

Tot zorg geprikkeld

Arbeidsproductiviteit en innovatieve kracht in de zorg

Eindrapport van de ICM werkgroep
Arbeidsproductiviteit en innovatieve kracht in de zorg

Den Haag, oktober 2005

Colofon

Dit rapport is een uitgave van het Ministerie van Economische Zaken.

Het rapport kunt u downloaden op www.icm.ez.nl onder ICM projecten en in de onderzoeksdatabank. Daarnaast is het rapport ook op te vragen bij www.ez.nl onder documenten/publicaties.

Aan deze publicatie kunnen geen rechten worden ontleend.

Inhoudsopgave

Het rapport in kort bestek	5
1 Inleiding en uitdaging	11
1.1 Achtergrond en aanleiding	11
1.2 Uitdaging en onderzoeksvragen	11
1.3 Onderzoeksmethode	12
1.4 Structuur van het rapport	13
2 Arbeidsproductiviteit in de zorg	15
2.1 Arbeidsproductiviteit gedefinieerd	15
2.2 Ontwikkeling van arbeidsproductiviteit	17
2.3 Verhogen van arbeidsproductiviteit	19
3 Bevindingen	21
3.1 Het zorgstelsel in vogelvlucht	21
3.2 Ervaringen van instellingen	22
3.3 Cultuur	24
3.4 Bekostiging	25
3.5 Concurrentie	30
3.6 Zichtbaarheid van prestaties	32
3.7 Tot slot	33
4 Aanbevelingen	35
4.1 Kwaliteit van zorg	36
4.2 Aanbevelingen curatief-somatische zorg	37
4.3 Aanbevelingen AWBZ	40
4.4 Aanbevelingen schottenproblematiek	44
4.5 Tot slot	45
Literatuur	49
Bijlage 1 Gebruikte afkortingen	51
Bijlage 2 Samenstelling van de werkgroep	53

Het rapport in kort bestek

Uitdaging

De zorgvraag is de afgelopen jaren sterk toegenomen als gevolg van demografische, technologische en sociaal-culturele ontwikkelingen: vergrijzing, nieuwe behandeltechnieken, eisen van mondige burgers. De komende jaren gaat die stijging naar verwachting door. In het recente verleden is de sterk stijgende zorgvraag opgevangen door meer mensen aan te nemen. Dat kon doordat de beroepsbevolking fors steeg. De komende jaren lukt dat niet meer: de beroepsbevolking stijgt slechts beperkt. Zo ontstaat er een spanning tussen de almaar stijgende zorgvraag en de (beperkte) mogelijkheden om meer mensen in de zorg te laten werken. Deze spanning moet verminderen. Dat kan enerzijds door de zorgvraag te remmen (onder andere door preventie), anderzijds door de arbeidsproductiviteit te verhogen. De zorg hoeft dan minder beroep te doen op de arbeidsmarkt. Dit rapport gaat over de mogelijkheden om dit laatste te realiseren.

Afbakening

Vier vragen staan centraal in dit rapport:

1. Hoe heeft de arbeidsproductiviteit zich de afgelopen jaren in de zorgsector ontwikkeld?
2. Welke verschillen zijn er in arbeidsproductiviteit(sgroei) binnen de zorg en hoe zijn deze verschillen te verklaren?
3. Welke belemmeringen en stimulansen hebben (en ervaren) zorginstellingen om de arbeidsproductiviteit te verhogen?
4. Hoe kunnen de belemmeringen weggehaald en de stimulansen vergroot worden voor de zorginstellingen?

Wij beantwoorden deze vragen vanuit de werkomgeving van zorginstellingen en vanuit de mogelijkheden van de overheid de werkomgeving zo te (laten) veranderen dat dit instellingen prikkelt om de arbeidsproductiviteit te verhogen. Het huidige VWS-beleid, met name de stelselherziening voor de gezondheidszorg, is daarbij het uitgangspunt.

Arbeidsproductiviteit in de zorg

Het doel van zorgverlening is gezondheidswinst en betere kwaliteit van leven (de uitkomst). Beschouwingen over de (arbeids)productiviteit moeten daar zoveel mogelijk bij aansluiten. Het meten van dergelijke uitkomsten is echter niet gemakkelijk. Men gaat daarom veelal uit van zaken als: behandelde patiënten, verpleegdagen, verrichtingen. Allerlei relevante kwaliteitsaspecten komen daarbij niet of onvoldoende aan bod. Dit maakt het trekken van conclusies over de arbeidsproductiviteit zeer lastig.

De huidige beschikbare cijfers laten zien dat de arbeidsproductiviteit in de zorg niet of nauwelijks groeit. Meerdere instituten komen met vergelijkbare bevindingen. De cijfers moeten vanwege de genoemde meetproblemen met de nodige voorzichtigheid beschouwd worden. Ook geven de cijfers aan dat er de nodige verschillen bestaan tussen zorgaanbieders. Dergelijke verschillen worden ook gevonden bij incidenteel onderzoek waar wel meer kwaliteitsaspecten bij betrokken worden. Er is dus nog de nodige ruimte voor het verbeteren van de arbeidsproductiviteit.

Belemmeringen en stimulansen voor instellingen

Instellingen in de zorg noemen de eigen (interne) cultuur de belangrijkste belemmering voor meer arbeidsproductiviteit. Die cultuur is weinig zakelijk en risicomijdend. Management en medewerkers spreken elkaar te weinig aan op verantwoordelijkheden. Dat maakt het lastig veranderingen en innovaties door te voeren. Deze weinig ondernemende en op beheersing gerichte cultuur is een afspiegeling van de (door aanbodsturing ontstane) beheerscultuur die de overheid decennialang heeft toegepast op de zorginstellingen.

De interne cultuur is naast belemmering echter ook een stimulans voor innovaties. Zo werken in een aantal instellingen gemotiveerde professionals en managers hard aan verbetering van de (kwaliteit van) zorg. Dit gebeurt echter op te weinig plaatsen en initiatieven krijgen te weinig navolging. Toch bewijst dit dat de genoemde belemmeringen niet onoverkomelijk zijn: verbeteringen zijn ook nu al mogelijk.

De bekostiging van instellingen is een grote belemmering voor het doorvoeren van veranderingen. Veel zorginstellingen ervaren onvoldoende de noodzaak tot verandering. Aan het begin van het jaar worden met instellingen budgetten afgesproken op basis van aantallen verpleegdagen en verrichtingen. Bekostiging op basis van prestaties (gezondheidswinst, betere kwaliteit van leven) is daarbij nauwelijks aan de orde. Gaan instellingen efficiënt werken dan is de kans aanwezig dat de efficiëntiewinsten afgeroomd worden. Instellingen hebben dan het gevoel dat innovaties niet lonend zijn. Verder zijn er financiële schotten tussen de verschillende onderdelen van de zorg (tussen cure en care, tussen eerstelijnszorg en tweedelijnszorg, tussen extramuraal AWBZ en intramuraal AWBZ), die een zo goed mogelijk gebruik van het beschikbare geld in de weg staan. De opbrengsten van innovaties komen niet altijd bij de innoverende instellingen zelf terecht en kosten worden op andere delen van de zorg afgewenteld.

In de zorg bestaat weinig of geen concurrentie. Dit leidt ertoe dat de tucht van de markt onvoldoende aanwezig is. Dit wringt het meest in delen van de zorg waar de toelating van nieuwkomers beperkt wordt: in de ziekenhuissector en de intramurale AWBZ. Door de afschaffing van de contracteerplicht komt hierin al verbetering.

Zorginstellingen laten op dit moment nog weinig zien over hun prestaties, vooral als het om de kwaliteit van de geleverde zorg gaat. Daardoor ervaren instellingen zelf onvoldoende dat er een prestatiekloof is. Daarnaast hebben vooral belanghebbenden (klanten en hun zaakwaarnemers, verzekeraars en zorgkantoren) onvoldoende kennis van de geleverde prestaties. Zij kunnen instellingen daardoor ook onvoldoende op hun prestaties afrekenen.

Aanbevelingen

Verschillende onderzoeken laten weliswaar zien dat de interne cultuur een belangrijke belemmering is voor betere arbeidsproductiviteit, maar toch richten de aanbevelingen zich niet in de eerste plaats op de interne organisatie van zorginstellingen. Dit rapport is dus geen managementadvies, maar een advies voor de omgeving waarin instellingen kunnen en moeten opereren, voor de regulering van de zorgmarkt. De zorg zal immers nooit volledige marktwerking kennen. Alleen (financiële) marktprikkels zijn daarom niet voldoende voor betere arbeidsproductiviteit. Flankerend overheidsbeleid via stimuleringsprogramma's als 'Sneller Beter', 'Zorg voor Beter', beperken van administratieve lasten en het bevorderen van de keuzemogelijkheden van klanten blijven noodzakelijk. Daarnaast moet de overheid consistent zijn in haar beleid en zo instellingen in staat stellen een langetermijnbeleid te voeren dat de gewenste cultuuromslag in de zorg bevordert.

Invoeren prestatiebekostiging in de cure

Het invoeren van diagnose behandeling combinaties (dbc's) vergroot de transparantie van en in ziekenhuizen. Dit levert ziekenhuizen meer inzicht in de productiekosten en is een prikkel om doelmatiger te werken. De dbc's worden echter vrijwel uitsluitend gebruikt voor de declaraties. De eigenlijke bekostiging vindt voor 90 procent van de ziekenhuisproductie nog steeds plaats op basis van de functiegerichte budgettering. Deze functiegerichte budgettering moet afgeschaft worden en vervangen door een systeem van prestatiebekostiging op basis van dbc's. Dit prikkelt zorgaanbieders meer dan nu het geval is om doelmatig te werken en dit ook zichtbaar te maken. Deze dbc-prestatiebekostiging moet dan wel van maximumtarieven uitgaan (en geen punttarieven). Dan hebben zorgaanbieders en verzekeraars namelijk enige ruimte om niet alleen over volume en kwaliteit maar ook over de prijs te onderhandelen. De werkgroep is van mening dat arbeidsproductiviteit het best gestimuleerd wordt door prestatiebekostiging met volledig vrije prijzen. Uitbreiding van het zogenaamde B-segment is dan een logische vervolgstap. Die stap hangt echter ook af van de uitkomsten van evaluaties van het huidige B-segment.

Invoeren prestatiebekostiging in de AWBZ

Als basis voor de prestatiebekostiging in de AWBZ (extramuraal én intramuraal) wordt bij voorkeur uitgegaan van functies en functieklassen. Die geven de beste garantie dat de zorgaanbieder bij de zorgverlening de vraag van de klant centraal stelt. Belangrijk daarbij is dat de zorginkoper (thans het zorgkantoor) afspraken maakt met de zorgaanbieder over het aantal klanten en het gemiddeld aantal uren te leveren zorg, maar de afrekening niet plaatsvindt op basis van het daadwerkelijk aantal uren geleverde zorg. Het is vervolgens aan de zorgaanbieder om in samenspraak met de klant tot een zorgplan te komen. De wijze waarop de zorg geleverd wordt is voor de zorginkoper minder relevant, mits het zorgplan naar tevredenheid van de klant uitgevoerd wordt. In een dergelijk systeem heeft de zorgaanbieder een adequate prikkel om personeel en materieel doelmatig in te zetten.

De huidige bekostigingssystematiek prikkelt zorgaanbieders verder niet om de zorg zo te organiseren dat de totale kosten voor een patiënt (op korte én lange termijn) geminimaliseerd worden. Er moet (nader) onderzoek komen of en op welke wijze meerjarige contracten tussen zorgaanbieders en zorginkopers hiervoor een oplossing zijn.

Bevorderen concurrentie

Wanneer zorgaanbieders alle risico's voor hun kapitaallasten zelf dragen, hebben ze meer ruimte om in te spelen op ontwikkelingen in de zorgvraag. Dat prikkelt hen om bewuster te kiezen bij het inzetten van arbeid en kapitaal. Nieuwe zorgaanbieders kunnen ook gemakkelijker in de zorg aan de slag.

Het kabinet moet waar mogelijk het eerder aangegeven tijdpad hiervoor versnellen. Een volgende stap kan zijn om zorginstellingen winst te laten uitkeren, waardoor zorgaanbieders beter risicodragend kapitaal kunnen aantrekken. Dat biedt de ruimte voor productiviteitsverhogende investeringen.

In de ziekenhuiszorg is toetreding, en dus concurrentie, verder te stimuleren door zelfstandige behandelcentra (zbc's) naast dagbehandelingen ook klinische zorg te laten verlenen. Meer concurrentie in de AWBZ is mogelijk door het recht op 'verblijf' uit de AWBZ te halen. Dit gooit de intramurale markt open voor nieuwe, efficiënte aanbieders en biedt meer ruimte voor andere (innovatieve) zorgconcepten.

Weghalen van schotten

Met het schrappen van de functie verblijf uit de AWBZ wordt het (financierings)schot tussen intramuraal AWBZ en extramuraal AWBZ weggehaald. Vanuit verzekeringsoogpunt is het verder zinvol de op genezing gerichte AWBZ-zorg over te hevelen naar de ziektekostenverzekering. De zorgverzekeraar gaat daarmee over het gehele genezingsproces en dat is een stimulans om de totale genezingskosten te minimaliseren. Voor delen van de GGZ gebeurt dit al: in 2006 wordt een begin gemaakt met de overheveling van de kortdurende GGZ naar de nieuwe Zorgverzekeringswet.

Aan de kant van de zorgaanbieders zijn schotten weg te halen door transmurale dbc's voor specifieke groepen patiënten mogelijk te maken. Dit bevordert ketenzorg en samenwerking. De diabeteszorg experimenteert hier al mee. Ook voor andere groepen (chronische) patiënten zou dit uiterlijk in 2007 mogelijk moeten zijn.

Prestaties transparant maken

Betalen naar prestaties is een belangrijke prikkel voor zorgaanbieders om doelmatig te werken. De prestatiebekostiging zal echter (noodgedwongen) gebaseerd zijn op outputindicatoren zoals het aantal behandelde patiënten. Het doel van de zorg is echter gezondheidswinst en betere kwaliteit van leven. Belangrijke aspecten daarvan komen te weinig tot uitdrukking in de prestatiebekostiging op basis van alleen output.

Er moeten derhalve prestatie-indicatoren ontwikkeld voor alle relevante dimensies van de kwaliteit van zorg. Het veld moet daarvoor het initiatief nemen. Er zijn op dit gebied al wel positieve ontwikkelingen, maar die gaan (te) traag. De overheid moet meer dwingend optreden en eisen dat elke sector op korte termijn een standaardset heeft.

Prestatiebekostiging geeft zorgaanbieders meer ruimte het zorgproces naar eigen inzichten in te richten. Dat verplicht tegelijkertijd om meer inzicht te geven in de eigen prestaties. De logische vervolgstap is dat zorgaanbieders in het kader van de (verplichte) maatschappelijke verantwoording openheid geven over hun eigen prestaties voor alle prestatie-indicatoren. Klanten en zorginkopers kunnen daarmee beter dan nu de zorgproducten van instellingen beoordelen en bewuster kiezen voor een aanbieder. Dit bevordert concurrentie op alle aspecten van kwaliteit. Slecht(er) scorende aanbieders moeten aan het werk: zij worden zo geprikkeld verbeteringen door te voeren.

Tot zorg geprikkeld

1 Inleiding en uitdaging

1.1 Achtergrond en aanleiding

Werkgelegenheids groei in de zorg

De zorgvraag is de afgelopen jaren toegenomen. Daardoor is het aantal medewerkers in de zorg ook gegroeid. In 1998 werkten nog ruim 900.000 personen in de sector zorg en welzijn (11,9 procent van de beroepsbevolking), in 2003 waren dat er al ruim 1,1 miljoen (13,4 procent) (Rijksbegroting VWS, 2005).

