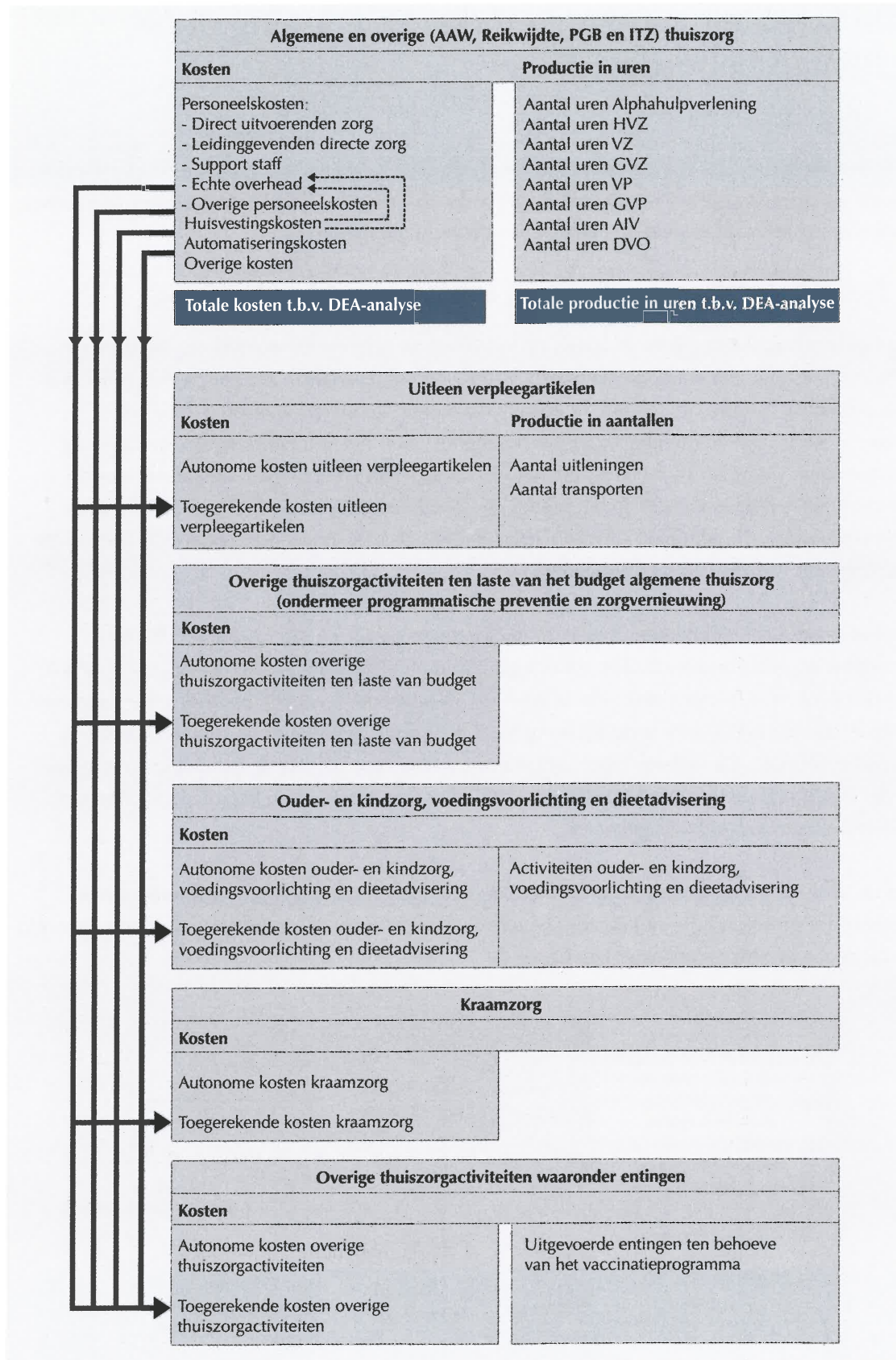
- kosten die worden gemaakt voor de productie in het kader van de AWBZ-aanspraak algemene thuiszorg (acht producten algemene thuiszorg);
- kosten die worden gemaakt voor de met de acht producten algemene thuiszorg te vergelijken productie zoals de verleende thuiszorg in het kader van de uitvoering van de AAW, reikwijdteverbreding verzorgingshuiszorg, de subsidieregelingen intensieve thuiszorg (ITZ) en persoonsgebonden budget (PGB) en de privé­zorg in het tweede en derde compartiment;
- kosten die worden gemaakt voor het uitlenen van verpleegartikelen
- kosten die worden gemaakt voor andere producten zoals bijvoorbeeld ouder- en kindzorg, voedingsvoorlichting en dieetadvisering, programmatische preventie, kraamzorg en entingen.

Om te komen tot een oordeel over de doelmatigheid van de productie binnen de AWBZ aanspraak algemene thuiszorg worden in het benchmarkonderzoek bij de productie en kosten van de acht producten algemene thuiszorg de productie en kosten van de vergelijkbare producten die echter een andere financiering kennen (zoals AAW, reikwijdteverbreding verzorgingshuiszorg en particuliere thuiszorg) opgeteld. Hierdoor kan een arbeidsintensieve en arbitraire toedeling van productie en kosten aan de verschillende producten AWBZ aanspraak thuiszorg worden voorkomen. De kosten die worden gemaakt voor andere producten zoals bijvoorbeeld ouder- en kindzorg, voedingsvoorlichting en dieetadvisering, programmatische preventie en kraamzorg dienen wel te worden verbijzonderd omdat deze niet worden aangewend voor de productie algemene thuiszorg.

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

Ten eerste zal aan de instellingen worden gevraagd om de niet direct toewijsbare kosten toe te rekenen aan de verschillende producten op basis van de methode zoals die door de instelling in de (concept) jaarrekening over 2000 is c.q. wordt toegepast. Aangezien wij onderkennen dat bij het opstellen van de jaarrekening door de instellingen (binnen grenzen) verschillende methoden van kostentoekening kunnen worden gehanteerd, bestaat het gevaar dat verschillen in doelmatigheid tussen instellingen voor een (belangrijk) deel worden veroorzaakt door verschillen in de allocatie van de niet direct toewijsbare kosten tussen de verschillende producten.