Ook de komende jaren zal er meer vraag naar zorg zijn. Dit komt door ontwikkelingen zoals vergrijzing en grotere medisch-technologische mogelijkheden. Het Centraal Planbureau (CPB) heeft becijferd dat zorg- en welzijnssectoren in 2040 wel eens 18,3 procent van de beroepsbevolking zouden kunnen beslaan (CPB, 2004). VWS komt in zijn berekeningen zelfs uit op 22 procent. Het verschil is te verklaren doordat het CPB uitgaat van een toenemende arbeidsproductiviteit, terwijl VWS in zijn berekeningen is uitgegaan van een constante arbeidsproductiviteit. De afgelopen jaren kon de groei van de zorgvraag worden opgevangen doordat de beroepsbevolking sterk groeide; de komende jaren kan dat niet meer: de beroepsbevolking groeit veel minder. De macro-economische effecten van de toenemende vraag naar zorg zijn:

- veel hogere (collectieve en particuliere) zorguitgaven;
- opwaartse druk op de loonkosten in de zorg om zo een steeds groter deel van de beroepsbevolking te verleiden in de zorg te gaan werken, met uitstralingseffecten naar de gehele Nederlandse economie;
- sterkere instroom in de zorgopleidingen.

De vraag is of de maatschappij dit wil of kan. Is dit niet zo, dan is er kans dat geen of onvoldoende zorg geleverd kan worden, omdat er te weinig zorgverleners zijn. Dit kan ook leiden tot een (maatschappelijk) ongewenste vorm van tweedeling: welgestelden die zelf zorg kunnen kopen, vissen de personeelsvijver leeg en vergroten de kans dat elders zorg niet geleverd kan worden. Tenslotte stijgt de werkdruk in de sectoren zorg en welzijn en komt de kwaliteit onder druk te staan.

1.2 Uitdaging en onderzoeksvragen

Uitdaging

De toenemende vraag naar zorg enerzijds en de toekomstige arbeidsmarktontwikkeling anderzijds zorgen kortom voor een spanning. De uitdaging is om die spanning te verminderen. Een belangrijke oplossing hiervoor is meer arbeidsproductiviteit en meer en betere innovatie in de zorgsector. Er kan meer dan er nu gebeurt. Verschillende vergelijkende prestatiemetingen (benchmarkonderzoeken, bijvoorbeeld PWC Consulting, 2002 & Arcare, 2004) laten grote verschillen zien tussen instellingen in dezelfde branche.

Het kabinet heeft de Interdepartementale Commissie Marktordering (ICM) gevraagd een ambtelijke werkgroep in te stellen, die onderzoekt hoe VWS, zorgaanbieders en andere betrokken partijen kunnen zorgen voor grotere arbeidsproductiviteit en meer innovatie in de zorg.

Onderzoeksvragen

De volgende vragen zijn daarbij gesteld:

1. Hoe heeft de arbeidsproductiviteit zich de afgelopen jaren in de zorgsector ontwikkeld?
2. Welke verschillen zijn er in arbeidsproductiviteit(sgroei) binnen de zorg en hoe zijn deze verschillen te verklaren?
3. Welke belemmeringen en stimulansen hebben (en ervaren) zorginstellingen om de arbeidsproductiviteit te verhogen?
4. Hoe kunnen de belemmeringen weggehaald en de stimulansen vergroot worden voor de zorginstellingen?

Afbakening

De werkgroep heeft als opdracht concrete aanbevelingen te doen om de arbeidsproductiviteit en de innovatieve kracht in de zorgsector (cure en care) te verhogen. De aanbevelingen moeten gelden voor overheid, verzekeraars en instellingen. De werkgroep heeft besloten het werkterrein enigszins af te bakenen door de aanbevelingen te richten op de gevolgen van het VWS-beleid voor het functioneren van de zorginstellingen (daar moet de arbeidsproductiviteitsgroei immers plaatsvinden).

De werkgroep beseft dat zorginstellingen ook te maken hebben met beleid vanuit andere departementen, zoals: arbowetgeving, arbeidstijdenwetgeving, cao-regelingen, brandveiligheids- en milieuwetgeving en btw-wetgeving. Dergelijke wetgeving heeft weliswaar invloed op het functioneren van een instelling en de (on)mogelijkheden om de arbeidsproductiviteit te verhogen, maar de werkgroep richt zich niettemin alleen op het beleidsveld van VWS.

Hogere arbeidsproductiviteit en betere innovatie zijn alleen te realiseren met voldoende (= genoeg) en voldoende gekwalificeerd (=goed opgeleid) personeel. De beroepenstructuur, beroepsinhoud, opleidingscurriculum en opleidingsplaatsen in de zorgsector moeten daarom goed op orde zijn en aangepast aan nieuwe ontwikkelingen. De werkgroep heeft dit onderwerp echter niet behandeld en doet hierover ook geen uitspraken.

1.3 Onderzoeksmethode

Dit rapport is het resultaat van een reeks van activiteiten, bestaande uit bureauonderzoek, gesprekken en debatten met vertegenwoordigers uit het veld en van het ministerie van VWS, een breed onderzoek in het veld van de zorg en een beknopte internationale studie. De bureaus SEO en Plexus hebben deze laatste twee activiteiten uitgevoerd; de rapporten zijn apart beschikbaar.¹

De werkgroep heeft tot slot bijna dertig onderzoeks- en adviesbureaus gevraagd concrete ideeën over arbeidsproductiviteitsverhoging en innovatieve kracht op te schrijven. Deze 'prijsvraag' heeft ruim honderd ideeën opgeleverd. Hiervan zijn er vier nader uitgewerkt.²

¹ Titels: *Morgen zonder zorg(en)? Arbeidsproductiviteit en innovatieve kracht in de zorg* en *International comparison of impact of healthcare systems on diffusion of innovation*.

² Titel (en bureau): *Benchmarking van individuele hulpverleners in zorg en welzijn* (HHM); *Efficiënte zorgverlening op lokaal niveau. Een verkenning* (Regioplan); *Een zorg minder en minder zorg. Technologie om zelfzorg en mantelzorg te stimuleren en ondersteunen* (KITZ); en *Prosumerisme in de zorg. Mogelijkheden, obstakels en maatregelen* (Tranzo & IVA).

1.4 Structuur van het rapport

Hoofdstuk 2 gaat dieper in op aspecten en ontwikkelingen van arbeidsproductiviteit in de zorg. Daarbij gaat het om de definiëring van enkele begrippen en hoe de arbeidsproductiviteit zich heeft ontwikkeld. Dit hoofdstuk geeft dus een antwoord op onderzoeksvraag 1. Ook komt de relatie aan de orde tussen innovaties en arbeidsproductiviteit.

Hoofdstuk 3 gaat over de vraag welke prikkels en belemmeringen instellingen ervaren voor de groei van de arbeidsproductiviteit. De onderzoeksvragen 2 en 3 komen hier aan bod. Deze analyse gaat zowel over de cure als de care.

Hoofdstuk 4 bevat de aanbevelingen en gaat in op onderzoeksvraag 4.

Tot zorg geprikkeld

2 Arbeidsproductiviteit in de zorg

2.1 Arbeidsproductiviteit gedefinieerd

Voor het maken van een product zijn productiefactoren nodig zoals: tijd van professionals, gebouwen, apparatuur, materialen, energie. Productiviteit is de verhouding tussen de totale productie en de hoeveelheid van de benodigde productiefactoren om deze totale productie te bewerkstelligen. Dit rapport gaat over de ‘arbeidsproductiviteit’ en heeft dus alleen betrekking op de factor arbeid. Arbeidsproductiviteit is de verhouding van de totale productie en de hoeveelheid benodigde *arbeid* om deze totale productie te bewerkstelligen.

Het rapport gaat verderop in op verschillende cijfers over de (ontwikkeling van de) arbeidsproductiviteit in de zorg. Eerst moet echter het begrip arbeidsproductiviteit zelf meer geduid worden.³ Dat begrip kan op verschillende manieren bekeken worden. Dat heeft te maken met de definiëring van zowel de productie als de arbeid in de zorg.

De ‘teller’ van arbeidsproductiviteit: productie in de zorg

De productie in de zorg is op verschillende manieren in kaart te brengen. Dat kan met drie verschillende maatstaven: *outcome*, *output* of *throughput*. Ter illustratie onderstaand voorbeeld.

Situatie I: een patiënt wordt met een verouderde techniek geopereerd, er treden complicaties op en een tweede operatie is nodig. De uitkomst is dat de patiënt gehandicapt is/blijft.

Situatie II: diezelfde patiënt wordt met een nieuwe techniek behandeld en kan spoedig volledig hersteld het ziekenhuis verlaten.

Vanuit het oogpunt van *throughput* is de productie in situatie I het hoogst, namelijk meer verrichtingen. De *output* is in beide situatie gelijk: er is één patiënt behandeld. Maar de *outcome* is in situatie II het hoogst, omdat de gezondheidswinst hoger is.

Outcome

Outcome als productiemaatstaf doelt op het ‘produceren’ van gezondheid, dus: gezondheidswinst. Die wordt veelal uitgedrukt in ‘voor kwaliteit gecorrigeerde levensjaren’ (QALYs). Er is sprake van een productiviteitsverbetering als er meer gezondheid wordt gewonnen. Een stapje verder: wordt meer gezondheidswinst bereikt met dezelfde hoeveelheid of minder personeel, dan spreken we over een verbetering van de *arbeidsproductiviteit*. Echter gezondheidswinst is niet het enige doel van de gezondheidszorg. In care-sectoren staat niet genezing maar verpleging en verzorging centraal. Dan gaat het vaak niet om gezondheidswinst, maar om ondersteuning, het bevorderen van welzijn of het waarborgen van een menswaardig levenseinde. Adequate verzorging, goede bejegening, respecteren van privacy en integriteit zijn in de care vaak belangrijker dan de ‘kale’ gezondheidswinst. Naarmate de zorg verder afstaat van de strikte curatieve (genezende) zorg worden dergelijke aspecten belangrijker. Maar ook in de cure kunnen deze aspecten niet genegeerd worden. Outcome is de meest ideale productiemaatstaf, maar belangrijk nadeel is dat dit in praktijk lastig te meten is.

³ Deze theoretische beschouwing is vrijwel volledig gebaseerd op een notitie van Brouwer, Koolman & Rutten (2005) ten behoeve van de ICM-werkgroep.

Output

Output als productiemaatstaf gaat uit van complete behandelingen. De dbc's in de bekostigingssystematiek voor ziekenhuizen zijn een goed voorbeeld hiervan. Nadeel van een dergelijke maatstaf is de soms gebrekkige relatie met de outcome, die is niet altijd vanzelfsprekend aanwezig. Niet uit te sluiten is dat behandelingen die niet of nauwelijks tot gezondheidswinst leiden, volwaardig meetellen in de productie. Belangrijk voordeel is dat de output beter te meten is dan de outcome. Hoewel dat ook niet zonder problemen is. Het is bijvoorbeeld niet altijd duidelijk wanneer een behandeling start en wanneer die eindigt.

Een patiënt wordt te vroeg uit het ziekenhuis ontslagen en krijgt complicaties. Het kan zijn dat de patiënt opnieuw moet worden opgenomen. Is dit dan een nieuwe behandeling, of hoort deze nog bij de oude? Voor het bepalen van de (arbeids-)productiviteit maakt dit veel verschil.

Daarnaast speelt ook de kwaliteit van de behandeling een wezenlijke rol, evenals de samenstelling en zorgzwaarte van de behandelde groep patiënten. Beide aspecten worden op dit moment onvoldoende meegenomen.

In de AWBZ-sector ligt de nadruk op het zo snel mogelijk uitvoeren van taken als wassen, kleden en helpen met eten van zorgbehoevenden. Daardoor kunnen meer cliënten worden geholpen en stijgt de meetbare productie in cliëntenaantallen. Dit verlaagt tegelijkertijd de kwaliteit van zorg omdat juist de 'menselijke maat' in deze benadering van zorg achterwege blijft.

Throughput

Throughput als productiemaatstaf neemt niet meer de complete behandeling van een cliënt in beschouwing, maar gaat uit van specifieke verrichtingen: opname, operatie, minuten 'achter de voordeur'. Het voordeel is dat de meting relatief eenvoudig is. De keerzijde is dat onduidelijk is (nog minder dan bij output) welke bijdrage de afzonderlijke verrichtingen leveren aan het doel van de zorg. Verrichtingen die niets bijdragen aan gezondheid of welzijn zijn in deze benadering toch 'productief'. Omgekeerd kunnen nieuwe behandelmethoden (bijvoorbeeld nieuwe medicijnen) gezondheidswinst opleveren, maar het aantal verrichtingen doen afnemen en dus ook de gemeten zorgproductie. De throughput is weliswaar gemakkelijker te meten dan de outcome en de output, maar daar staat tegenover dat de aldus gemeten zorgproductie minder gerelateerd zal zijn aan het eigenlijke doel van de zorgverlening.

De 'noemer' van arbeidsproductiviteit: arbeid in de zorg

Zicht op de arbeidsproductiviteit in de zorg vraagt niet alleen een goede definitie van productie maar ook een goede definitie van de arbeid in de zorg. De factor arbeid is op verschillende manieren te meten - bijvoorbeeld aantal werknemers, aantal volledige arbeidsplaatsen/fte's, aantal arbeidsuren op jaarbasis - en te corrigerend: bijvoorbeeld vanwege ziekteverzuim, arbeidsduurverkorting, omvang overuren en kwaliteit ingezet personeel.

Arbeidsproductiviteit gedefinieerd

Theoretisch gezien is er een sterke voorkeur om de productiviteit in de zorg te meten met outcome als productiemaatstaf. Outcome is met name essentieel bij vraagstukken als de bijdrage van hogere zorguitgaven aan de welvaart of hoe het geld te besteden binnen de zorgsector. Helaas is deze maatstaf slechts beperkt uitvoerbaar. Output als productiemaatstaf (en in mindere mate throughput) kan helpen

om instellingen met elkaar te vergelijken en hen te prikkelen tot meer doelmatigheid. Bedacht moet worden dat de output vertekend kan zijn door kwaliteitsverschillen, onvergelykbare klanten en omgevingsfactoren. Overigens geldt dit (in mindere mate) ook voor outcome. Verkeerde conclusies liggen op de loer wanneer hiermee in een vergelijking onvoldoende rekening kan worden gehouden. Dit geldt ook als de productiviteit van een instelling in de tijd in kaart gebracht wordt. Alleen bij stabiele behandelmethoden en een stabiele zorgomgeving kunnen output (en throughput) zonder verdere correctie gebruikt worden voor het meten van de productiviteit. Daarnaast bestaat in de wetenschap een sterke voorkeur om voor de factor arbeid uit te gaan van het daadwerkelijke aantal gewerkte uren op jaarbasis, eventueel gecorrigeerd voor de kwaliteit van het ingezette personeel.

2.2 Ontwikkeling van arbeidsproductiviteit

De arbeidsproductiviteit in de zorg is niet zonder problemen te meten. Meerdere instituten (CBS, Prismant, SCP)⁴ in Nederland hebben in het (recente) verleden gegevens gepresenteerd over de ontwikkeling van de arbeidsproductiviteit in de verschillende zorgsectoren. Al deze studies meten de zorgproductie in alle onderzochte sectoren aan de hand van output en throughput. Geen enkele studie hanteert de outcome als productiemaatstaf. Nu theoretisch gezien outcome als productiemaatstaf duidelijk het beste is, moeten de uitkomsten van deze studies van de nodige kanttekeningen voorzien worden. Des te meer nu bedoelde studies bij de output en de throughput maar heel weinig rekening houden met kwaliteitsverschillen, onvergelykbare klantenpopulaties en omgevingsfactoren.

Nationaal en internationaal perspectief

Er zijn, naast studies met de nadruk op de (arbeids)productiviteit in de zorg in Nederland, ook studies die meer de nadruk leggen op de gehele Nederlandse economie of die de Nederlandse zorgsector plaatsen in een internationaal perspectief (bijvoorbeeld Kuhry & Van der Torre, 2002). De laatste studie laat zien dat een internationale vergelijking van de arbeidsproductiviteit in de zorg methodologisch nog lastiger is dan de vergelijking binnen de Nederlandse situatie. Het rapport trekt dan ook nauwelijks conclusies over (arbeids)productiviteitsverschillen tussen landen. Voorzover het materiaal het toelaat, blijkt dat (delen van) de Nederlandse zorgsector geen uitschieter is, positief noch negatief.

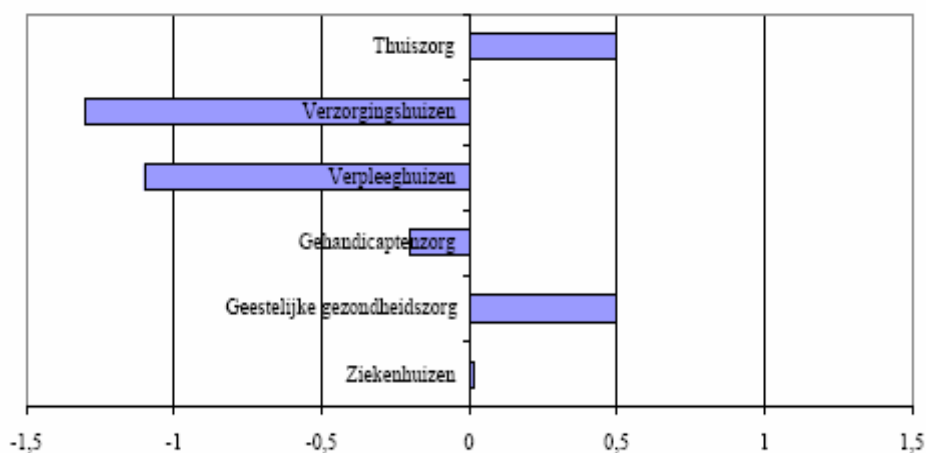
Nationaal gezien blijkt de arbeidsproductiviteitsontwikkeling in de zorgsector achter te blijven bij die van andere sectoren. Het CPB heeft berekend dat in de periode 1980-2001 de arbeidsproductiviteit jaarlijks met gemiddeld 0,3 procent gedaald is in de zorgsector (CPB, 2004). De gehele Nederlandse economie komt volgens het CPB in die periode uit op een gemiddelde stijging van 1,3 procent. De zorgsector scoort het laagste van alle relevante sectoren, waaronder de overheid, commerciële dienstverlening en niet-commerciële dienstverlening. De lage score van de zorg kan komen door de beperkte mogelijkheden om de arbeidsproductiviteit te verhogen.

Verschillen tussen zorgsectoren

Dell en Vandermeulen (2005) hebben in de zes grootste zorgsectoren de arbeidsproductiviteitsontwikkeling in kaart gebracht op basis van de gehanteerde methoden van het CBS, het Sociaal- en Cultureel Planbureau (SCP) en de onderzoeksorganisatie Prismant. Dit geeft een beeld van de

⁴ Respectievelijk Mosseveld & Smit (2003), Dell & Vandermeulen (2005) en Kuhry & Van der Torre (2002).

ontwikkeling van de arbeidsproductiviteit over meerdere jaren. De meetmethodieken en definities van de bureaus verschillen, zodat de uitkomsten ook verschillen.



Figuur 1: Gemiddelde jaarlijkse arbeidsproductiviteitsgroei in zes zorgsectoren in de periode 1994-2003 op basis van berekeningen Prismant.

Figuur 1 laat de resultaten van de berekeningen van Prismant zien. In slechts twee sectoren is de arbeidsproductiviteit enigszins gestegen in de onderzoeksperiode. De berekeningen van het CBS en SCP geven iets andere uitkomsten, maar het algemene beeld is dat de gemiddelde jaarlijkse ontwikkeling van de arbeidsproductiviteit in de meeste sectoren ongeveer nul is. In de ggz ligt de uitkomst vaak iets hoger en in de ouderenzorg iets lager.

Bij deze berekeningen is de productie, zoals eerder aangegeven, niet gemeten naar outcome, maar naar output en throughput. Dat kan (ongewenste) vertekeningen opleveren. Zo heeft het kabinet eind jaren negentig geld uitgetrokken voor het verlagen van de werkdruk in de ouderenzorg. Dat leidde toentertijd tot meer werkgelegenheid, maar dat is niet meegenomen in de output- en throughput-indicatoren van Prismant. Aannemende dat meer handen aan het bed leiden tot betere kwaliteit van zorg, onderschat het onderzoek op deze wijze de productie in termen van outcome en dus ook de arbeidsproductiviteitsontwikkeling.

Verschillen tussen instellingen

Dell en Vandermeulen (2005) hebben daarnaast de arbeids-productiviteitsverschillen tussen algemene ziekenhuizen en tussen verpleeghuizen berekend. Uit de analyse blijkt dat het meest productieve ziekenhuis circa 50 procent meer arbeidsproductiviteit kent dan het minst productieve ziekenhuis. De verschillen bij verpleeghuizen zijn nog groter: in het meest productieve verpleeghuis ligt de arbeidsproductiviteit 85 procent hoger dan in het minst productieve verpleeghuis. Prismant heeft deze verschillen niet nader onderzocht.

De berekeningen hebben weliswaar geen betrekking op de productie naar outcome, maar toch kunnen op z'n minst de nodige vraagtekens gezet worden bij de grote onderlinge verschillen tussen instellingen. Ook andere onderzoeken laten aanmerkelijke verschillen zien in de productiviteit van zorginstellingen. Zo komen uit een vergelijking van Stokdijk, Klay & Van Gulick (2003) bij een aantal operatiekamers in ziekenhuizen ook aanzienlijke verschillen naar voren. Die hebben zowel op doelmatigheidsindicatoren als op kwaliteitsindicatoren betrekking. Verder laat een benchmark van

thuiszorginstellingen zien dat doelmatigheidsverschillen niet of nauwelijks terug te voeren zijn op verschillen in allerlei kwaliteitsindicatoren (PWC, 2002). Hetzelfde beeld komt naar voren uit de verschillende rapporten van de Inspectie voor de Gezondheidszorg over de zorg in verpleeghuizen en verbetertrajecten van het kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO.

Concluderend

De arbeidsproductiviteitsontwikkeling in de verschillende delen van de zorg is alleen goed in kaart te brengen wanneer er meer aandacht is voor het meten van de daadwerkelijke uitkomst (outcome). Initiatieven van bijvoorbeeld het CBS om op microniveau (bij instellingen) de outcome in kaart te brengen, verdienen alle steun.

Desondanks staat wel vast dat de zorg nog voldoende ruimte heeft voor het verbeteren van de arbeidsproductiviteit. Ten eerste laat geen van de uitgevoerde studies zien dat de arbeidsproductiviteit in de zorgsector noemenswaardig stijgt. Ten tweede laten vergelijkingen tussen instellingen grote onderlinge verschillen zien.

De eerste vraag is dan hoe de arbeidsproductiviteit te verhogen is. Dit komt in de volgende paragraaf aan bod. De tweede vraag is hoe het komt dat zorginstellingen die ruimte niet benutten. Het volgende hoofdstuk gaat daar dieper op in.

2.3 Verhogen van arbeidsproductiviteit

Nemen we outcome als teller en het aantal gewerkte uren als noemer, dan houdt het verhogen van de arbeidsproductiviteit in: het vergroten van de hoeveelheid geleverde gezondheidswinst per gewerkt uur. Theoretisch kan dit door het vergroten van de statische efficiëntie of de dynamische efficiëntie.

De statische efficiëntie gaat omhoog door verspilling van de productiefactor arbeid te voorkomen (technische efficiëntie) of door arbeid in te zetten waar ze het meest bijdraagt (allocatieve efficiëntie). Deze allocatieve efficiëntie is van belang voor het macroniveau maar ook voor de instellingen. Op macroniveau wordt allocatieve efficiëntie bereikt door arbeid in te zetten naar de wensen van consumenten en de schaarsteverhoudingen. De vraag is of de arbeid in de juiste deelsectoren wordt ingezet. Bij instellingen gaat het erom arbeid voor de juiste zorgproducten in te zetten.

Dynamische efficiëntie heeft te maken met een voldoende investeringsniveau en de mate waarin een zorgonderneming of de zorgsector als geheel aan innovatie doet. Innovatie is vernieuwing die doorwerkt in producten, diensten, processen of organisatievormen. Dergelijke vernieuwing is het gevolg van het omzetten van kennis in praktische ideeën en het vervolgens succesvol toepassen van deze ideeën.⁵ Daarvoor zal moeite, tijd en middelen moeten worden besteed aan vernieuwende activiteiten. Innovatie is te onderscheiden in:

- Productinnovaties: een nieuwe behandelmethodede of nieuw zorgconcept;
- Procesinnovaties: een bestaande behandeling/zorgverlening anders organiseren.

In de zorg zijn belangrijke sprongen in productiviteit nodig met proces- en met name productinnovaties (dynamische efficiëntie). Toch moet ook het belang van verbeteringen in de statische efficiëntie niet onderschat worden. Voorwaarde voor beide zaken is dat de zorginstellingen een veranderingsproces in gang zetten. Zij moeten de noodzaak hiervan ook inzien. Deze noodzaak

⁵ Tidd, J., J. Bessant & K. Pavitt (2001).

Tot zorg geprikkeld

ontstaat wanneer wel veranderen erg gunstig is voor de instelling of niet veranderen erg ongunstig. Instellingen moeten vervolgens ideeën ontwikkelen die kunnen voortkomen uit bestaande kennis van binnen of van buiten de organisatie of uit eigen creativiteit en ontwikkeling. Vervolgens komt het aan op het implementatieproces: de succesvolle toepassing van de ideeën.

3 Bevindingen

Dit hoofdstuk schetst de bevindingen van de werkgroep. Die richten zich op prikkels en belemmeringen bij het doorvoeren van innovaties en het verhogen van de arbeidsproductiviteit bij zorginstellingen.⁶ Allereerst geeft paragraaf 3.1 een korte schets van het zorgstelsel. Vervolgens gaat de werkgroep in op belemmeringen en prikkels, waarbij de werkgroep leunt op de bevindingen van het voornaamste achterliggende onderzoek (SEO en Plexus, 2005a). Deze komen in paragraaf 3.2 aan bod, en worden in de paragrafen 3.3 t/m 3.6 verder uitgewerkt. In paragraaf 3.7 volgt een samenvatting van de bevindingen.

3.1 Het zorgstelsel in vogelvlucht

Van volkomen mededinging is sprake wanneer de markt geheel aan zichzelf wordt overgelaten, zonder verdere tussenkomst van overheid of toezichthouders en dit resulteert in een allocatieve en dynamische efficiëntie. De markt zorgt zelf voor een juiste prijszetting. Kwaliteit is automatisch onderdeel van de prijs van een product, omdat kopers geneigd zijn voor een betere kwaliteit een hogere prijs te betalen. Organisaties die slecht presteren met (arbeids)productiviteit zijn duurder en zullen zich daarmee uit de markt prijzen. Zo leidt een perfecte markt tot de beste prijs-kwaliteitverhouding.

De markt is in de zorg echter niet perfect. Marktimperfecties zijn onder andere gelegen in:

- asymmetrische informatie: de zorgvrager heeft ten opzichte van de zorgaanbieder een informatieachterstand bij zowel de diagnose als de vereiste behandeling. Daardoor kunnen professionals de zorgvraag sturen (aanbodgeïnduceerde vraag);
- onzekerheid over het vóórkomen van ziektes;
- het streven van solidariteit tussen zieken en gezonden, tussen arm en rijk;
- de aanwezigheid van verzekeringen: de interesse voor prijs van de zorg bij de cliënt is beperkt en de kans bestaat dat de zorgvrager een grotere hoeveelheid zorg vraagt dan zonder verzekering (moral hazard).
- het bestaan van goed en slecht verzekerbare (gezondheids)risico's.

Vraag en aanbod in de zorg functioneren daardoor niet als vraag en aanbod in een markt van volkomen mededinging. Daar is al veel over geschreven (zie bijvoorbeeld Lapré & Rutten, 1993 en Schut, 2003). Het bestaan van dergelijke marktimperfecties betekent dat marktwerking in de gezondheidszorg niet automatisch leidt tot optimale en/of gewenste uitkomsten. De markt biedt niet altijd garanties voor het veiligstellen van de publieke belangen: goede kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg. Om die reden greep en grijpt de overheid in op de zorgmarkt.

Het stelsel van de regulering van de zorgmarkt wordt op dit moment grondig herzien. De stelselherziening wil de centrale aanbodsturing waar het maar even kan vervangen door een meer decentraal stelsel dat uitgaat van de vraag. De stelselherziening kent twee sporen. Het *eerste spoor* is het aanpassen van het verzekeringsstelsel door het invoeren van één nieuwe basisverzekering voor de curatieve zorg. De Eerste en Tweede Kamer hebben deze wet inmiddels goedgekeurd. Het *tweede spoor* richt zich op het anders sturen en ordenen van het aanbod aan zorg, zowel in de curatieve zorg

⁶ In hoofdstuk 1 is aangegeven dat de werkgroep de taakopdracht heeft afgebakend en de aanbevelingen vooral richt op beïnvloeding van het gedrag van zorginstellingen. Om die reden wordt in het vervolg van dit hoofdstuk hoofdzakelijk gekeken naar de prikkels en belemmeringen voor zorginstellingen.

als in de AWBZ. Voorbeelden daarvan zijn: het beschrijven en financieren van ziekenhuiszorg met diagnose behandeling combinaties (dbc's), de modernisering van de AWBZ en het overhevelen van ondersteunende taken van de AWBZ naar de nieuwe Wet op de Maatschappelijke Ondersteuning (WMO). Het tweede spoor regelt vooral het zorgaanbod wat betreft prijs, kwaliteit en toetreding.

Regulering van prijs, kwaliteit en toetreding

De regulering van de prijs houdt in dat de overheid (CTG/ZAio) voor de verschillende zorgproducten tarieven vaststelt. Deze tarieven weerspiegelen niet de werkelijke kosten van iedere afzonderlijke instelling: het zijn landelijke normen die verschillen tussen instellingen niet uitdrukken. De zorginstellingen worden, naast de vaststelling van de verschillende tarieven, gebudgetteerd. Dat houdt in dat de zorgverzekeraars en zorgkantoren afspraken maken met zorgaanbieders over de op jaarbasis te leveren hoeveelheid zorg. De instelling is daarmee min of meer verzekerd van een vooraf vastgesteld budget.

Kwaliteit regel je allereerst in de omschrijving van de zorgproducten. In de curatieve zorg gaat het dan om ruim dertigduizend dbc's, waarbij per dbc aangegeven wordt welke activiteiten uitgevoerd moeten worden om de patiënt adequaat te behandelen. De AWBZ kent zeven functies: huishoudelijke verzorging, persoonlijke verzorging, verpleging, ondersteunende begeleiding, activerende begeleiding, behandeling en verblijf. Richtlijnen bepalen wat deze zeven functies precies inhouden. Een productbeschrijving zegt echter nog weinig over de kwaliteit van dat product. De Kwaliteitswet zorginstellingen legt de verantwoordelijkheid voor kwaliteit bij de zorginstellingen zelf (onder andere het verplicht beschikken over een kwaliteitssysteem). Het toezicht op de naleving van de Kwaliteitswet ligt bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ). De IGZ heeft voor de ziekenhuizen dertig prestatie-indicatoren ontwikkeld. Die gaan over meetbare aspecten van de zorg die een indicatie geven over onder andere de veiligheid, de effectiviteit en de patiëntgerichtheid van de zorg. De IGZ houdt zo enerzijds toezicht op de basiskwaliteit en tracht anderzijds kwaliteit die boven het minimale niveau ligt zichtbaar te maken. Voor de AWBZ is zo'n set van indicatoren waaraan de zorg tenminste dient te voldoen in de maak.

Voor nieuwkomers is het, zeker in de intramurale zorg, moeilijk: er zijn hoge toetredingsbarrières. Die komen met name door de regelgeving, zoals de Wet Ziekenhuisvoorzieningen (WZV) en de Wet tarieven Gezondheidszorg (WTG) (CTG/ZAio, 2005a). Ook zonder deze wettelijke belemmeringen speelt nog altijd de hoge kapitaalintensiteit een rol. In de extramurale AWBZ zijn de toetredingsbarrières laag.

Kortom, het bestaan van een imperfecte markt leidt tot een stelsel van regulering. Zorginstellingen ervaren daarvan prikkels maar ook belemmeringen. Deze prikkels en belemmeringen hebben ongetwijfeld ook invloed op het doorvoeren van innovaties en het verhogen van de arbeidsproductiviteit. De volgende paragraaf behandelt die ervaringen van zorginstellingen.

3.2 Ervaringen van instellingen

SEO en Plexus hebben voor de werkgroep een veldonderzoek uitgevoerd bij 47 instellingen. Tabel 1 presenteert de belemmeringen en prikkels die de instellingen ervaren om met innovaties de arbeidsproductiviteit te verhogen. De tabel geeft aan dat de instellingen vaker belemmeringen ervaren

dan prikkels, niet iedere instelling dezelfde belemmeringen en prikkels ervaart en een aantal aspecten tegelijkertijd een belemmering en een prikkel is, bijvoorbeeld (interne) cultuur.