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



Figuur 6: Schematische weergave vaststelling kosten en productie ten behoeve van de DEA-analyse

3 De kwaliteit van zorg en dienstverlening door cliënten beoordeeld

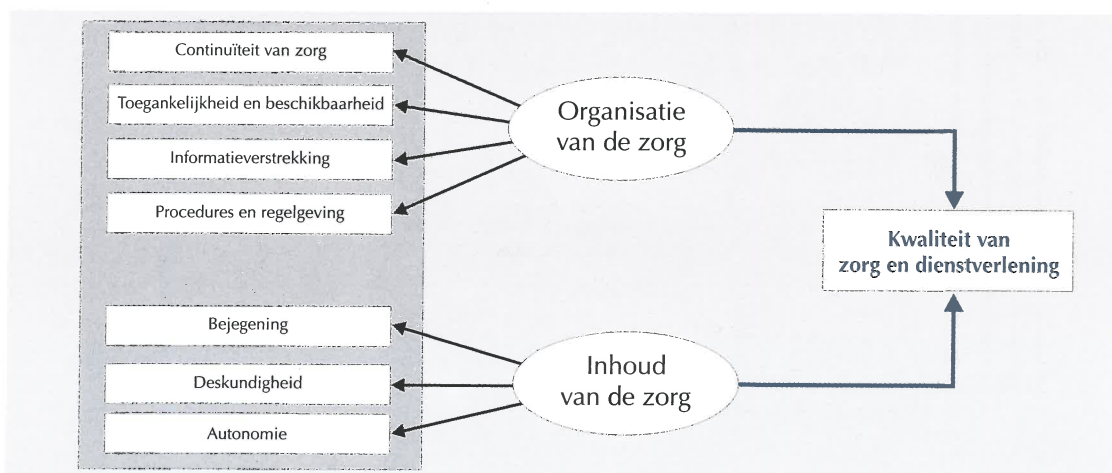
De tweede bouwsteen van het benchmarkanalysemodel is de kwaliteit van zorg en dienstverlening zoals die door de cliënten van de instellingen wordt beoordeeld. De cliëntenraadpleging zal door het Nivel worden uitgevoerd bij cliënten van de thuiszorginstellingen.

3.1 Cliënten beoordelen instellingen op organisatie en inhoud van zorg

In het benchmarkanalysemodel speelt de kwaliteit van zorg en dienstverlening die door de thuiszorginstellingen wordt geleverd een belangrijke rol. Evenals in het benchmarkonderzoek thuiszorginstellingen 1997 wordt de kwaliteitsdimensie geoperationaliseerd door het inventariseren van de mening van thuiszorgcliënten over het functioneren van de thuiszorginstellingen. De opzet en werking van het kwaliteitsbeleid en het kwaliteitssysteem van de thuiszorginstellingen worden in het model niet beschouwd als onderdeel van de kwaliteitsdimensie maar als onderdeel van de bedrijfsvoering, dus als mogelijke verklarende factor voor de kwaliteit van zorg en dienstverlening.

In het eerste benchmarkonderzoek in de sector thuiszorg over 1997 is voor de cliëntenraadpleging gebruik gemaakt van een vragenlijst van de Stichting Kwaliteit In Eigen huis (KIEN). In de cliëntenraadpleging zoals die in 2001 wordt uitgevoerd, zal een op onderdelen verbeterde versie van de vragenlijst van de Stichting KIEN (inmiddels gefuseerd met Cliënt & Kwaliteit) worden gebruikt. De verbeteringen zijn in nauwe samenspraak met de Landelijke Vereniging voor Thuiszorg, de thuiszorginstellingen, patiëntenorganisaties en de Regionale Patiënten- en CliëntenPlatforms tot stand gekomen.

In de analyses en rapportages van de uit te voeren cliëntenraadpleging wordt onderscheid gemaakt naar organisatie van de zorg en inhoud van de zorg, die vervolgens worden uitgewerkt naar zeven kwaliteitsdimensies (zie figuur 7).



Figuur 7: Analysemodel cliëntenraadpleging onderscheidt zeven kwaliteitsdimensies

De mening van de cliënten wordt gepeild met behulp van een schriftelijke enquête onder een representatieve steekproef van cliënten per thuiszorginstelling. De enquête bevat naar verwachting circa vijftig vragen. Separaat zal worden onderzocht welk belang de cliënten aan de verschillende vraag hechten; dit om tot een zorgvuldige weging van de antwoorden te kunnen komen.

Zowel de Stichting KIEN als Cliënt & Kwaliteit zijn opgericht door cliëntenorganisaties. Op deze wijze is gewaarborgd dat de cliëntenraadpleging daadwerkelijk plaatsvindt vanuit cliëntenperspectief. De anonimiteit van de cliënt is volledig gegarandeerd. Het Nivel hanteert een privacyreglement dat in deze waarborging voorziet.

3.2 Analyse van de resultaten

De kwaliteit van zorg, zoals door cliënten beoordeeld, wordt uitgedrukt in een totaaloordeel. Dit totaaloordeel wordt gebruikt om, in combinatie met de resultaten van het doelmatigheids-onderzoek, de medewerkersraadpleging en het onderzoek naar de maatschappelijke waardering de best practice-instellingen te identificeren.

De cliëntenraadpleging biedt de mogelijkheid om inzicht te krijgen in de veranderingen in cliëntenoordelen in de tijd, omdat de vragen in de te gebruiken KIEN-vragenlijst voor een deel zullen overeenkomen met de vragenlijst die in 1998 is gebruikt. De resultaten van de in 2001 te verrichten cliëntenraadpleging kunnen zowel op het niveau van individuele thuiszorginstelling als op sectorniveau (gemiddelden van alle deelnemende instellingen), worden vergeleken met de uitkomsten van de cliëntenraadpleging die in 1998 is uitgevoerd. Zo kan worden nagegaan of er sinds 1998 over de gehele linie sprake is van ontwikkeling in de richting van betere kwaliteit van thuiszorg vanuit cliëntenperspectief. Individuele thuiszorginstellingen kunnen nagaan hoe het oordeel van de cliënten over de kwaliteit van zorg zich sinds 1998 heeft ontwikkeld en wat de effecten zijn geweest van het eigen kwaliteitsbeleid.

De gegevens van de cliëntenraadpleging worden bovendien gebruikt om meer gedetailleerd inzicht te krijgen in specifieke aandachtspunten voor de instellingen. Onderdelen die in de ogen van de cliënten minder goed scoren kunnen op deze wijze door het management gericht worden aangepakt.