Ervaren belemmeringen om te innoveren

De meest genoemde hinderpaal is de eigen cultuur van instellingen. Die cultuur is weinig zakelijk en risicomijdend. Daarnaast zijn verantwoordelijkheden onduidelijk verdeeld, waardoor mensen elkaar niet aanspreken op die verantwoordelijkheden. Ook anderen constateren dit (bijvoorbeeld RVZ (2005), Kennedie (2005) en De Waal et al. (2005)).

Belemmering	% instellingen dat dit noemt	Stimulans	% instellingen dat dit noemt
weinig zakelijke cultuur binnen eigen organisatie	80%	financieel voordeel	54%
onzekerheid over overheidsbeleid	73%	concurrentie (institutionele setting)	44%
CAO/arbeidsstijdenwetgeving (institutionele setting)	59%	cultuur binnen organisatie: intrinsieke motivatie werknemers	44%
geen financieel voordeel	56%	beschikbaarheid financiële middelen	34%
wantrouwen buiten eigen organisatie (VWS, verzekeraars, zorgkantoor)	56%	druk van buiten eigen organisatie	34%

Tabel 1 *Ervaren belemmeringen en prikkels*

Bron: SEO/Plexus (2005a)

Zorginstellingen ervaren de regels van VWS en de zelfstandige bestuursorganen (zoals CTG/ZAio, CVZ, de zorgkantoren, CBZ) ook als een belangrijke belemmering. Ze ervaren de vele regels als georganiseerd wantrouwen dat de flexibiliteit van instellingen belemmert. Ook de onzekerheid over en de vele veranderingen in het (gevoerde) overheidsbeleid maken instellingen onzeker en afwachtend. Het feit dat behaalde financiële voordelen niet altijd behouden kunnen worden (afromen van reserves) of dat budgetten verlaagd en tarieven bijgesteld worden, stimuleert zorginstellingen niet tot innovatief gedrag voor maatregelen om de arbeidsproductiviteit te verhogen. De bekostigingssystematiek is daarnaast soms zo fijnmazig dat nieuwe behandelmethoden daar niet in passen. Dat verleidt instellingen niet om iets nieuws uit te proberen. Tot slot belemmeren schotten in de bekostiging (tussen cure en care, tussen intramuraal en extramuraal AWBZ, tussen ziekenhuisbudget en specialistenhonorarium) instellingen om (arbeidsbesparende) innovaties uit te voeren; de baten komen immers niet altijd bij de innoverende partij zelf terecht.

Ervaren prikkels om te innoveren

Instellingen ervaren óók stimulansen. De toenemende concurrentie dwingt instellingen naar de kwaliteit en kosten van hun zorgproducten te kijken. De bekostigingssystematiek bevat naast belemmeringen ook prikkels om de arbeidsproductiviteit te verhogen. Zo levert het opvoeren van het aantal uren ‘achter de voordeur’ in de thuiszorg direct financieel voordeel op voor de instelling.⁷ De interne cultuur mag dan wel als belangrijkste belemmering ervaren worden, er zijn ook elementen in

⁷ Thuiszorginstellingen ervaren dit als een prikkel om meer budgetinkomsten na te streven. Of er daadwerkelijk sprake is van een hogere (arbeids-)productiviteit is nog maar de vraag. Uren ‘achter de voordeur’ zijn immers slechts *throughput*, ze zeggen nog niets over de arbeidsproductiviteit. Daarvoor moet de *outcome* worden gemeten of iets over de kwaliteit kunnen worden gezegd.

die cultuur die juist prikkelen tot innovatie. De belangrijkste daarvan is de gedrevenheid van medewerkers: professionals vinden het leuk om betere en meer zorg te kunnen verlenen (intrinsieke motivatie).

Relevante thema's

Het onderzoek van SEO en Plexus laat zien dat een aantal thema's bepalend is voor de ontwikkeling van de arbeidsproductiviteit en het totstandkomen van innovaties. Instellingen ervaren zelf de *interne cultuur* als de belangrijkste belemmering om aan de arbeidsproductiviteit te werken. De onderzoekers vinden daarnaast de *bekostigingssystematiek* en het gebrek aan externe druk (*concurrentie*) de belangrijkste feitelijke belemmeringen voor meer arbeidsproductiviteit in de zorgsector. De externe druk is alleen te verhogen als naast prijzen ook de (kwaliteit van) *prestaties* voldoende zichtbaar zijn. De volgende paragrafen werken deze vier thema's - cultuur, bekostiging, concurrentie en zichtbaarheid van prestaties - meer uit.

3.3 Cultuur

De cultuur in instellingen kan volgens het onderzoek van SEO/Plexus zowel een belemmering als een prikkel zijn om te veranderen. De verhouding tussen professionele zorgverleners en management is weinig zakelijk; dit zorgt ervoor dat de leiding weinig zicht heeft op zowel de problemen die al in de organisatie bestaan als de mogelijkheden om zaken beter te doen.

De medisch specialisten vormen een bijzondere groep professionals. Rond hen bestaat een oerconflict tussen de professionele autonomie van de zorgverlener en sturing vanuit het management. Aan de ene kant beoordeelt de zorgverlener welke zorg of hoe de zorg moet worden geleverd, aan de andere kant zal de leiding de gevolgen van de keuze van de professional willen beheersen. Het onderstaande citaat illustreert dat slechte communicatie tot verspilling en conflicten kan leiden.

'Artsen geven niet tijdig hun afwezigheid aan: de sprekers staan dan vol gepland en wij kunnen iedereen weer gaan afbellen. Ze hebben weinig besef van de implicaties van hun handelen.'

Innovators

Innovaties in de zorg komen lang niet altijd van het management, maar juist vaak van de professional. Veel managers in de zorg zijn eerder behoudend en risicomijdend dan ondernemend. Ze willen zo veel mogelijk omzet maken (zie paragraaf 3.4) en letten daardoor minder op het resultaat van de *core business*, het zorgproduct. Het management wordt hierin doorgaans gestimuleerd door de Raad van Toezicht (RVZ, 2005, pag. 17). Ook Kennedie zegt in zijn rapport *Waarde, Waardering en Waardigheid* dat de cultuur in zorginstellingen (in dit geval ging het om verpleeghuizen) weinig ondernemend is (Kennedie, 2005). Er bestaat nauwelijks een overkoepelende visie met bijbehorende missie, beleidsplan en financiële planning. Goede kwaliteit van leven en zorg lijken volgens Kennedie daarentegen juist af te hangen van de manier waarop de visie is ingebed in de organisatie en de bedrijfsvoering is ingericht.

Bottom-up versus top-down

Veranderingen worden in het algemeen niet eenvoudig van bovenaf opgelegd, de zorgverleners moeten het zelf willen. De medewerkers in de zorg moeten dus niet alleen de ruimte *nemen* voor

initiatieven, maar ook ruimte *krijgen*. Het management kan met beter opleiden creativiteit en ondernemingszin bij individuele medewerkers stimuleren.

Een behoudende cultuur bemoeilijkt veranderingen wanneer deze veranderingen (uitsluitend) van bovenaf komen. Vernieuwingen komen ook voort uit een daadwerkelijke motivatie van zorgverleners. Deze vorm van ‘cultuur’ is juist stimulerend (SEO/Plexus, 2005a). Personeel kan elkaar onderling vaak sterk motiveren voor organisatorische veranderingen die goed zijn voor de patiënt.

Cultuur en diffusie

Instellingen met een innovatieve cultuur en zeer gemotiveerd management (koplopers) zijn sterk geneigd hun werkwijzen ook naar buiten uit te dragen. Ze zijn ervan overtuigd dat hun verandering goed is voor de patiënt. Dit is duidelijk een positieve factor: wanneer instellingen de noodzaak zien om op een bepaald vlak te veranderen, is het relatief gemakkelijk om kennis en ervaring van andere instellingen te verkrijgen. Maar eerst moet een noodzaak worden ervaren. Zijn er elders geen goede praktijkvoorbeelden voorhanden, dan moet de organisatie zelf oplossingen voor het probleem verzinnen.

Cultuurbepalende factoren

De verschillen tussen instellingen worden vermoedelijk vooral verklaard door de persoon van de directeur (SEO/Plexus, 2005a). Zo’n sleutelfiguur moet als eerste de noodzaak van verandering inzien, hiervoor een oplossing proberen te vinden en zich sterk maken de veranderingen in de organisatie in te bedden. De innovatieve kracht van de zorginstelling hangt vooral af van een krachtige, innovatieve leiding. De top kan eveneens het ‘goede voorbeeld’ tonen door naar buiten te treden en over de muren heen te kijken.

De cultuur in instellingen is zeer lastig te veranderen, dat staat vast. Dit geldt voor het management van een organisatie zelf, laat staan dat de overheid hieraan (op afstand) iets kan doen. De onderzoekers van SEO en Plexus zien de (behoudende) cultuur in de instelling vooral als een afgeleide van het gebrek aan concurrentie, niet als iets dat eigen is aan werkers in de zorg. De overheid kan op andere gebieden wel meer prikkels tot verandering geven, bijvoorbeeld financiële prikkels. Het creëren van een meer zakelijke omgeving zal op termijn zeker invloed hebben. Zo zal het management hierdoor meer (tijds)druk voelen om open en zakelijk met professionals over optimale organisatie van de zorgverlening te spreken. Dit zal zijn weerslag hebben op de cultuur in instellingen. Dit brengt ons bij een sterk bepalende factor voor een zakelijke omgeving: de bekostiging.

3.4 Bekostiging

De werkgroep signaleert dat de (huidige) bekostiging van de zorg enerzijds een grote belemmering is voor hogere van arbeidsproductiviteit en de totstandkoming van innovaties, maar anderzijds in potentie ook een grote prikkel kan zijn. Daarbij speelt een aantal factoren een rol. Achtereenvolgens komen aan bod:

- de budgetsystematiek;
- bekostiging op basis van *throughput*;
- de stelling ‘innoveren loont niet’: kosten en baten liggen niet altijd bij één instelling;
- financiële schotten.

De budgetsystematiek

Het budget van een instelling (of *lumpsum* van een zorgverlener) bepaalt sterk het gedrag van de instelling. Budgetafspraken voor een bepaalde periode (doorgaans een jaar) bieden een instelling een inkomensgarantie en beperken daarom het risico van de instelling; tegelijkertijd beperken ze ook de (meer)inkomsten. De flexibiliteit van het budget hangt overigens erg af van de afspraken tussen individuele zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Aan het begin van een budgetperiode worden bijvoorbeeld afspraken gemaakt over de bekostiging van extra productie.

Het ziekenhuisbudget

Voor 90 procent van de dbc's (het zogenoemde A-segment) staan de dbc's ook op de facturen, maar het ziekenhuis en zorgverzekeraar onderhandelen over het (totale) *budget* op basis van budgetparameters (het systeem van functiegerichte budgettering, of FB). Zo zijn er variabele parameters voor het proces dat patiënten doorlopen (eerste polikliniekbezoeken, opnames, dagbehandelingen en verpleegdagen), parameters voor de beschikbaarheid van faciliteiten (adherentie, gewogen specialisteneenheden, erkende bedden ed.) en componenten die met kosten te maken hebben (honorariumbudget van specialisten, afschrijvings- en rentekosten, locatiegebonden kosten et cetera). Het ziekenhuis heeft bij dit alles een budgetgarantie: blijft de facturering van dbc's achter bij het afgesproken budget, dan wordt het ziekenhuis gecompenseerd (opslagpercentage op de dbc) zodat het toch het afgesproken jaarbudget ontvangt. CTG/ZAio stelt zowel de prijs als het eventuele opslagpercentage vast. Wanneer het ziekenhuis meer kosten maakt dan het via het afgesproken budget ontvangt, dan leidt het verlies.

Het overeengekomen budget geeft dus zekerheid tot aan de grens van het budget. Dit leidt echter tot korte-termijn-denken dat gebaseerd is op het maximaliseren en uitgeven van het budget en het blussen van brandjes bij een dreigend tekort. Bekostiging langs deze weg leidt ertoe dat de instelling meestal niet verder kijkt dan de budgetperiode. Structurele aanpassingen van processen of producten vergen daarentegen en lange(re)-termijn-denken en (meestal) een nadruk op kostenreductie. De noodzaak om te veranderen wordt snel overschaduwd door die andere, op budget gerichte focus.

Terugdringen van de gemiddelde verpleegduur

Ziekenhuizen richten zich op het terugbrengen van het aantal verpleegdagen: patiënten worden zodra het mogelijk is na een operatie naar huis gestuurd (SEO/Plexus, 2005a)⁸. Opname als parameter voor het budget levert het ziekenhuis relatief veel op (rond de duizend euro). Een verpleegdag levert ongeveer vijftig euro per dag op. Ziekenhuizen worden zo geprikkeld het aantal verpleegdagen te verminderen en het aantal opnames te vergroten (SEO/Plexus, 2005a). De instelling die zich richt op minder verpleegdagen per patiënt, kan meer opnames doen. Op deze manier is het terugdringen van de gemiddelde verpleegduur en het zorgen voor een hoge bezettingsgraad interessant voor het ziekenhuis. Vissers & Gevers (2004) zien een stijgend aantal opnames (van 142 in 1996 naar 162 per 1000 inwoners in 2003) en een dalende gemiddelde verpleegduur (9,4 dagen in 1996 naar 7,5 dagen in 2003).

Het is lastig te zeggen of een dergelijke strategie echt goed is voor de arbeidsproductiviteit. Dit geldt alleen als aannemelijk is dat de kortere ligduur de geleverde kwaliteit van leven per patiënt niet vermindert. Dan zou de geleverde *outcome* per volledige arbeidsplaats toenemen. Een kortere

⁸ Zie ook bijvoorbeeld de website van Prismant: <http://www.prismant.nl/>.

verpleegduur zal de gemiddelde zorgzwaarte van een te verplegen patiënt echter doen toenemen. Daardoor zullen meer handen aan het bed nodig zijn. Een nadeel van deze (positieve) prikkel in de FB-systematiek is dat er een grens zit aan de mogelijkheid om de verpleegduur terug te dringen. Deze manier van productiviteitsverhoging dooft daarom langzaam uit.

Ook de inkomsten van medisch specialisten zijn aan een vast bedrag (lumpsum) gebonden. Dit bedrag wordt per ziekenhuis vastgesteld en varieert met het ziekenhuisbudget. De medisch specialisten ‘vullen’ de lumpsum door het uitvoeren van verrichtingen. Dit systeem geeft twee prikkels. De eerste prikkel is: genoeg doen om de lumpsum te vullen. De tweede prikkel is: daar bovenop zo min mogelijk doen, want dat levert toch niks op. Vergelijkingen met het buitenland laten zien dat systemen met een lumpsum de productiviteit van medisch specialisten remmen. (SEO/Plexus, 2005b).

Bekostigen op basis van throughput

Deze paragraaf gaat in op het verschil tussen het bekostigen op basis van throughput (opname, operatie, minuten ‘achter de voordeur’), output (complete behandeling/dbc) en outcome (gezondheidswinst en kwaliteit van leven). Achtereenvolgens komen ziekenhuizen, extramurale AWBZ en intramurale AWBZ aan bod.

Voor ziekenhuizen is recent een nieuw bekostigingssysteem ingevoerd: de diagnose behandeling combinaties (dbc’s). Een dbc is “het geheel aan activiteiten van ziekenhuis en medisch specialist voortvloeiend uit de zorgvraag waarmee een patiënt de specialist in het ziekenhuis consulteert” (Zuurbier & Spanjers, 2004). Bij dbc’s gaat het om complete behandelingen. Voor 90 procent van de ziekenhuisproductie geldt echter voorsnog de FB-systematiek: het budget wordt bepaald met parameters die nauwelijks iets met *output* te maken hebben, maar meer met *throughput* of zelfs *input* (zie vorige paragraaf). Een instelling kan berekenen wat een individuele dbc in het A-segment kost, maar de kosten van een specifieke dbc zijn zeer moeilijk in verband te brengen met de budgetopbrengsten. Dit belemmert de allocatieve efficiëntie binnen instellingen. Onduidelijk is of arbeid en andere productiefactoren in de juiste mate en op de juiste wijze worden gebruikt voor de juiste dbc’s. Het ontbreken van een verband tussen kosten en opbrengsten van een dbc belemmert zo de ontwikkeling van de arbeidsproductiviteit.

In 10 procent van de ziekenhuisproductie (het zogenaamde B-segment) doet dit probleem zich niet meer voor. Die productie wordt namelijk bekostigd op basis van dbc’s. Hiermee is in de ziekenhuizen dus sprake van een bekostigingssystematiek op basis van *output* en is er een relatie tussen het product, de prijs en de kosten: een instelling zal er wel voor waken een dbc te leveren die meer kost dan hij oplevert. Is de kostprijs hoger dan de prijs, dan is dit een prikkel om doelmatiger te gaan werken, met verandering als gevolg.

Zorgaanbieders en zorgkantoren maken in de extramurale AWBZ afspraken over de hoeveelheid te leveren zorg (volume) in uren ‘achter de voordeur’ (throughput). De extramurale AWBZ-zorg kenmerkt zich als gevolg hiervan vooral door het ‘uurtje-factuurkje’ systeem: de tijd ‘achter de voordeur’ mag gedeclareerd worden, tot het maximum waarvoor de cliënt geïndiceerd is. De bekostiging van de extramurale AWBZ-zorg gaat bijna volledig aan de hand van functies⁹ (welke

⁹ AWBZ-breed gelden zeven functies: huishoudelijke verzorging, persoonlijke verzorging, verpleging, ondersteunende begeleiding, activerende begeleiding, behandeling en verblijf.

zorg) en functieklassen (hoe lang). De zorgaanbieder kan daar bovenop met het zorgkantoor onderhandelen over een aantal opslagen, zoals een opslag voor ‘zorg op afroep’ (leveringsvoorwaarden) of zorgzwaarte. Nadelig aan dit systeem is dat daarbij niet altijd afspraken worden gemaakt over het aantal (te helpen) cliënten. Onduidelijk is daardoor of tien zorguren worden geleverd aan vijf cliënten of aan één cliënt. Binnen de afgesproken functies, functieklassen en opslagmodules mag de zorgaanbieder de zorgverlening vrij organiseren. Het zorgkantoor controleert uiteindelijk wel, bijvoorbeeld op basis van de zorgplannen (steekproef: is de afgesproken zorg geleverd?) en plausibiliteit (bijvoorbeeld: is het logisch dat één huishoudelijk medewerker wekelijks 100 uur huishoudelijke zorg verleent?). Het zorgkantoor ‘beloont’ sec het aantal geleverde uren (inzet van personeel, dus throughput) en dus is er geen prikkel voor innovaties die besparen op arbeid. Daar is immers geen noodzaak toe.

De intramurale AWBZ-instellingen hebben op dit moment grofweg dezelfde budgetteringsmethode als voor het A-segment in de ziekenhuissector. Er is ook hier geen verband tussen het budget en de productie en dit bemoeilijkt ook hier de allocatieve efficiëntie binnen de instelling. Zorginstellingen hebben in het budget veel ruimte om het productieproces naar eigen inzicht in te richten. Kostenbesparingen als gevolg van efficiënter werken (bijvoorbeeld als gevolg van een hogere arbeidsproductiviteit) kunnen toegevoegd worden aan de reserves. Het opbouwen van deze reserve (de reserve aanvaardbare kosten) is echter nauwelijks interessant. Slimmer werken kan namelijk leiden tot minder productie en dan schiet een instelling zichzelf in de voet. Dit is bijvoorbeeld het geval wanneer bedden leeg blijven omdat cliënten eerder naar extramurale aanbieders worden verwezen. Dit belemmert de allocatieve efficiëntie tussen de deelsectoren.

Vanaf 2007 geldt voor de intramurale AWBZ stapsgewijs dezelfde bekostigingssystematiek als voor de thuiszorg (maar dan inclusief verblijf). Daarmee kan de instelling zelf een aanbod aan zorg samenstellen, door bijvoorbeeld verschillende functies te combineren en die als producten aan te bieden. Een tussenstap zijn Intramurale Zorgarrangementen (IZA's): pakketjes van combinaties van functies en functieklassen. Per groep klanten (ouderen, gehandicapten, psychiatrisch patiënten) bestaat slechts een beperkt aantal IZA's. AWBZ-instellingen maken zowel in de huidige bekostiging als in de nieuwe afspraken met zorgkantoren over de hoogte van het instellingsbudget.

Financiële schotten

Het voorgaande maakt duidelijk dat de bekostiging in de zorg verschillende systematieken kent. Er bestaan verschillende systemen naast elkaar en die delen de zorg in financieel opzicht eigenlijk “in hokjes” in. Er ontstaan niet alleen “financiële schotten” tussen de financieringsstromen maar mogelijk ook tussen activiteiten in de sector. Deze schotten kunnen tot verschillende ondoelmatigheden leiden. Zo kan een duurdere aanbieder of oplossing ten onrechte in/op de markt blijven of kan dubbel werk worden gedaan voor één (en dezelfde) patiënt die verschillende schakels in de keten doorloopt. Het naast elkaar bestaan van verschillende, niet goed op elkaar aansluitende financiële regelingen kan de meest efficiënte oplossing in de weg staan. Tot slot kunnen de schotten nieuwe, mogelijk efficiëntere instellingsvormen blokkeren.

Deze schotten houden met name het totstandkomen en implementeren van veranderingen tegen. Een zorginstelling ziet vaak wel dat de zorg voor een patiënt of patiëntengroep beter is te organiseren wanneer verschillende organisaties in de zorgketen beter op elkaar aansluiten en samenwerken. De noodzaak tot verandering wordt vaak wel gezien, maar er wordt er uiteindelijk niets mee gedaan: de

leiding van de instelling vindt andere zaken belangrijker of het toepassen van transmurale initiatieven lijkt te lastig. Innovaties waarvan vooral een andere partij in de zorgketen profiteert, komen niet van de grond. Dit leidt niet tot de beste zorg voor de patiënt.

Ketenzorg kent geen apart systeem van bekostiging, terwijl ketenzorg voor grote groepen patiënten van zeer groot belang is. Zo is er bijvoorbeeld in de keten voor cardiovasculaire aandoeningen (CVA) een duidelijk schot tussen de eerstelijnszorg en de tweedelijnszorg. Huisartsen en ziekenhuizen werken vaak om financiële redenen niet samen. Hetzelfde geldt bij transmurale diabeteszorg (SEO/Plexus, 2005b). Ook bij de overgang van curatief somatische zorg naar intramurale AWBZ-zorg is een duidelijk schot aanwezig. De kans bestaat dat innovatie in een ziekenhuis niet doorgaat, omdat de baten van de verbeteringen voor de patiënt bij het revalidatiecentrum liggen.

Ketenzorg komt nog maar weinig voor en de bekostiging is problematisch. Mogelijkheden voor transmurale dbc's blijven onbenut, omdat dan één partij in de keten de regie op zich moet nemen. Meer concurrentie tussen verzekeraars kan ervoor zorgen dat de zorgverzekeraar dergelijke initiatieven oppakt en tijdelijk extra geld beschikbaar wil stellen. Dit leidt wellicht tot meer veranderingen in de zorg waarbij verschillende sectoren tegelijk zijn betrokken (transmurale zorg).

Innoveren loont niet

Innovaties die zorgen voor een hogere arbeidsproductiviteit komen soms niet van de grond omdat dit instellingen vanwege de bestaande financiering inkomsten kost. De bekostiging belemmert veranderingen die de instelling zou willen doorvoeren. Een slimmere, snellere afhandeling van het werk in bijvoorbeeld de thuiszorg loont niet: de zorgverlener is dan immers korter 'achter de voordeur' aanwezig en alleen die zorguren worden betaald. Zorg waar technieken aan te pas komen in plaats van personeel, wordt niet vergoed. Bekende voorbeelden daarvan zijn het steunkousuittrekapparaat en de *screen-to-screen*-zorg. Juist dit soort voorbeelden, waarbij kapitaal ingezet wordt voor personeel, verhogen de arbeidsproductiviteit.

Screen-to-screen

CamCare is een *screen-to-screen* systeem: de cliënt kan vanuit huis via een videoverbinding contact zoeken met een zorgverlener van thuiszorginstelling Sensire. De cliënt en/of de mantelzorger kunnen zo zelf handelingen verrichten, zonder dat een zorgverlener fysiek aanwezig hoeft te zijn. Voor de cliënten heeft dit als voordeel dat ze minder snel afhankelijk zijn van hulp: ze kunnen zelf langer meer blijven doen. Voor de instelling is het voordeel dat ze efficiënt veel cliënten kan helpen. Reistijd is immers niet noodzakelijk. Sensire liep bij het ontwikkelen en uitvoeren van CamCare tegen een aantal problemen aan. Het bleek lastig projectfinanciering te krijgen, omdat de uiteindelijke voordelen voor de cliënt lastig zichtbaar zijn te maken. Sensire betaalde de meeste ontwikkelingskosten zelf. De investering is echter niet het belangrijkste probleem, maar het vertalen van deze investering in baten. De bekostigingssystematiek maakt het terugverdienen van de investering namelijk onzeker. Immers, wanneer Sensire als gevolg van CamCare minder uren aan zorg 'achter de voordeur' levert, krijgt ze ook minder betaald. Wanneer CTG/ZAio een tarief voor *screen-to-screen* vaststelt, zou dit probleem verholpen zijn. Nu is de bekostiging niet flexibel genoeg om snel in te kunnen springen op innovaties.

Bron: ICM-discussiebijeenkomst Innovatie in de thuiszorg

De huidige bekostigingssystematiek reageert traag op innovaties die duidelijk positieve effecten hebben. Het vaststellen van een tarief voor een bepaalde innovatie kan jaren duren, zodat het ook jaren

duurt om de innovatie structureel te kunnen gebruiken. Het toepassen van innovatie kan compleet mislukken wanneer dit individuele zorgverleners inkomsten kost. Dit is een grote drempel voor zorginstellingen om te werken aan innovaties.

3.5 Concurrentie

Concurrentie is in de marktsector de drijvende kracht achter innovatie en productiviteitsontwikkeling. Bedrijven kunnen met innovatie een (tijdelijk) voordeel behalen op de concurrent (SEO/Plexus, 2005a). Toenemende concurrentie is een sterke prikkel voor innovatie. In de zorg is dat anders. In deelsectoren met relatief veel concurrentie (ziekenhuissector), ervaren instellingen een sterkere behoefte om zaken anders te organiseren dan in deelsectoren waar deze prikkel praktisch afwezig is (bijvoorbeeld de intramurale AWBZ). SEO/Plexus stelt: een gebrek aan concurrentie vermindert de prikkel voor instellingen om te innoveren. Instellingen ervaren niet de noodzaak om hun prestaties voortdurend te verbeteren.

Concurrentie prikkelt de leiding van een instelling tot verandering. Managers krijgen (door concurrentiedruk) meer en meer te maken met risico's en onzekerheden en zij zullen (in de toekomst) op hun prestaties worden afgerekend. Het wordt steeds belangrijker voor instellingen om zich te onderscheiden van anderen, zich strategisch te positioneren. Dit kan op zaken als kwaliteit, opleidingen, grootte, innovatiekracht, bijzondere functies en soms ook op prijs. Het voeren van een heldere strategie kan leiden tot verandering, ondermaats presteren evenzo.

Concurrentie in de ziekenhuissector

Voor 10 procent van de dbc's (ziekenhuisproducten) onderhandelen zorgverzekeraar en het ziekenhuis over prijs, kwaliteit en volume. De zorgverzekeraar is niet meer verplicht met dat ene ziekenhuis afspraken te maken (de contracteerplicht bestaat niet meer) en kan ervoor kiezen met een ander ziekenhuis afspraken te maken. Hierdoor worden ziekenhuizen elkaars concurrent. Ook zelfstandige behandelcentra (zbc's) dingen mee in de afspraken met de zorgverzekeraar. Concurrentie levert een prikkel op om doelmatiger te werken en dus ook om de arbeidsproductiviteit te verhogen. Een ziekenhuis dat de kostprijs van een dbc weet te verlagen (tegen minimaal dezelfde kwaliteit) heeft een gunstiger uitgangspositie bij de onderhandelingen. Zo ervaren instellingen meer en meer de noodzaak om de prijs-kwaliteitsverhouding te verbeteren.

In 90 procent van de ziekenhuiszorg bestaat geen prijsconcurrentie. De bekostiging levert hier dan ook weinig prikkels om te veranderen (zie paragraaf 3.4). De (dreigende) komst van nieuwe zelfstandige behandelcentra (zbc's) wordt wel als prikkelend ervaren, omdat dit kan leiden tot concurrentie op volume of kwaliteit. Die dreiging kan er overigens ook voor zorgen dat ziekenhuizen zelf een zbc starten om de potentiële concurrent voor te zijn. Ook *ring fencing* binnen een ziekenhuis is een mogelijke strategie. Dit houdt in dat een ziekenhuis bepaalde capaciteit, bijvoorbeeld een operatiekamer, afschermt van de rest van de organisatie en reserveert voor bepaalde productie. Zo ontstaan 'behandelstraten' die vervolgens met uit het bedrijfsleven geleende productieprincipes zeer efficiënt kunnen worden benut, zodat een hoge productiviteit ontstaat. Zbc's passen die principes in de regel toe en zijn zo van groot belang voor de concurrentiedruk in de ziekenhuissector, zij het in mindere mate in het A-segment. Zbc's hebben nog wel belemmeringen om op de markt te komen; zij kunnen bijvoorbeeld moeilijk opstartkapitaal krijgen. Bovendien mogen zbc's geen klinische zorg (zorg die langer dan 24 uur duurt) leveren.

Mobiliteit van medisch specialisten

De mobiliteit van medisch specialisten is in Nederland door de maatschapstructuur erg laag. De medisch specialisten zijn voor het overgrote deel vrijgevestigd, dat wil zeggen: niet in loondienst bij het ziekenhuis waar zij werken. Een specialist sluit met het bestuur van een ziekenhuis een toelatingsovereenkomst en maakt afspraken over zorgverlening, organisatie en bedrijfsvoering. Specialisten werken in hetzelfde specialisme samen in (de vorm van) een maatschap, waardoor ook (financiële) banden met de andere specialisten ontstaan. De specialist heeft bij het overdragen van een praktijk recht op *goodwill* vanwege het werk dat hij op basis van een overeenkomst in het ziekenhuis heeft gedaan; om die reden zit hij vaak stevig gebonden. De internationale vergelijking van SEO/Plexus (2005b) geeft aan dat het vinden van de juiste specialist voor innovatieve nieuwe organisaties (zbc) essentieel is voor het succes van deze initiatieven. De toelatingsovereenkomst van een specialist met het ziekenhuis staat niet altijd toe dat de specialist ook ergens anders werkt. De toelatingsovereenkomst houdt zowel veranderingen bij ziekenhuizen tegen (concurrentie komt niet van de grond) als veranderingen door initiatiefnemers van zbc's (SEO/Plexus, 2005b).

Concurrentie in de AWBZ

De intramurale AWBZ kent niet of nauwelijks concurrentie. Toetredingsbarrières zijn hoog (vanwege hoge investeringen) en de mate van concurrentie tussen zorgaanbieders is erg gering. Dat komt doordat de zorgaanbieders aan het begin van het jaar al afspraken met het zorgkantoor maken over de te leveren productie in dat jaar. Het zorgkantoor zorgt vervolgens dat de instelling voldoende cliënten krijgt om die productie te halen. De instelling hoeft door die afspraken met het zorgkantoor gedurende het jaar niet meer te concurreren om de cliënten. Het zorgkantoor is daarmee in feite de enige klant van de instelling. De instellingen zijn voor hun omzet volledig afhankelijk van die ene klant. Bovendien zijn de zorgkantoren zelf niet risicodragend: zij lopen geen financieel risico wanneer de gecontracteerde instellingen meer zorg leveren dan afgesproken¹⁰. Intramurale AWBZ-instellingen hebben bovendien nog een bijkomend voordeel: het leveren van de functie *verblijf* betekent feitelijk ook het leveren van de andere functies. Dit beperkt de concurrentie om deze functies en plaatst intramurale instellingen in een gunstige positie ten opzichte van andere zorgaanbieders.