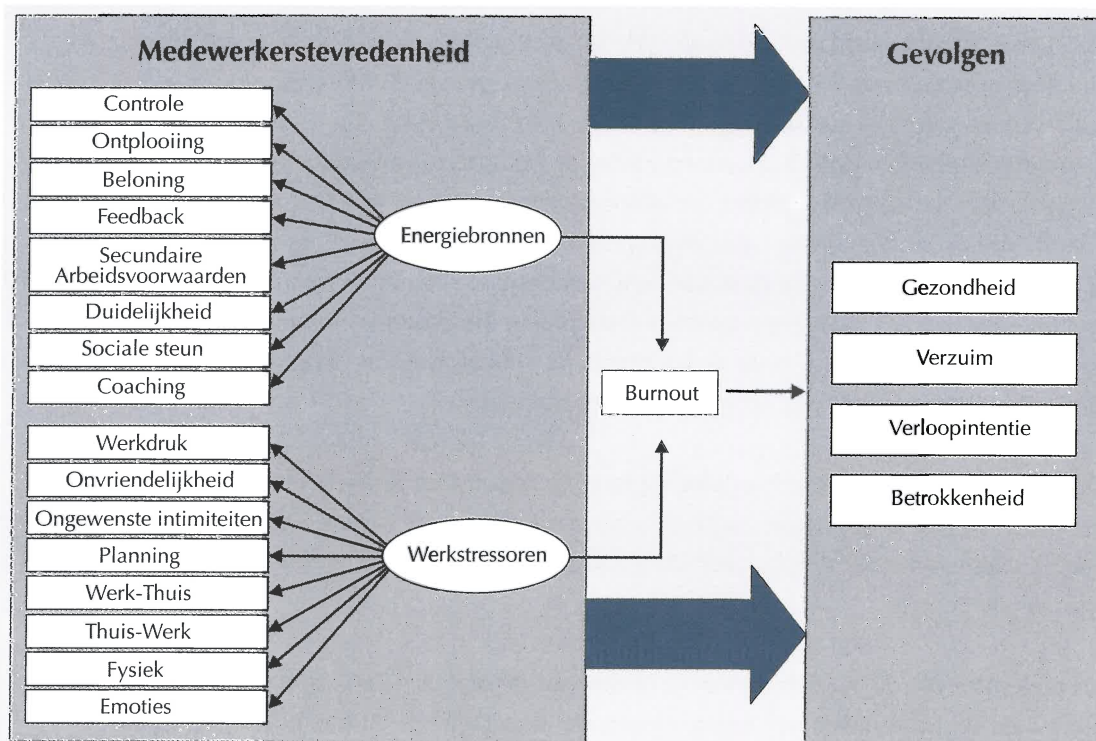
Als onderdeel van de analyses worden tenslotte ook de oordelen van verschillende groepen cliënten met elkaar vergeleken. Wensen en ervaringen van hoogbejaarde thuiszorgcliënten kunnen bijvoorbeeld verschillen van de wensen en ervaringen van thuiszorggebruikers die tussen de 50 en 65 jaar zijn; vergelijkbare verschillen zijn er wellicht ook tussen mannen en vrouwen of alleenstaanden en samenwonenden. Op die wijze wordt het mogelijk om tenminste op sectorniveau na te gaan wat de invloed is van de samenstelling van de cliëntengroep op het totaaloordeel en in hoeverre het cliëntenoordeel samenhangt met het geleverde product. Inzicht in de verschillen in kwaliteitsoordelen tussen groepen respondenten maakt het voor de thuiszorginstellingen mogelijk om een meer gericht beleid te voeren gericht op kwaliteitsborging en kwaliteitsverbetering.

4 De kwaliteit van arbeid door medewerkers beoordeeld

De derde bouwsteen van het benchmarkanalysemodel is de kwaliteit van arbeid zoals deze door de medewerkers wordt beoordeeld. In november 1999 is door PricewaterhouseCoopers N.V. en het Instituut voor Werk en Stress een medewerkersraadpleging thuiszorginstellingen uitgevoerd waarover in mei 2000 is gerapporteerd. De resultaten van deze medewerkersraadpleging zullen een integraal onderdeel uitmaken van het benchmarkonderzoek thuiszorginstellingen 2000.

4.1 Het analysemodel van de medewerkersraadpleging

De medewerkersraadpleging die is uitgevoerd in november 1999 beoogde inzicht te geven in de tevredenheid van medewerkers met het werken in de thuiszorg en in de werkdruk zoals die in brede zin wordt ervaren. Het onderzoeksmodel en het begrippenkader zijn vanuit deze doelstelling ontwikkeld (zie figuur 8).



Figuur 8: Het analysemodel van de medewerkersraadpleging

Links in het model worden de factoren weergegeven die van invloed zijn op de tevredenheid van medewerkers. De factoren worden onderscheiden in positieve factoren (energiebronnen) en negatieve factoren (stressoren). In combinatie met elkaar leiden de factoren tot een bepaalde mate van medewerkerstevredenheid. De medewerkerstevredenheid is dan ook niet als afzonderlijk begrip gemeten maar is een afgeleide van de oordelen van de medewerkers over elk van de energiebronnen en werkstressoren.

Het ervaren van meer energiebronnen en minder werkstressoren door medewerkers duidt op een hogere mate van medewerkerstevredenheid en een hoger oordeel van de medewerkers op de kwaliteit van arbeid.

Een burnout wordt gedefinieerd als “een werkgerelateerde stressreactie van medewerkers” en is daarmee een indicator voor de door de medewerkers ervaren werkdruk in brede zin. Burnout wordt getypeerd in het kader van dit onderzoek door drie componenten:

- een gevoel van emotionele uitputting;
- een cynische werkhouding;
- het gevoel niet meer optimaal te functioneren (verminderde competentie).

In het onderzoek wordt op enkele punten onderscheid gemaakt tussen medewerkers bij wie daadwerkelijk sprake is van een burnout en medewerkers die een verhoogd risico lopen om met burnout te worden geconfronteerd. Het onderzoeksmodel gaat uit van de veronderstelling dat een medewerker die in zijn werk te weinig energiebronnen en/of te veel werkstressoren ervaart, te maken kan krijgen met burnoutverschijnselen. Daarmee is er een samenhang tussen de factoren die onderdeel uitmaken van de medewerkerstevredenheid en burnout verondersteld.