“Concurrentie is een goede prikkel; wij moeten ons meer op kwaliteit proberen te onderscheiden van de concurrerende thuiszorginstellingen. Bijvoorbeeld: wij leveren zorg binnen 15 minuten waar zij dat binnen 30 minuten doen.” (SEO/Plexus, 2005a) Ook de door de werkgroep georganiseerde discussie over innovatie in de thuiszorg liet zien dat concurrentiedruk een sterke prikkel is om de zorgverlening anders te organiseren dan voorheen.

Een instelling die extramurale AWBZ-zorg wil verlenen, heeft een ‘toelating’ voor de verschillende functies nodig. De toelatingseisen voor de extramurale zorg zijn relatief laag. Dat blijkt ook wel uit gegevens van het CVZ: sinds de start van de Modernisering AWBZ, en daarmee dus de start met de zeven functies, zijn 325 nieuwe instellingen voor de AWBZ toegelaten. Het zorgkantoor heeft geen contracteerplicht voor extramurale AWBZ-zorg: het kan vrijuit kiezen waar het zaken mee doet. De extramurale zorginstellingen moeten dus concurreren om een contract met het zorgkantoor. De vele toetreders zorgen wel degelijk voor concurrentiedruk; veel instellingen ervaren een noodzaak om te veranderen. Tarieven zorgen ervoor dat echter nauwelijks op prijs wordt geconcurrerd.

¹⁰ De vormgeving van ‘het zorgkantoor’ wordt momenteel onderzocht door het Interdepartementaal Beleidsonderzoek AWBZ (IBO-AWBZ).

Gebrek aan concurrentie

De werkgroep constateert dat de concurrentiedruk nog erg laag is en in sommige deelsectoren helemaal ontbreekt. Zo'n stimulans is echter wel essentieel voor het ontwikkelen van de arbeidsproductiviteit en voor innovaties: het is een belangrijke prikkel om het management "in beweging" te krijgen. Concurrentiedruk geldt niet alleen voor 'koplopers', maar (juist) ook voor instellingen die nu nog een status quo handhaven. In het B-segment van de ziekenhuissector en in de extramurale AWBZ is al meer concurrentie. Dit blijkt uit de komst van zbc's en de totstandkoming van contracten die lager liggen dan de maximumtarieven in de extramurale AWBZ. Het A-segment van de ziekenhuissector en de intramurale AWBZ (een grote deelsector!) kennen nog nauwelijks concurrentie. Daar bestaat dus ook geen prikkel om te veranderen.

Het is niet uitgesloten dat de leiding van de organisatie een toenemende concurrentiedruk als argument gebruikt om meer greep te krijgen op de organisatie. De beheersbaarheid kan daardoor toenemen, maar het gevaar van conflicten (die nu vaak vermeden worden) is groter. Tot slot bemoeilijkt de toelatingsovereenkomst van medisch specialisten de komst van concurrentie in de ziekenhuissector.

3.6 Zichtbaarheid van prestaties

De prestaties van zorginstellingen en zorgverleners zijn vaak zeer moeilijk zichtbaar. Dit hoort voor een deel gewoon bij de zorg: hoe is het effect van een behandeling zichtbaar te maken? Welke prestatie wordt geleverd met een uur thuiszorg? Eerder is al aangegeven dat dit het werk van de IGZ bemoeilijkt, maar ook cliënten en patiënten hebben weinig zicht op de kwaliteit van prestaties. Toch moet op enigerlei wijze inzicht komen in de prestaties (in outcome-termen) van de geleverde zorg van een instelling.

Benaderen van outcome

Voor het stimuleren van de arbeidsproductiviteit zou het ideaal zijn om de outcome te kunnen meten en te gebruiken als maatstaf bij de bekostiging (zie hoofdstuk 2). Dit is niet eenvoudig. Daarom wordt als alternatief in de zorg de throughput, en in een enkel geval output (B-segment ziekenhuiszorg), zichtbaar gemaakt en als basis voor de bekostiging gebruikt. Met throughput- en outputindicatoren kunnen instellingen, overheid, cliënten en zorgverzekeraars niet de kwaliteit van de zorgprestaties bepalen. Is dat wel duidelijk, dan hebben instellingen een prikkel om steeds te willen verbeteren.

Prikkelen tot bottom-up innovaties

Prestaties moeten, om te beginnen, zichtbaar worden op het niveau van de professional. Daar wordt de zorg immers verleend. Het zichtbaar maken van de prestaties van zorginstellingen én van individuele zorgverleners kan een sterke prikkel zijn voor het ontwikkelen van innovatieve oplossingen voor een geconstateerd probleem. Dit is zeker zo als medewerkers op die prestaties zouden worden afgerekend, al dan niet op afdelingsniveau. Dan is de kans groter dat er innovatieve oplossingen naar voren komen waar het management normaal geen zicht op heeft vanwege de autonomie van de zorgverlener. In de zorg is het overigens niet gebruikelijk medewerkers af te rekenen op prestaties (prestatiebeloning), sterker nog: er vinden nauwelijks beoordelingsgesprekken plaats (SEO/Plexus, 2005a). In sommige

gevallen is het wel mogelijk om prestaties zichtbaar te maken, maar het gebeurt dan niet altijd: zorgverleners zijn bang hierop afgerekend te worden.¹¹

Onduidelijke baten

De onzichtbaarheid van prestaties kan ook innovaties tegenhouden die zich op heel andere zaken richten. Immers, bij veel veranderingen worden de effecten van de verandering achteraf verantwoord. Wanneer achteraf niet meetbaar is hoe de prestaties als gevolg van de verandering zijn verbeterd, dan lopen innovaties vaak stuk. Dit gebeurt vaak in de zorg: innovaties raken niet ingebed in de organisatie, omdat de onzichtbaarheid van de baten ervoor zorgt dat de tijdelijke financiële impuls voor het project niet wordt vertaald in meer budget. Ook spelen weerstanden en belangen hierin een grote rol; als zorgverleners onvoldoende belang hechten aan, of zelfs nadeel ondervinden van een bepaalde innovatie, zal deze moeilijk ingebed raken in een organisatie.

Externe druk

Druk van zorgvragers en concurrenten vergroot de behoefte om zichtbaar te maken hoe een zorginstelling presteert. Hiervoor bestaan vaak geen goede prestatie-indicatoren en *benchmarks*. Zolang een zorgaanbieder niet duidelijk kan zeggen op welk vlak hij goed of slecht presteert, ontstaat er geen noodzaak tot verandering. Prestaties van instellingen die wel zichtbaar zijn kunnen ook beloond worden. Het ontwikkelen van prestatie-indicatoren voor ziekenhuizen en normen voor verantwoorde zorg in de care is een goede stap naar betere zichtbaarheid van prestaties. Dit blijkt ook uit de toename van het (nu nog beperkte) aantal kwaliteitsaccreditaties van zorginstellingen.

3.7 Tot slot

Prikkels en belemmeringen

De vier thema's uit dit hoofdstuk hebben naar het oordeel van de werkgroep zeer veel invloed op de ontwikkeling van de arbeidsproductiviteit in de zorg. Elk thema heeft te maken met belangrijke belemmeringen (cultuur en bekostiging) die mogelijk kunnen worden weggenomen. Ook zijn er potentieel sterke prikkels die nog nauwelijks voorkomen in de zorg (concurrentie en transparantie).

- *Cultuur in instellingen:* Het management moet creativiteit en ondernemingszin bij individuele medewerkers stimuleren door ze daarvoor ruimte te geven en door zelf het goede voorbeeld te tonen met het verwerven van kennis buiten de eigen muren. Zien instellingen eenmaal de noodzaak om op een bepaald vlak te veranderen, dan is het relatief gemakkelijk om kennis en ervaring van andere instellingen te verkrijgen. De noodzaak moet echter eerst worden ervaren. Intrinsieke motivatie van medewerkers speelt daarbij een belangrijke rol. Bij gebrek aan goede praktijkvoorbeelden van elders moet de organisatie zelf oplossingen voor problemen verzinnen.
- *Bekostiging:* De bekostiging is duidelijk een grote belemmering voor het doorvoeren van veranderingen. In verreweg het grootste deel van de zorg zorgen de verschillende bekostigingssystemen ervoor dat instellingen geen noodzaak tot veranderen ervaren. Daarnaast belemmert de bekostiging dat bepaalde vormen van efficiënte zorgverlening succesvol worden ingevoerd.

¹¹ Deze effecten blijken in een studie naar de invoering van een DRG-systeem in een Nieuw-Zeelands ziekenhuis. Zie A. Lowe & B. Doolin (1999).

Tot zorg geprikkeld

- *Concurrentie*: Waar concurrentie op gang komt of reeds plaatsvindt, ervaren instellingen of zorgverleners een prikkel voor verandering. Het continu trachten de concurrent voor te blijven, kan als negatief effect de open cultuur over *best practices* belemmeren. Dit bemoeilijkt instellingen de juiste oplossing te vinden. Concurrentie werkt positief op het doorvoeren van veranderingen: ze geeft minder presterende instellingen reden en noodzaak voor veranderingen.
- *Zichtbaarheid van prestaties*: Zicht op de prestaties van instellingen maakt zorgaanbieders duidelijk hoe goed ze presteren. Dit kan leiden tot het signaleren van ondermaats presteren; instellingen zien zo dat het nodig is om te veranderen. Transparantie over het eigen kunnen en de prestaties van concurrenten, prikkelt daarnaast het collectieve denkvermogen van een instelling. Dit leidt vaker en sneller tot innovatieve veranderingen.

Ingezet beleid

Het ministerie van VWS voert voor de vier genoemde prikkels en belemmeringen reeds beleid. Dat beleid gaat breder dan louter de doelstelling om de arbeidsproductiviteit te verhogen. De werkgroep doet in het volgende hoofdstuk aanbevelingen om deze prikkels en belemmeringen toe te voegen respectievelijk weg te nemen vanuit de specifieke invalshoek 'arbeidsproductiviteit'. In sommige gevallen betekent dit: aanscherpen van het bestaande beleid.

4 Aanbevelingen

De werkgroep doet concrete aanbevelingen om de arbeidsproductiviteit en de innovatieve kracht in de zorgsector (cure en care) te verhogen. De aanbevelingen van de werkgroep gaan over de werkomgeving van zorginstellingen, maar zijn gericht aan de overheid en op het VWS-beleid. Hoofdstuk 3 gaf aan dat de maatregelen in het kader van de stelselherziening noodzakelijk zijn om de marktwerking in de zorg te verbeteren. Wat dat betreft dient doorgedaan te worden op de ingeslagen weg. De werkgroep beseft dat het huidige VWS-beleid op een aantal punten nog verder uitgewerkt moet worden, maar voor het verbeteren van de arbeidsproductiviteit in de zorg moet het VWS-beleid op een aantal punten worden aangescherpt. In haar aanbevelingen richt de werkgroep zich met name op deze punten.

Arbeidsproductiviteit in de zorg

Hoofdstuk 2 ging uitgebreid over wat arbeidsproductiviteit in de zorg eigenlijk is. Het definiëren van de productie in de zorg is niet zonder haken en ogen. Theoretisch is het beter uit te gaan van de *outcome*, waarbij dit (vooral in de care) meer is dan alleen maar gezondheidswinst. Operationalisering ervan en vooral het meten ervan is echter geen eenvoudige opgave. Alleen in bepaalde klinische situaties blijkt dit tot nu toe goed te kunnen. Daarom is meestal *output* het uitgangspunt, bijvoorbeeld het aantal behandelde patiënten. Bekostiging op output belooft echter ook onnodige verrichtingen en opnames, wat kan leiden tot ongewenste *outcome*. Daarom besteedt de werkgroep in paragraaf 4.1 expliciet aandacht aan het verhogen van (de transparantie van) de kwaliteit van zorg.

Werkelijke en ervaren belemmeringen

Het SEO/Plexus-onderzoek en ook anderen geven nogal eens aan dat instellingen de regelgeving en bekostiging een belemmering vinden. Zij vinden, kort gezegd, dat de regels onvoldoende ruimte bieden voor innoveren en dat de innovator zelf nauwelijks profiteert van de innovaties, sterker nog: het kost slechts geld. Dit soort signalen moeten serieus genomen worden, maar toch past enige nuance.

De daadwerkelijke belemmering van de regelgeving is in een aantal gevallen maar beperkt. Dit geldt voor de arbeidstijdenwetgeving. Die biedt meer mogelijkheden voor (flexibel) inroosteren van werknemers dan zorginstellingen zelf aangeven (SEO/Plexus, 2005). Dit geldt ook voor de wet BIG die de voorbehouden handelingen regelt. De wet sluit niet uit dergelijke handelingen te delegeren aan andere, op dat punt bekwame medewerkers. Dit geldt voor het 'schot' tussen de financiering van de care en de cure, waardoor het efficiënt behandelen van CVA-patiënten belemmerd zou worden. Er zijn echter regio's die daar helemaal geen last van hebben (Nieboer, 2005).

Het SEO/Plexus-onderzoek laat ook zien dat instellingen allerlei vernieuwingen en innovaties wel degelijk doorvoeren. Uit de goede voorbeelden op tal van terreinen in de zorg blijkt dat er nu al veel mogelijk is. De regelgeving is (kennelijk) niet voor elke instelling een onoverkomelijke belemmering, blijkbaar spelen er (ook) andere zaken. Ook als de betreffende regelgeving feitelijk niet of nauwelijks belemmerend is, kan het wel als barrière ervaren worden om iets te veranderen. Daarom is het de taak van de overheid om na te gaan in hoeverre bepaalde regelgeving nog nodig is als instellingen steeds meer op hun (geleverde) prestaties beoordeeld en afgerekend worden. Daarnaast dient de overheid na te gaan in hoeverre de regelgeving stimulerend is voor instellingen om te innoveren en te werken aan de arbeidsproductiviteit.

Leeswijzer

Allereerst gaat paragraaf 4.1 nader in op de kwaliteit van zorg. Paragraaf 4.2 behandelt de aanbevelingen voor de curatief-somatische zorg. Vervolgens worden de aanbevelingen voor de AWBZ (paragraaf 4.3) en voor de schottenproblematiek (paragraaf 4.4) gepresenteerd. De laatste paragraaf sluit af met enkele slotopmerkingen.

4.1 Kwaliteit van zorg

Zorgverlening draait om zaken als gezondheidswinst, kwaliteit van leven, oftewel de *outcome*. In de praktijk blijkt dat moeilijk te operationaliseren en te meten. De financiering gebeurt daarom aan de hand van *output* (behandelde patiënten) of zelfs *throughput* (verpleegdagen). Meer productie in termen van output betekent echter niet altijd ook meer productie in termen van outcome. Ten eerste zijn onnodige behandelingen wel een vorm van output, maar leiden ze waarschijnlijk tot minder outcome. Ten tweede leidt een kwalitatief mindere behandeling niet tot minder output, maar wel tot een geringere outcome. Bekostiging op output vereist dus goed inzicht in de geleverde kwaliteit van zorg om te kunnen zien of de productiviteit ook in termen van outcome is gestegen wanneer de output is toegenomen.

Ontwikkel set prestatie-indicatoren

Het vaststellen wat kwaliteit van zorg is is een lastige zaak. Er zijn zes dimensies van kwaliteit van zorg: veiligheid, effectiviteit, patiëntgerichtheid, tijdigheid, efficiëntie en gelijkheid (Institute of Medicine, 2001). Ook hierbij is de definiëring en het meten een belangrijk probleem.

De protocollen en richtlijnen van het veld, met name de medische beroepsgroepen, gaan vooral over effectiviteit en in mindere mate over veiligheid en patiëntgerichtheid. Dit dekt een beperkt gedeelte van de totale kwaliteit. Het is erg belangrijk dat er een evenwichtige set van prestatie-indicatoren komt die alle aspecten van de zorgkwaliteit en de productiviteit in termen van outcome omvat. De Kwaliteitswet Zorginstellingen bepaalt dat veldpartijen dit zelf moeten doen. Het veld heeft hier, vaak in samenspraak met de Inspectie Gezondheidszorg, steeds meer aandacht voor. De IGZ heeft onlangs bijvoorbeeld de eerste bevindingen gepresenteerd over samen met het veld ontwikkelde prestatie-indicatoren voor kwaliteit van zorg in ziekenhuizen; voor de verpleeg- en verzorgingshuizen zijn normen voor verantwoorde zorg in de maak. Dit zijn positieve ontwikkelingen. Wel dient er voor gewaakt te worden dat de prestatie-indicatoren alle zes dimensies (aspecten) van kwaliteit omvatten. De overheid is (terecht) niet verantwoordelijk voor de inhoudelijke ontwikkeling van kwaliteitsindicatoren maar ze moet wel zorgen dat ze er komen en dat elke sector met één standaard komt. De ontwikkelingen van de laatste twee jaar zijn zeer zeker positief, maar het duurt allemaal wel erg lang. De overheid moet dus meer druk uitoefenen en voorschrijven dat in 2006 iedere branche over een evenwichtige set van kwaliteitsindicatoren beschikt. Kunnen zorgbranches dat niet zelf, dan zouden andere relevante spelers (inspectie, consumentenorganisaties) hiervoor het initiatief moeten nemen.