Geheel rechts in het in figuur 8 op de vorige pagina weergegeven model zijn de gezondheid van de medewerker, het ziekteverzuim, het voornemen om van werkgever te veranderen en de verminderde betrokkenheid bij de werkorganisatie opgenomen. Dit zijn mogelijk indirecte gevolgen van de ervaren energiebronnen en werkstressoren.

4.2 Nadere analyse van de kwaliteit van arbeid in het benchmarkonderzoek thuiszorginstellingen 2000

In de uitgevoerde medewerkersraadpleging is vastgesteld dat er een negatief verband is tussen de scores op de energiebronnen en de kans op burnout bij medewerkers. Met andere woorden: medewerkers die positiever oordelen over de energiebronnen hebben een lagere kans op een burnout. Aan de andere kant is vastgesteld dat er een positief verband is tussen de scores op de werkstressoren en de kans op burnout bij medewerkers. Dit betekent dat medewerkers die hoger scoren op de werkstressoren, dat wil zeggen meer belastende factoren ervaren, een grotere kans hebben op een burnout.

Vanuit deze onderbouwing hanteren wij als oordeel over de kwaliteit van arbeid in algemene zin van medewerkers van een thuiszorginstelling het aandeel van medewerkers met een verhoogde kans op burnout per instelling. Het aandeel van medewerkers met een verhoogde kans op burnout per instelling wordt in combinatie met de resultaten van het doelmatigheids-onderzoek, de cliëntenraadpleging en het onderzoek naar de maatschappelijke waardering van instellingen gebruikt om best practice-instellingen te definiëren.

De resultaten van de medewerkersraadpleging zullen worden gekoppeld aan de resultaten van de overige bouwstenen van het benchmarkonderzoek. Uit een eerder uitgevoerde analyse waarbij de resultaten van de medewerkersraadpleging uit 1999 zijn gekoppeld aan de resultaten van de cliëntenraadpleging uit 1998 is naar voren gekomen dat er een positief verband bestaat tussen deze twee factoren. De thuiszorginstellingen die door de cliënten positiever beoordeeld zijn, worden ook door de medewerkers doorgaans positiever beoordeeld.

Op basis van de resultaten van de cliëntenraadpleging 2001 wordt onderzocht of wederom een dergelijk verband kan worden vastgesteld. -

Het oordeel over de kwaliteit van arbeid op instellingsniveau door de medewerkers zal tevens worden vergeleken met de door de instelling gerealiseerde doelmatigheid. Interessant daarbij is de vraag of er een samenhang is tussen de door medewerkers ervaren werkdruk in brede zin en de door de instelling gerealiseerde doelmatigheid.

In het benchmarkonderzoek zal onderzocht worden of de verschillen tussen instellingen te verklaren zijn vanuit de bedrijfsvoering van de instellingen. Daartoe zal worden onderzocht in welke mate de door het management van een instelling te beïnvloeden factoren bijdragen aan de kwaliteit van arbeid zoals door de medewerkers beoordeeld. Specifiek zullen wij de samenhang met het door de instelling gevoerde personeelsbeleid onderzoeken. Daarbij zullen aspecten van het personeelsbeleid op het terrein van de arbeidsomstandigheden, verzuimpreventie, werving en selectie, het behoud van personeel en het oplossen van de arbeidsmarktproblematiek aan de orde komen.

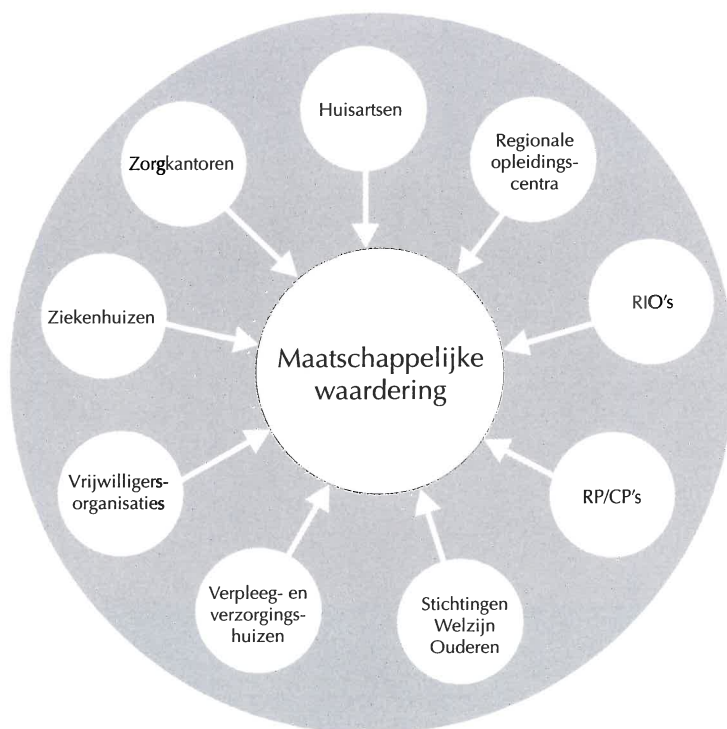
5 Verkenning maatschappelijke waardering

De vierde bouwsteen van het benchmarkanalysemodel betreft een beoordeling van het functioneren van thuiszorginstellingen door overige belanghebbenden. In het benchmarkonderzoek thuiszorginstellingen 2000 zullen de onderscheiden belanghebbenden worden gevraagd naar hun oordeel over het functioneren van de thuiszorginstellingen waarmee zij te maken hebben. Hiertoe zal bij betrokkenen een voor dit doel ontwikkelde vragenlijst worden uitgezet.

5.1 Operationalisering van de bouwsteen maatschappelijke waardering

In het benchmarkanalysemodel voor 1997 is het belang onderkend van het oordeel van de belanghebbenden in de omgeving van de thuiszorginstelling over het functioneren van de instelling, ook wel aangeduid als maatschappelijke waardering. Om praktische redenen is destijds de keuze gemaakt om deze bouwsteen in het onderzoek over 1997 niet te operationaliseren. Thuiszorginstellingen hebben aangegeven dat zij het in de huidige ontwikkelingsfase van het benchmarkonderzoek in de sector thuiszorg wenselijk achten om in het benchmarkonderzoek 2000 een start te maken met het invullen van deze bouwsteen.