Kwaliteit zichtbaarder maken

Zorginstellingen moeten vervolgens duidelijk hun eigen prestaties laten zien met betrekking tot de set van indicatoren. Dit moet integraal onderdeel zijn van de gegevens die instellingen voor hun (verplichte) maatschappelijke verantwoording openbaar dienen te maken. Klanten (of hun zaakwaarnemers) en zorginkopers (thans zorgverzekeraars en zorgkantoren) kunnen dan beter de

zorgproducten van instellingen beoordelen en dit verkleint de bestaande informatiekloof. Dit leidt ook tot meer concurrentie op kwaliteit. Klanten kunnen bewuster kiezen voor een instelling en zich breder oriënteren dan nu het geval is. Verzekeraars en zorgkantoren hebben meer mogelijkheden om afspraken te maken met zorginstellingen over de kwaliteit van de zorgproducten. Slecht scorende instellingen worden zo gedwongen hun dienstverlening te verbeteren.

Openheid over een evenwichtige set van prestatie-indicatoren voorkomt dat instellingen zich blind staren op efficiëntieverbeteringen die ten koste gaan van de kwaliteit. Dit gevaar doet zich vooral voor bij bekostiging die uitgaat van output of throughput, als concurrentie vooral gericht is op de prijs en wanneer andere kwaliteitsdimensies slecht waarneembaar zijn. Transparantie geeft verzekeraars en zorgkantoren daarnaast instrumenten om zich te wapenen tegen het gevaar dat zorginstellingen onnodig extra zorgvraag genereren. Kortom: transparantie is noodzakelijk om het zorgsysteem goed te laten werken.

4.2 Aanbevelingen curatief-somatische zorg

Van functiegerichte budgettering naar prestatiebekostiging

De dbc's brengen meer transparantie van en in ziekenhuizen. Dit inzicht in de productiekosten prikkelt ziekenhuizen om doelmatiger te werken. De bekostiging voor veel behandelingen (het A-segment, dit is 90% van de ziekenhuisproductie) gebeurt echter nog steeds op basis van afspraken over een vast budget tussen ziekenhuis en de gezamenlijke verzekeraars. Daarmee bevat het A-segment onvoldoende financiële prikkels voor meer arbeidsproductiviteit of innovatief gedrag. Zorgaanbieders moeten geprikkeld worden met hun producten uit te blinken en dit ook te laten zien. De bekostiging is hiervoor het belangrijkste instrument. Wanneer die prestaties op het niveau van dbc's (output) beloont, zullen instellingen zich meer richten op doelmatiger werken. Doorgaan met een vast, van tevoren afgesproken budget zet daar een rem op.

De werkgroep beveelt aan om op korte termijn het systeem van functiegerichte budgettering af te schaffen en te vervangen door een systeem van prestatiebekostiging op basis van dbc's. Betalen op basis van dbc's betekent dat de huidige budgetafspraken tussen instelling en de gezamenlijke verzekeraars vervallen. Daarmee eindigt het thans functionerende systeem van budgetbeheersing per instelling. Prestatiegerichte bekostiging op basis van dbc's legt de verantwoordelijkheid om de kosten in de hand te houden bij de afzonderlijke verzekeraars. De verzekeraars hebben belang bij zo laag mogelijke kosten en zullen in hun onderhandelingen met instellingen aansturen op volumeafspraken (per dbc of groep van dbc's). Slagen de verzekeraars er niettemin onvoldoende in de totale kosten van de zorg in de hand te houden, dan kan de overheid zo nodig maatregelen treffen.

Prestatiebekostiging en productiviteit

Idealiter kent een nieuw systeem van prestatiebekostiging vrije prijzen. Vrije prijzen geven belangrijke signalen af die bij centraal vastgestelde tarieven ontbreken: ze geven informatie over de schaarste van een product. Dit beïnvloedt langs vier wegen de productiviteit. Ten eerste stimuleren prijzen ondernemingen om arbeid en kapitaal in te zetten waar die het meest productief zijn (grotere statische efficiëntie, betere allocatie). Dit geldt op macroniveau (zorg versus rest van de economie), op mesoniveau (verschillende vormen van zorg) en op microniveau (verschillende zorgaanbieders). Ten tweede stimuleren vrije prijzen efficiëntieverbeteringen en innovatie (grotere dynamische efficiëntie). Ten derde vermindert vrije prijsvorming het risico dat de overheid, bijvoorbeeld om budgettaire

redenen, de prijzen verandert (minder reguleringonzekerheid). Zorginstellingen zullen daardoor eerder investeren in het verhogen van de productiviteit. Tot slot maken vrije prijzen het voor een verzekeraar aantrekkelijk een goed inkoopapparaat op te zetten omdat die daarmee meer mogelijkheden krijgt zich ten opzichte van concurrenten te profileren. Scherpe inkoop leidt immers tot lagere prijzen en meer marktaandeel (van de verzekeraar) en prikkelt aanbieders tot efficiënt en innovatief gedrag.

Maximumtarieven in A-segment en uitbreiden B-segment

Het A-segment kent thans twee delen. Allereerst zijn er producten waar vrije prijsvorming (ook op termijn) onverstandig is. Acute zorg is hier een voorbeeld van. De werkgroep vindt dat nagegaan moet worden welke vorm van prestatiebekostiging in dit deel van het A-segment het beste is, want goede prestaties moeten ook hier geleverd worden. Een mogelijkheid kan prestatiebekostiging op basis van dbc's zijn, maar aanbesteden van deze zorg is ook een optie.

Naast het 'harde' A-segment is er ook een 'zacht' deel. Dit bestaat uit dbc's die op termijn over zouden kunnen gaan naar het B-segment. Geschat wordt dat circa 95 procent van de electieve (planbare) ziekenhuisproductie in principe over kan naar het B-segment. Dit is circa 65 procent van de totale ziekenhuiszorg.¹² De werkgroep stelt voor om in het deel dat op termijn over kan gaan naar het B-segment een dbc-bekostiging met maximumtarieven te hanteren. CTG/ZAio stelt, mede op basis van informatie van ziekenhuizen op dbc-niveau, deze tarieven net als nu vast. Voordeel van maximumtarieven is dat ze ruimte laten aan instellingen en verzekeraars om, naast volume en kwaliteit, ook een beetje over de prijs te onderhandelen.

De werkgroep vindt uitbreiding van het B-segment de logische volgende stap. Een dergelijke stap is echter ook afhankelijk van de ervaringen met het huidige B-segment en van de vraag of het veld (zorgverzekeraars en instellingen) een uitbreiding kan behappen. Een voordeel is dat na invoering van dbc-bekostiging met maximumtarieven het budget niet meer geschoond hoeft te worden, het budget bestaat immers niet meer. Het overhevelen van A naar B-segment (en eventueel vice versa!) is daardoor een minder ingrijpende operatie. Liggen de prijzen onder het maximumtarief van het A-segment dan is dat een goede indicatie dat een dbc over kan naar het B-segment.

Verbreden onderhoud dbc's

De dbc's zijn opgesteld door de (medische) beroepsgroepen. Hierin zijn de richtlijnen en protocollen verwerkt die zij zelf opgesteld hebben. Deze richtlijnen en protocollen zijn zoals aangegeven vooral gebaseerd op de kwaliteitsaspecten 'effectiviteit' en minder of niet op de andere aspecten. De werkgroep pleit ervoor om hier iets verder in te gaan. In dbc's dient niet alleen medische effectiviteit centraal te staan maar ook efficiëntie (kosteneffectiviteit). Dat betekent dat dbc's die niet *ook* kosteneffectief zijn en waarvoor (kwalitatief goede) alternatieven bestaan verwijderd dienen te worden uit het dbc-pakket. Tot slot een belangrijk aandachtspunt voor het onderhoud van de dbc's: zorg dat bewezen nieuwe technieken snel opgenomen worden en dat (tegelijkertijd) dbc's met verouderde technieken verwijderd worden.

¹² Tweede Kamer, vergaderjaar 2004-2005, 29800 XVI, nr. 25

Kapitaallasten en uitkeerbare winst

Intramurale zorginstellingen krijgen de kapitaallasten momenteel volledig vergoed. Het uitkeren van winst is verboden bij instellingen die intramurale, collectief verzekerde zorg leveren. Het kabinet heeft dit in een brief aan de Tweede Kamer nader toegelicht.¹³ De brief doet voorstellen en schetst een tijdpad om de kapitaallasten van instellingen onderdeel te laten worden van de tarieven en instellingen volledig zelf het risico te laten dragen van hun investeringsbeslissingen. Instellingen krijgen daarmee meer ruimte om in te spelen op ontwikkelingen in de zorgvraag en een prikkel om bewuster te kiezen bij de inzet van arbeid en kapitaal. De werkgroep vindt dit een goede ontwikkeling om voorwaarden te creëren voor een hogere arbeidsproductiviteit. Het tijdpad moet, waar mogelijk, versneld worden.

Een volgende stap kan zijn dat instellingen ook winst mogen uitkeren. Zo kunnen zij ook risicodragend kapitaal aantrekken. Risicodragend kapitaal heeft een disciplinerende werking en zal zorginstellingen meer stimuleren de organisatie van de zorg continu te verbeteren. Internationale onderzoeken tonen aan dat in (zorg)sectoren waar het uitkeren van winst is toegestaan meer doelmatig wordt gewerkt, ook in het not-for-profit deel van deze sectoren. Het uitkeren van winst is vooral mogelijk wanneer integrale prestatiebekostiging succesvol is ingevoerd én zorginstellingen volledig zelf de risico's (kunnen) dragen van schommelingen in de afzet.¹⁴

Toetreding stimuleren

De sector kan productiever gaan werken wanneer er meer (nieuwe) zorgaanbieders komen. De ervaring uit andere sectoren leert dat nieuwelingen andere (innovatieve) productiemethoden kunnen hanteren en zo de arbeidsproductiviteit van de gehele sector verhogen. De nieuwkomers prikkelen bestaande instellingen ook om efficiënter te werken.

Uitgangspunt bij nieuwkomers moet zijn dat alle aanbieders en potentiële aanbieders gelijke kansen hebben. De minister van VWS geeft in de kapitaallastenbrief van het kabinet aan dat instellingen op termijn zelf de risico's moeten dragen voor het aantrekken van kapitaal. Dit is een belangrijke stap voorwaarts. Daarnaast is het opheffen van beperkingen voor toetreders een belangrijk aandachtspunt. Zo mogen zelfstandige behandelcentra in de ziekenhuissector geen klinische zorg aanbieden; dat is een belangrijke beperking. De werkgroep vindt dat onderzocht moet worden of deze beperking kan vervallen. Dit zou de toetreding van nieuwe aanbieders in de sector zeker bevorderen.

Een ander punt bij het gelijke speelveld is dat er geen nieuwe toetreders moeten komen om bestaande regels te omzeilen. Zo richten ziekenhuizen momenteel regelmatig zelfstandige behandelcentra op voor dbc's in het A-segment omdat zij dan meer geld voor de behandelingen kunnen krijgen: zbc's hebben te maken met maximumtarieven en ziekenhuizen met vaste tarieven. Dit maakt het aantrekkelijk om een deel van de productie buiten het ziekenhuis te plaatsen. Hierdoor ontstaat onderhandelingsruimte en kunnen instellingen proberen hun marktaandeel te vergroten. Ook voor ziekenhuizen zou het speelveld gelijk moeten zijn. Het invoeren van maximumtarieven in het A-segment (zie eerder deze paragraaf) heft dit verschil op.

¹³ Tweede Kamer, verslagjaar 2004-2005, 27659, nr. 52

¹⁴ Deze passage over kapitaallasten en uitkeerbare winst heeft betrekking op zowel curatieve instellingen als de intramurale AWBZ-instellingen (zie aanbevelingen hierna). Wel kan het tijdpad voor beide delen anders uitpakken. Ziekenhuizen voldoen waarschijnlijk eerder aan de voorwaarden voor integrale prestatiebekostiging, risicodragendheid bij de afzet en uitkeerbare winst dan de intramurale AWBZ-instellingen.

4.3 Aanbevelingen AWBZ

De modernisering van de AWBZ wil vooral zorginstellingen stimuleren meer klantgericht te werken: de geleverde zorg moet meer aansluiten bij de wensen en mogelijkheden van de klant. Relevante ontwikkelingen zijn: het invoeren van de onafhankelijke en objectieve beoordeling van de zorgvraag, de AWBZ-aanspraken en -bekostiging op basis van functies (en functieklassen), de extramuralisering, het weghalen van de schotten tussen de deelsectoren. De modernisering is nog niet klaar en op een aantal terreinen en bij een aantal instellingen is zeer zeker sprake van zorgvernieuwing. Toch blijkt tegelijkertijd dat klantgericht werken en zorgvernieuwing niet op grote schaal voorkomt. Dat heeft verschillende oorzaken. Het intramurale deel van de AWBZ kent weinig belemmeringen om efficiënt en zorgvernieuwend te werken, maar er zijn ook weinig echte prikkels. Het extramurale deel kent een duidelijke prikkel om meer productieve uren te draaien, maar die werkt juist verkeerd uit als het gaat om efficiënt werken.

Bekostiging op functies, niet op zorgarrangementen

De AWBZ kent momenteel zeven functies.¹⁵ In het extramurale deel van de AWBZ vindt zowel de indicering als de bekostiging reeds plaats op basis van deze functies.¹⁶ Intramuraal vindt de indicatiestelling al wel plaats op basis van deze zeven functies, maar de bekostiging nog niet. Op dit moment loopt er een discussie of de intramurale bekostiging plaats moet vinden met de zeven afzonderlijke functies of dat intramurale zorgarrangementen die samengesteld zijn uit combinaties van deze zeven functies het uitgangspunt moeten zijn.

De definitie van (arbeids)productiviteit die de werkgroep hanteert, houdt in dat het voor de hand ligt om te bekostigen (én te indiceren) op basis van specifieke zorgproducten (de afwas doen, aankleden en wassen, wondverpleging). Die specificiteit is echter nadelig voor de flexibiliteit: die verdwijnt geheel, zowel voor de zorgaanbieder als voor de zorgvrager. Enige flexibiliteit is onontbeerlijk in de AWBZ, omdat de (gevraagde) benodigde zorg niet steeds dezelfde is en verandert met de conditie van de zorgvrager. Breder gedefinieerde productgroepen bieden die benodigde flexibiliteit. De (intramurale) zorgarrangementen voldoen hieraan en zijn zeker beter dan de huidige intramurale bekostiging waarbij de instelling voor elke klant een (nagenoeg) gelijk bedrag krijgt. Het nadeel van de zorgarrangementen is dat ze de instelling onvoldoende prikkelen om creatief in te spelen op de wensen van de klant. Het zorgarrangement legt immers voor een belangrijk deel de aard en inhoud van de zorgverlening vast. Temeer daar er per klantengroep (ouderen, gehandicapten, psychiatrisch patiënten) maar een beperkt aantal arrangementen bestaan.

Bekostiging op basis van functies, zowel intramuraal als extramuraal, biedt de instelling de meeste flexibiliteit. Tevens is het minst sprake van een keurslijf voor zowel instelling als zorgvrager. Daardoor kan het beste ingespeeld worden op de vraag van de klant. De indicatie in functies en functieklassen¹⁷ dient ook vooral gezien te worden als een manier om de zorgbehoefte van de klant te

¹⁵ Dat zijn huishoudelijke verzorging, persoonlijke verzorging, verpleging, ondersteunende begeleiding, activerende begeleiding, behandeling en verblijf.

¹⁶ Extramuraal worden echter slechts vijf functies onderscheiden, behandeling en verblijf vallen daar niet onder.