Aan de bouwsteen maatschappelijke waardering wordt invulling gegeven door een korte schriftelijke enquête onder de meest relevante overige belanghebbenden die met één of meerdere thuiszorginstellingen te maken hebben. In figuur 9 zijn de relevante overige belanghebbenden die bij het benchmarkonderzoek worden betrokken weergegeven.



Figuur 9: In het benchmarkonderzoek 2000 betrokken overige belanghebbenden van thuiszorginstellingen

Uitgangspunt is dat deze belanghebbenden zoveel mogelijk integraal worden benaderd. Dat wil zeggen dat ondermeer alle ziekenhuizen, alle verpleeg- en verzorgingshuizen, en alle RIO's in het kader van dit onderzoek zullen worden benaderd om hun oordeel te geven over de thuiszorginstellingen waarmee zij te maken hebben.

De ontwikkeling van de vragenlijst vindt plaats in samenspraak met de instellingen uit de klankbordgroep en vertegenwoordigers van de belanghebbenden. In de vragenlijst wordt ingegaan op thema's als samenwerking, betrouwbaarheid, flexibiliteit en informatie-uitwisseling. Er zal één vragenlijst voor alle belanghebbenden worden ontwikkeld.

De bouwsteen maatschappelijke waardering wordt in het benchmarkonderzoek thuiszorginstellingen 2000 voor het eerst toegepast. De nauwkeurigheid en betrouwbaarheid van de onderzoeksresultaten op instellingsniveau zullen afhankelijk zijn van de respons op de uitgezette vragenlijsten. Uiteraard zal bij het vaststellen van de mate waarin de resultaten van het deelonderzoek maatschappelijke waardering bij het identificeren van best practice-instellingen kan worden meegewogen, de respons op de vragenlijsten worden betrokken.

5.2 Analyse maatschappelijke waardering

Onderzocht zal worden welke samenhang er bestaat tussen de uitkomsten van de maatschappelijke waardering en de opzet en de inrichting van de bedrijfsvoering danwel de omgeving waarin de thuiszorginstelling functioneert. Specifieke analyses die uitgevoerd worden zijn de relatie met de positie die de thuiszorginstellingen innemen in de regionale zorgketen, de inspanningen en investeringen die door thuiszorginstellingen worden gedaan in samenwerkingsverbanden waaronder zorgvernieuwingsprojecten, en de aanwezigheid van wachtlijsten.

DEEL II: Analyse bedrijfsvoering en omgeving thuiszorginstellingen

6 Analyse van de opzet en inrichting van de bedrijfsvoering (managementvragenlijst)

Eén van de doelstellingen van het benchmarkonderzoek is het identificeren van aangrijpingspunten voor verbetering van de prestaties van de thuiszorginstellingen. In dit kader wordt als onderdeel van het benchmarkonderzoek onderzocht in hoeverre de prestaties van de best practice-instellingen kunnen worden verklaard door de door het management te beïnvloeden factoren dan wel (mede) samenhangen met niet of nauwelijks te beïnvloeden omgevingsfactoren.

6.1 Analyse bedrijfsvoering is gericht op het identificeren van aangrijpingspunten voor de verbetering van prestaties van thuiszorginstellingen

Om te komen tot concrete aanknopingspunten voor verbetering van prestaties wordt een analyse gemaakt van de samenhang van de opzet en de inrichting van de bedrijfsvoering met de door de instelling geleverde prestaties. Met behulp van een managementvragenlijst worden aanvullende gegevens bij de instellingen geïnventariseerd over kernaspecten van de bedrijfsvoering. Hierbij wordt het management tevens gevraagd aan te geven welke acties worden ondernomen om het presteren van de instelling te meten en (continu) te verbeteren.

De analyses van de bedrijfsvoering in samenhang met de door de instelling geleverde prestaties worden zowel ten behoeve van het verklaren van de deelprestaties als ten behoeve van het verklaren van verschillen tussen de best practice-instellingen en de overige instellingen uitgevoerd. Op deze wijze worden succesfactoren geïdentificeerd die zich in de praktijk bewezen hebben en wordt niet louter gesteund op theoretische succesfactoren.

6.2 De managementvragenlijst bestaat uit vijf onderdelen

In het benchmarkonderzoek thuiszorginstellingen 1997 is slechts een beperkt aantal relaties gevonden tussen de doelmatigheid en kwaliteit en de bedrijfsvoering van de instellingen. In samenspraak met de Landelijke Vereniging voor Thuiszorg, Branchebelang Thuiszorg Nederland en het Nivel is in de afgelopen periode dan ook veel aandacht besteed aan het verbeteren van de vragenlijsten. Daartoe is de bijdrage van de klankbordgroep van groot belang geweest. Tevens is gebruik gemaakt van de ontwikkeling van de vragenlijsten zoals die heeft plaatsgevonden in de sector verpleeghuizen en verzorgingshuizen.

De managementvragenlijst is opgebouwd uit vijf onderdelen, te weten:

- onderdeel 1: algemeen deel betreffende instellingsgegevens;
- onderdeel 2: personeelsbeleid;
- onderdeel 3: financieel beleid;
- onderdeel 4: organisatie;
- onderdeel 5: systeemkwaliteit.

Het algemene deel van de vragenlijst inventariseert zaken als omvang van de organisatie, samenwerkingsverbanden en of de thuiszorginstelling al dan niet deel uitmaakt van een zorgketen.

De vragenlijst die is ontwikkeld voor het personeelsbeleid richt zich op de inrichting en werking van de personeelsafdeling en het personeelsbeleid van de thuiszorginstelling.

De lijst met betrekking tot het financieel beleid richt zich hoofdzakelijk op de wijze waarop het financieel management binnen een instelling is opgezet en ingericht. Ook de binnen een instelling gehanteerde planning & control cyclus komt aan de orde.

De vragenlijst voor het onderdeel organisatiebeleid gaat in op sturingsprincipes en cultuur-aspecten, de inrichting van de organisatie, de verdeling van verantwoordelijkheden en bevoegdheden en de managementinformatie.

De vragenlijst systeemkwaliteit besteedt voornamelijk aandacht aan de wijze waarop door de thuiszorginstelling zorggedragen wordt voor het waarborgen van de kwaliteit van zorg- en dienstverlening. Belangrijk is dat via de aan te kruizen antwoordcategorieën niet alleen wordt gevraagd naar de *aanwezigheid* van richtlijnen en protocollen, maar ook naar de *toepassing* ervan.

Voor elk van de onderscheiden thema's in de vragenlijsten zijn door de onderzoekers hypothesen ontwikkeld voor de mogelijke samenhang met de prestaties van de instellingen. Zo zal de doelmatigheid van instellingen in de analyses ondermeer worden gerelateerd aan het door instellingen gevoerde financieel beleid, aan de instrumenten die ingezet worden ten behoeve van planning & control, aan de structuur en besturing van de organisatie, de inrichting van de bedrijfsprocessen en de werkwijze ten aanzien van de rantsoenering van zorg

7 De omgeving waarin de thuiszorginstelling functioneert

Ofschoon de omgeving waarin een thuiszorginstelling functioneert niet of nauwelijks door het management van een instelling is te beïnvloeden, kunnen omgevingsfactoren naast de bedrijfsvoering van invloed zijn op de prestaties van een instelling. Om die reden wordt in de opzet van het benchmarkanalysemodel 2000 de omgeving van de thuiszorginstelling betrokken.

7.1 Analyse omgevingsvariabelen beoogt functioneren instellingen in perspectief te plaatsen

Uit een analyse van de productiegegevens van thuiszorginstellingen over 2000 blijkt dat slechts een beperkt aantal instellingen landelijk opereert. De meeste thuiszorginstellingen bieden zorg aan binnen één of een beperkt aantal zorgkantorregio's. De zorgvraag waarmee een instelling wordt geconfronteerd en waarin door een instelling (al dan niet in samenwerking met andere zorgaanbieders) kan worden voorzien, is mede afhankelijk van de regio waarin een instelling werkzaam is.

In deze brochure is in hoofdstuk 2 bij de uitwerking van de bouwsteen doelmatigheid aangegeven dat een aantal regionale kenmerken, waaronder bijvoorbeeld de intramurale capaciteit van verpleeg- en verzorgingshuizen, een belangrijk determinant is voor de vraag naar thuiszorg in een regio. Aangegeven is dat in het benchmarkonderzoek 2000 gebruik wordt gemaakt van een zorgvraag ramingsmodel. Door een confrontatie van de per regio door de instellingen geleverde thuiszorg met de op basis van het model geraamde vraag naar thuiszorg, kan de met behulp van de DEA-methode gemeten (instellings)doelmatigheid mogelijk van kanttekeningen worden voorzien.

7.2 Analyses gericht op de relaties tussen de omgevingsfactoren en de prestaties van de instellingen

Naast een mogelijke indicatie voor het inzetten van te 'hoge' of 'lage' functieniveaus door een of meer instellingen kan een aanzienlijk verschil tussen het door de thuiszorginstellingen in een regio geleverd zorgaanbod en de modelmatig geprognosticeerde vraag naar thuiszorg uiteraard (mede) worden veroorzaakt door een mismatch tussen de beschikbare en benodigde medewerkers. Knelpunten in de regionale arbeidsmarkt kunnen hieraan (mede) ten grondslag liggen.

De situatie op de regionale arbeidsmarkt is, naast bovenstaande determinanten voor de zorgvraag, dan ook een voorbeeld van een voor het functioneren van een instelling relevante maar niet of nauwelijks door het management te beïnvloeden omgevingsfactor die van invloed kan zijn op het te realiseren zorgaanbod.

In het benchmarkonderzoek thuiszorginstellingen 2000 worden de relaties tussen de prestaties van de instellingen en de onderscheiden omgevingsvariabelen waar mogelijk onderzocht. Hiertoe wordt bij het benchmarkonderzoek thuiszorginstellingen 2000 gebruik gemaakt van de op landelijk niveau beschikbare gegevens over deze omgevingsfactoren.

DEEL III: Werkwijze bij
verzamelen benchmarkgegevens 2000

8 De gegevensverzameling voor het benchmarkonderzoek thuiszorginstellingen 2000

In de voorgaande hoofdstukken is ingegaan op de opzet van het benchmarkonderzoek en de wijze waarop het functioneren van de thuiszorginstellingen wordt geanalyseerd. Daarbij is aangegeven welke gegevens nodig zijn om met behulp van de verschillende bouwstenen van het benchmarkanalysemodel tot een genuanceerd oordeel te komen over het functioneren van de thuiszorginstellingen. In dit afsluitende hoofdstuk worden de procedures voor het aanleveren van de benodigde gegevens toegelicht.

Voor de aanlevering van de benodigde gegevens worden vier procedures onderscheiden:

- het aanleveren van kwantitatieve gegevens over kosten en geleverde productie (zie paragraaf 8.3);
- het aanleveren van kwalitatieve gegevens over de bedrijfsvoering via de managementvragenlijst (zie paragraaf 8.4);
- het aanleveren van cliëntgegevens voor de cliëntenraadpleging (zie paragraaf 8.5);
- het verkrijgen van de gegevens voor de maatschappelijke waardering (zie paragraaf 8.6).

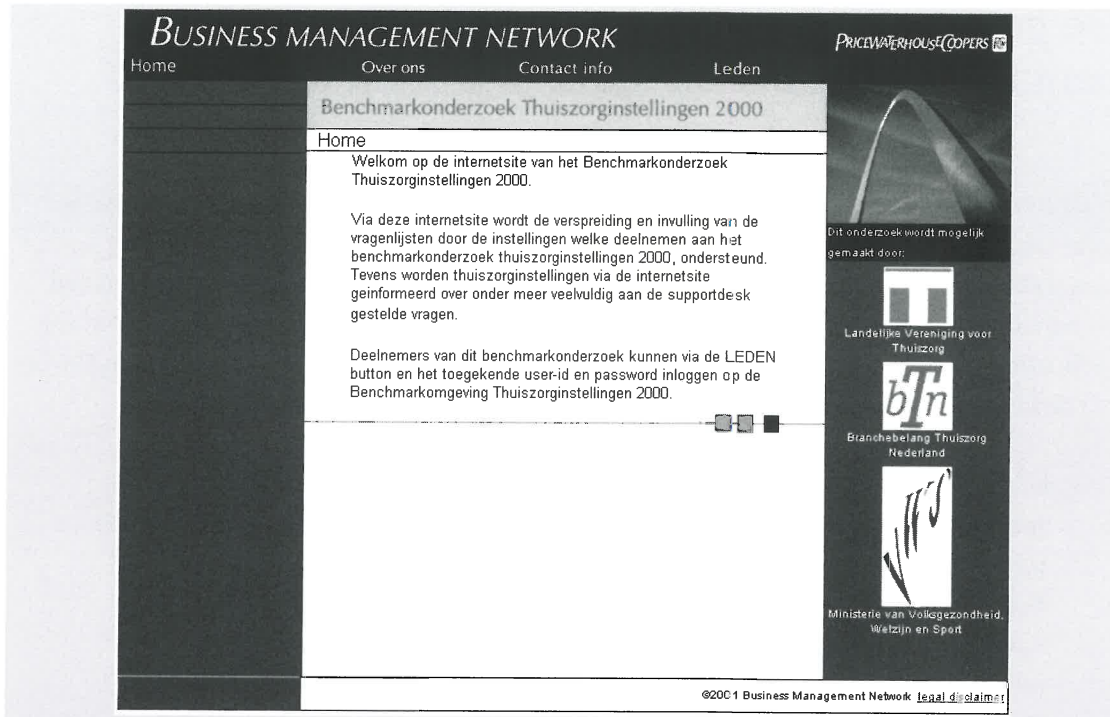
Alvorens de procedures nader worden toegelicht, komen in paragraaf 8.1 de rol van het internet bij het invullen van de vragenlijsten en in paragraaf 8.2 de ondersteuning van de instellingen door een 'supportdesk' aan de orde.

8.1. Vragenlijsten via internet in te vullen

Voor verspreiding en terugzending van de kwantitatieve vragenlijst en de managementvragenlijst wordt gebruik gemaakt van de voor het benchmarkonderzoek thuiszorginstellingen 2000 ingerichte en beveiligde internetsite. De bij het onderzoek betrokken partijen ontvangen medio juni een instructie voor het gebruik van de internetsite en een user-id en password waarmee toegang kan worden verkregen tot de internetsite.

De kwantitatieve vragenlijst en bijbehorende invulinstructie kan worden gedownload vanaf de internetsite, elektronisch worden ingevuld en na accordering door de directie of Raad van Bestuur worden teruggezonden. De managementvragenlijsten kunnen op de internetsite ingevuld en geaccordeerd worden. Deze wijze van aanlevering van gegevens beperkt naar verwachting de inspanning van de instellingen en bekort bovendien de voor de analyses benodigde tijd.

In figuur 10 op de volgende pagina is ter illustratie de voorlopige inlogpagina van de internetsite afgebeeld. De inlogpagina zal in de komende periode nog worden geoptimaliseerd.



Figuur 10: inlogpagina van de internetsite voor het benchmarkonderzoek thuiszorginstellingen 2000

8.2 Instellingen worden ondersteund door een supportdesk

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

- het telefonisch en door middel van e-mail beantwoorden van vragen van de instellingen over het invullen van de vragenlijsten;
- het in bijzondere omstandigheden bezoeken van een instelling indien de vragen niet telefonisch of via e-mail kunnen worden afgehandeld;
- een gerichte informatieverstrekking aan alle instellingen via de internetsite over de meest voorkomende vragen.

Het telefoonnummer van de supportdesk van PricewaterhouseCoopers en van het Nivel zijn, evenals het internet adres aan de binnenzijde van de eerste pagina vermeld.

8.3 Kwantitatieve gegevens over kosten en geleverde productie

Om de doelmatigheid van instellingen te kunnen vaststellen, wordt de instellingen gevraagd de productie- en de kostengegevens over 2000 aan te leveren. De benodigde gegevens kunnen door een instelling worden aangeleverd met behulp van een in te vullen "kwantitatieve vragenlijst" in de vorm van een voorgestructureerde spreadsheet.

Alle instellingen ontvangen medio juni 2001 de kwantitatieve vragenlijst met vragen over de door de instelling gerealiseerde productie en de hiervoor gemaakte kosten in 2000.

Op grond van onze ervaring bij het benchmarkonderzoek over 1997 hebben wij voor het aanleveren van de kwantitatieve productie- en kostengegevens een spreadsheetapplicatie ontwikkeld waarin een toets is ingebouwd waarmee de validiteit en interne consistentie van de aan te leveren gegevens door de instelling zelf kan worden gecontroleerd. Hierdoor kan de betrouwbaarheid en eenduidigheid van de gegevensaanlevering worden bevorderd en de door de instellingen te leveren inspanning worden beperkt.

Uit een door ons in 1999 voor een aantal instellingen aanvullend uitgevoerd informeel benchmarkonderzoek over 1998, is gebleken dat deze ingebouwde controles de consistentie van de aangeleverde gegevens aanzienlijk verbetert. De instelling lost eventuele 'fouten' die naar aanleiding van de controles gesignaleerd worden zelf op voordat de vragenlijst wordt geretourneerd.

Na invulling kan een geautoriseerd directielid (via een apart user-id en password) de ingevulde vragenlijst via de internetsite terugsturen. Door gebruik van deze geautoriseerde transactie geeft het betreffende directielid zijn akkoord voor de ingevulde vragenlijst.

Na ontvangst van de ingevulde vragenlijst wordt een eerste controle uitgevoerd door een accountant van PricewaterhouseCoopers. Gecontroleerd wordt of alle gegevens volledig zijn ingevuld of gegevens juist zijn ingevuld (voor zover mogelijk) en of alle gevraagde bijlagen zijn aangeleverd. De aansluiting van de gevraagde bijlagen, zoals de jaarrekening en een urenoverzicht, met de ingevulde vragenlijst zal worden gecontroleerd. Deze eerste controle kan leiden tot nader overleg met de instelling over de vragenlijst en mogelijk tot het opnieuw aanleveren daarvan door de instelling.

Een accountant zal elk van de thuiszorginstellingen bezoeken om de betrouwbaarheid van de aangeleverde kwantitatieve gegevens vast te stellen. De instellingen zullen telefonisch benaderd worden voor een afspraak. Tijdens deze gesprekken wordt met name getoetst of de instellingen de gegevens op de juiste uniforme wijze hebben ingevuld. De accountants zullen bij de bezoeken gebruik maken van een gestandaardiseerd controleprogramma.

8.4 Kwalitatieve gegevens over de bedrijfsvoering (managementvragenlijst)

Ten behoeve van het verzamelen van gegevens over de bedrijfsvoering worden instellingen bevraagd via een managementvragenlijst. Tegelijk met de kwantitatieve vragenlijst wordt in juni 2001 bij de thuiszorginstellingen de managementvragenlijst uitgezet waarmee de bedrijfsvoering bij de instellingen wordt geïnventariseerd.

De managementvragenlijst zal eveneens via de voor het benchmarkonderzoek thuiszorg ingerichte beveiligde internetsite worden verspreid. Via deze internetsite kunnen de verschillende onderdelen van de managementvragenlijst rechtstreeks worden ingevuld en kan een eventuele toelichting op gebruikte begrippen en de vraagstelling worden verkregen. Via een "tot slot" sectie kan een geautoriseerd directielid van de instelling de ingevulde antwoorden accorderen en afsluiten voor wijzigingen.

8.5 Cliëntenraadpleging

De uitvoering van de cliëntenraadpleging wordt verzorgd door het Nivel. In de voorbereidingsfase wordt met de thuiszorginstelling de steekproeftrekking van cliënten bij de deelnemende thuiszorginstellingen uitgevoerd. Bij het voorbereiden en uitvoeren van de steekproeftrekking van cliënten van thuiszorginstellingen zal contact worden opgenomen met een door de instelling opgegeven contactpersoon. Daarbij wordt gebruik gemaakt van een draaiboek, waarin is vastgelegd welke gegevens op welk moment en in welke vorm beschikbaar moeten zijn.

In juni/juli 2001 wordt aan de instellingen gevraagd om naam- en adresgegevens van cliënten aan het Nivel beschikbaar te stellen. De cliënten ontvangen een schriftelijke vragenlijst, voorzien van een introductiebrief. De verzending van de vragenlijsten naar de cliënten van de thuiszorginstellingen zal onder verantwoordelijkheid van het Nivel uitgevoerd worden. Na een aantal weken wordt door het Nivel een herinnering verzonden aan de cliënten met het verzoek de vragenlijst te retourneren.

8.6 Uitvoering maatschappelijke waardering vergt geen actie van de instellingen

Om de instellingen zo min mogelijk te belasten zullen de belanghebbenden niet via de thuiszorginstellingen worden benaderd. De vragenlijsten worden, voorzien van een begeleidend schrijven van de Landelijke Vereniging voor Thuiszorg, in augustus door de onderzoekers aan de onderscheiden belanghebbenden verzonden. Voor de gegevensverzameling voor het onderdeel maatschappelijke waardering heeft de thuiszorginstelling dan ook geen actie te ondernemen.

In de begeleidende brief van de Landelijke Vereniging voor Thuiszorg wordt nadere informatie verstrekt over het benchmark- onderzoek thuiszorginstellingen 2000 in het algemeen en het onderdeel maatschappelijke waardering in het bijzonder. De belanghebbenden wordt gevraagd op iedere vragenlijst aan te geven voor welke thuiszorginstelling de desbetreffende vragenlijst is ingevuld.

9 Ten slotte

In deze brochure heeft u kennis kunnen maken met het benchmarkanalysemodel 2000 zoals dat door de onderzoekers in samenwerking met de leden van de klankbordgroep en de projectgroep in de eerste helft van 2001 is opgesteld. Het beschreven benchmarkanalysemodel 2000 is ten opzichte van het analysemodel 1997 op enkele punten uitgebreid en geoptimaliseerd. Wij gaan er dan ook vanuit dat met het benchmarkanalysemodel 2000 de basis voor het uit te voeren benchmarkonderzoek in de sector thuiszorg verder is versterkt.

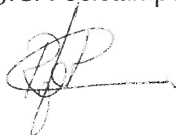
Wij zijn, mede op grond van onze ervaring in andere sectoren, van mening dat een benchmarkanalysemodel geen statisch instrument kan zijn. Zo achten wij het beschikbaar komen van een volledig geïntegreerd benchmarkanalysemodel voor de sector verpleging en verzorging een uitdaging voor alle betrokken partijen. Door de voor de uitvoering van benchmarkonderzoeken benodigde gegevens zoveel mogelijk te laten aansluiten bij bestaande informatiestromen, kan een periodieke uitvoering van de benchmarkonderzoeken worden bevorderd.

Ook achten wij verdere aanvullingen en verbeteringen mogelijk in de het beoordelen van de regionale aansluiting tussen de geïndiceerde zorgvraag en het zorgaanbod van de instellingen. Dit vereist ondermeer dat de gegevens over de door de RIO's geïndiceerde zorg, de door de zorgaanbieders geleverde en de nog te leveren zorg en de wachtlijsten aan elkaar kunnen worden gekoppeld. Voor een verdere verbetering van het inzicht in het functioneren van zorginstellingen binnen de AWBZ achten wij het noodzakelijk en gewenst dat ook het functioneren van instanties waarmee instellingen direct te maken hebben, waaronder de RIO's en de zorgkantoren, periodiek op een vergelijkbare wijze wordt getoetst.

Wij vertrouwen erop u door middel van deze brochure voldoende te hebben geïnformeerd over de wijze waarop het benchmarkonderzoek thuiszorginstellingen 2000 zal worden uitgevoerd. Indien u nadere vragen heeft over het benchmarkonderzoek 2000 verzoeken wij u vriendelijk contact op te nemen met de supportdesk of ons een e-mail via onze benchmarksite te sturen. Het telefoonnummer van de supportdesk en het internetadres van de benchmarksite zijn aan de binnenzijde van de omslag vermeld.

Wij vinden het wederom een uitdaging en een eer bij te kunnen dragen aan de uitvoering van het tweede benchmarkonderzoek in de sector thuiszorg. Wij realiseren ons dat het op een succesvolle wijze inzichtelijk maken van de mogelijkheden tot verbetering van de doelmatigheid en kwaliteit binnen de sector thuiszorg en het vervolgens daadwerkelijk realiseren daarvan slechts uitvoerbaar is indien alle instellingen bereid zijn inzicht te geven in de eigen bedrijfsvoering, de financiële gegevens en de productie. In het belang van de sector vragen wij dan ook uw volle medewerking te verlenen aan het benchmarkonderzoek 2000.

Drs. R.J.C. Poerstamper MBA



PricewaterhouseCoopers

Prof. Dr. J.M. Bensing



Nivel

Notities

Notities

Notities