¹⁷ Elke functie kent functieklassen. Die zijn nu gebaseerd op het aantal uren benodigde en geleverde zorg, bijvoorbeeld: 2-4 uur per week persoonlijke verzorging.

‘vertalen’ in een zorgbudget. Instelling en klant hebben gezamenlijk voldoende vrijheid om van dat zorgbudget een passend zorgaanbod samen te stellen.

Afrekenen op basis van zorgproduct, niet op basis van uren

Het onderzoek van SEO/Plexus laat zien dat afrekenen op basis van daadwerkelijke geleverde uren in de extramurale AWBZ de instellingen vooral aanmoedigt het aantal declarabele uren zo hoog mogelijk te laten zijn. Er is echter geen financiële prikkel om die declarabele uren zo efficiënt mogelijk te besteden. Sterker nog, instellingen kunnen juist minder geld krijgen wanneer die uren efficiënter worden geleverd. In de uitvoering van de nieuwe bekostigingswijze voor de extramurale zorg doet dit probleem zich nog steeds voor. Het zorgkantoor maakt met de extramurale zorgaanbieder per functie afspraken over het aantal uren dat zorg wordt geleverd. Vervolgens is bij de afrekening het aantal daadwerkelijk geleverde uren zorg per functie bepalend. Deze wijze van afrekenen leidt ertoe dat nog steeds op basis van input bekostigd wordt en prikkelt de zorgaanbieder onvoldoende om declarabele uren efficiënt te leveren.

De bestaande relatie tussen productieafpraak en afrekening moet opengebroken worden. Dat kan door de productieafpraak niet op het niveau van functies te maken, maar op het niveau van een functieklassse en daarmee de (gemiddelde) prijs per klant vast te stellen.¹⁸ Levert de zorgaanbieder de geïndiceerde zorg dan ontvangt hij de vastgestelde prijs daarvoor. Zo wordt niet meer afgerekend op het aantal geleverde uren, maar (per functieklassse) op de combinatie van aantal klanten, afgesproken aantal uren per klant en de prijs per uur.¹⁹ De wijze waarop de zorg geleverd wordt, doet er in deze situatie voor het zorgkantoor niet toe, zolang de zorgaanbieder samen met de klant tot een zorgplan komt en dit naar tevredenheid van de klant uitvoert.

Instellingen krijgen door niet af te rekenen op het aantal uur geleverde zorg (ook) de vrijheid om de samenstelling van materieel en personeel zelf te bepalen. Een instelling die met (technologische) hulpmiddelen met minder arbeidsuren de gevraagde zorg kan leveren, moet daarvoor financieel niet gestraft worden. Het CTG/ZAio hoeft met zo'n afrekeningsystematiek ook geen speciaal tarief te ontwikkelen voor een automatisch steunkousenuittrekkapparaat of een screen-to-screen-voorziening, zoals nu wel het geval is. Dergelijke innovaties zullen dan veel sneller en vaker toegepast worden.²⁰

Innovaties dienen tijdelijk lonend te zijn

Het CTG/ZAio stelt per functie adequate tarieven vast en stelt deze tijdig bij wanneer instellingen door innovaties en hogere (arbeids)productiviteit voor een lagere prijs de gevraagde zorg kunnen leveren. Innovaties dienen echter wel lonend te zijn. Een instelling, die door invoering van een nieuwe werkwijze of een nieuw zorgconcept de gevraagde zorg (van minimaal dezelfde kwaliteit) goedkoper kan leveren, hoort daar zelf ook baat bij te hebben. Dit kan door de innoverende organisatie een

¹⁸ Bijvoorbeeld voor honderd klanten die twee tot vier uur persoonlijke verzorging nodig hebben wordt gemiddeld 3,5 uur zorg geleverd. De totale afspraak is dan 350 uur persoonlijke verzorging. Met het door het CTG/ZAio vastgestelde tarief per uur persoonlijke verzorging ligt daarmee de prijs voor deze honderd klanten vast.

¹⁹ De minister van VWS heeft CTG/ZAio gevraagd om een uitvoeringstoets voor het bekostigen van het aantal uur per functieklassse.

²⁰ De bovenstaande passage gaat over de extramurale AWBZ. Wanneer de functiegerichte bekostiging op basis van functies en functieklassen ook in de intramurale AWBZ is doorgevoerd, geldt daar hetzelfde voor de wijze van afrekening.

bepaalde tijd nog de vastgestelde prijs te blijven vergoeden. Die periode moet lang genoeg zijn om de instelling de gedane investeringen te laten terugverdienen, en daar bovenop ook een bonus te geven. Zo kunnen instellingen gemakkelijker externe financieringsbronnen aanboren. Na verloop van tijd wordt de nieuwe werkwijze van de instelling de norm voor het vaststellen van de tarieven en kan het CTG/ZAio de tarieven als gevolg daarvan ook verlagen. Dat dwingt andere instellingen om hun productieproces ook efficiënter te maken.

Het CTG/ZAio gaat met de huidige tarieven uit van de kosten van het benodigde personeel. Dat gebeurt op basis van normen voor de loonkosten, het percentage productieve uren en de overige kosten. Dat is een goed vertrekpunt voor de nieuwe afrekeningsystematiek. Maar wanneer instellingen meer en meer gebruik maken van de mogelijkheden om materieel en/of ander personeel in te zetten, dan moet het CTG/ZAio daar ook meer en meer rekening mee houden om adequate tarieven vast te kunnen stellen.

Functie verblijf uit de AWBZ

Alle zeven AWBZ-functies gaan, met uitzondering van de functie ‘verblijf’, over het leveren van zorg. De functie verblijf is daarmee een vreemde eend in de bijt, het is geen zorg. De modernisering van de AWBZ beoogde een scheiding aan te brengen tussen het verblijf in een intramurale situatie en de zorgfuncties die daar aangeboden worden. In de praktijk blijkt echter dat de instelling die het verblijf aanbiedt tevens alle andere zorgfuncties voor de betreffende klanten levert. Dit heeft de strikte scheiding tussen extramuraal en intramuraal bestendig; extramuraal aanbieders hebben zo feitelijk geen toegang tot intramurale klanten. De intramurale instellingen krijgen – gegeven de demografische ontwikkelingen – de komende jaren voldoende klanten. De huidige intramurale bekostiging hoeft zeker geen belemmering te zijn om efficiënt, arbeidsproductief en zorgvernieuwend te werken, maar dit gebeurt zeker niet op grote schaal en in een voldoende hoog tempo. Intramurale instellingen hebben hiervoor ook weinig financiële prikkels, hoewel de voorgenomen afschaffing van de contracteerplicht wel enige druk geeft. De verzekeraar hoeft niet meer met elke aanbieder (die dat wil) een contract af te sluiten.

Willen we de zorgproducten van de intramurale markt opengooien voor allerlei aanbieders en vooral voor andere (innovatieve) zorgconcepten, dan moet de aanspraak van de functie verblijf uit de AWBZ gehaald worden. Dat betekent niet het einde van geclusterde woonvormen waar meerdere klanten bij elkaar wonen. Het betekent slechts dat de woonkosten in zo’n situatie niet meer uit de AWBZ betaald worden. Het schot tussen intramuraal en extramuraal in de AWBZ verdwijnt hiermee volledig. Zo kunnen woningcorporaties en andere aanbieders van woonruimte zich gemakkelijker op deze (intramurale) klanten richten voor hun huisvesting. Tegelijkertijd kunnen zorgaanbieders dan de zorgproducten van de dan overgebleven zes AWBZ-functies aanbieden. Dit maakt allerlei nieuwe marktcombinaties en zorgproducten mogelijk. Wanneer instellingen goed afgerekend worden op hun prestaties (zie boven) dan blijven die instellingen over die efficiënt kwalitatief goede producten aanbieden, waar behoefte aan is. Dit levert een belangrijke bijdrage aan verhoging van de arbeidsproductiviteit in de zorg, en klanten kunnen zichzelf ook beter redden.

Langjarige contracten chronische AWBZ-zorg

Een belangrijk deel van de AWBZ-zorg wordt geleverd aan chronische patiënten. Het beperken van de zorgbehoefte en daarmee de zorgvraag van deze patiënten kan de arbeidsproductiviteit sterk verhogen. Een voorbeeld: het stimuleren van de zelfredzaamheid van verstandelijk gehandicapten of

dementerenden leidt ertoe dat ze minder professionele zorg nodig hebben en beperkt de zorgvraag. De huidige bekostigingssystematiek kent weinig prikkels voor zorgaanbieders om de zorg zo te organiseren dat de totale kosten voor een patiënt (op korte én lange termijn) zo laag mogelijk worden.²¹ Het werkt eerder andersom. Het zo laag mogelijk maken van die totale kosten vraagt immers om investeringen in het begintraject zodat op termijn minder zorg geleverd hoeft te worden. Minder zorg betekent (in de huidige situatie) ook minder productie, en dus minder inkomsten voor de zorgaanbieder. Deze ‘perverse prikkel’ wordt nog versterkt doordat zorgkantoren jaarlijks (budget)afspraken maken met de zorgaanbieders.

Dit kan anders door zorgkantoren en zorgaanbieders de mogelijkheid te bieden langjarige contracten met elkaar af te sluiten om de totale kosten aan chronische zorg te minimaliseren. Zo’n langlopend contract kan inhouden dat de zorg voor een groep chronische patiënten aanbesteed wordt aan een aanbieder. Daarmee wordt een totaalbedrag afgesproken voor alle AWBZ-zorg van de betreffende groep patiënten. Dit totaalbedrag zal gebaseerd zijn op enerzijds de verwachte kosten bij een (gemiddelde) normale ontwikkeling van de zorgbehoefte voor die groep chronische patiënten en anderzijds op de besparingen die mogelijk zijn met extra investeringen in goede zorg aan het begin van het traject. Voor zorgaanbieders kan dit aantrekkelijk zijn: ze kunnen met het leveren van goede zorg de zorgbehoefte op termijn beperken en de opbrengsten daarvan (deels) zelf houden.

Een dergelijk langjarig contract tussen zorgkantoor en zorgaanbieder is echter niet zonder problemen. Het contract moet gaan over de duur (bijvoorbeeld maximaal vijf jaar), de groep patiënten (homogeen, voorzienbare zorgontwikkeling), maar ook over de te leveren kwaliteit, de inzet van nieuwe technologieën en de mogelijkheden voor de patiënt om van aanbieder te veranderen. Voor al deze aspecten, en wellicht nog andere, bestaan nog geen pasklare oplossingen. De werkgroep vindt dat er onderzoek moet komen hoe langjarige contracten voor de chronische AWBZ-zorg mogelijk gemaakt kunnen worden. Goede chronische zorg kan de zorgbehoefte aanzienlijk beperken en daarmee een belangrijke bijdrage leveren aan meer arbeidsproductiviteit.

Balans tussen partijen

Het goed functioneren van de zorgmarkt in het AWBZ-segment vraagt om een bepaalde balans tussen de aanbodkant en de vraagkant. Hoofdstuk 3 gaf al aan dat klanten aan de vraagkant onvoldoende tegenwicht kunnen bieden en dat zorgkantoren weliswaar macht hebben, maar niet de juiste prikkels om die macht ook goed te kunnen gebruiken. De hierboven gedane aanbevelingen vergroten de bewegingsruimte voor AWBZ-instellingen. De tegenkrachten aan de vraagkant moeten daarom (op hetzelfde moment dan wel zo spoedig mogelijk) ook versterkt en beter gericht worden. Voor alles is goed inzicht nodig in de kwaliteit van de geleverde zorgproducten van instellingen. Instellingen dienen daarover open te zijn, zodat zowel zorgkantoren als klanten weloverwogen keuzes kunnen maken over de zorginstelling(en) waarmee ze in zee gaan (zie paragraaf 4.1).

Zorgkantoren hebben verder meer mogelijkheden en moeten meer belang krijgen bij het afsluiten van contracten met de zorginstellingen. Voor zorgkantoren is onder meer de risicodragendheid van belang. Wanneer dat voldoende (goed) geregeld is zullen zorgkantoren, net zoals verzekeraars in de cure,

²¹ Dat wil niet zeggen dat dergelijke zorg niet geleverd wordt. Vanuit kwaliteitsoogpunt en in het belang van patiënten wordt daar het nodige aan gedaan. De werkgroep vindt echter dat dat op dit moment zeker niet het maximale is.

goede afspraken maken met zorgaanbieders over de omvang van de zorg (in termen van functies en functieklassen) en de kwaliteit van de zorg. De komst van prestatiebekostiging en daarmee het afschaffen van het huidige systeem van budgetbeheersing, vergroot het belang daarvan aanmerkelijk. Een lopend Interdepartementaal BeleidsOnderzoek (IBO) gaat hier uitvoerig op in. De werkgroep ziet daar dan ook van af.

4.4 Aanbevelingen schottenproblematiek

De zorg kent verschillende schotten: tussen de care en de cure, tussen eerstelijnszorg en tweedelijnszorg, tussen AWBZ-intramuraal en AWBZ-extramuraal.²² Deze schotten kunnen om verschillende redenen de arbeidsproductiviteitsontwikkeling belemmeren. Allereerst staan schotten een optimaal gebruik van geld in de weg (onder andere verkeerde-bed-problematiek). Daarnaast komen de opbrengsten van innovaties niet altijd terecht bij de partij die de betreffende innovatie doorvoert. Vormen van ketenzorg komen daardoor maar moeilijk van de grond, terwijl praktijkvoorbeelden aantonen dat ketenzorg de zorgverlening efficiënter en vaak ook beter maakt.²³ Verder kunnen schotten leiden tot het afwentelen van kosten op andere onderdelen van de zorg. Voor zowel schotten aan de verzekeringskant (met name tussen eerste en tweede compartiment) als tussen verschillende groepen aanbieders (met name tussen eerstelijns- en tweedelijnszorg) is het weghalen dan wel het verminderen van de negatieve werking van de schotten van belang.

Verzekeringskant: overheveling op genezing gerichte AWBZ-zorg naar tweede compartiment

Het kabinet hevelt in 2006-2007 de extramurale GGZ en het eerste jaar intramurale GGZ geleidelijk over naar de Zorgverzekeringswet. Als vervolg daarop zouden ook andere op genezing gerichte zorg, die nu in de AWBZ zit, overgeheveld moeten worden. Patiënten ontvangen na een opname in een ziekenhuis nog regelmatig tijdelijk AWBZ-zorg voordat ze volledig hersteld zijn.²⁴ Dit is dus op genezing gerichte zorg die deels via de AWBZ verleend wordt. In de praktijk kan dit gaan om een tijdelijke opname in een verpleeghuis of ondersteuning in de thuissituatie.

De verzekeraar heeft er baat bij om de ziekenhuiskosten zo laag mogelijk te houden en de patiënt dus zo snel mogelijk (mits verantwoord) over te hevelen van het ziekenhuis naar een AWBZ-voorziening, ook al is het resultaat dat de totale genezingskosten hoger worden. Zit het totale genezingsproces in het tweede compartiment, dan is de zorgverzekeraar volledig verantwoordelijk en heeft daarmee een prikkel om de totale kosten te minimaliseren en het genezingsproces (na de ziekenhuisopname) zo efficiënt mogelijk in te laten richten. Bijkomend voordeel is dat de zorgverzekeraar in het tweede compartiment wel verantwoordelijk is voor de zorgkosten; het zorgkantoor is dat als uitvoerder van de AWBZ thans nog niet.

²² Het schrappen van de functie verblijf uit de AWBZ heft het schot tussen intramuraal en extramuraal in de AWBZ reeds op (zie ook paragraaf 4.3).

²³ Deze vormen van ketenzorg worden overigens niet alleen belemmerd door de bekostiging, maar ook door de onwil bij instellingen en professionals om een deel van hun bevoegdheden af te staan.

²⁴ Dit haalt overigens niet het schot tussen eerste en tweede compartiment volledig weg. Met name voor de groep klanten die (langdurend) AWBZ-zorg ontvangen en tijdelijk opgenomen dienen te worden in een ziekenhuis (bijvoorbeeld voor een heupoperatie). Aangezien het IBO-AWBZ zich met name ook met deze materie bezighoudt, wordt daar hier niet nader op ingegaan. Van belang daarbij is dat het ziekenhuis een prikkel heeft om de zorg zo te leveren dat het (structurele) beroep op de AWBZ maximaal beperkt blijft.

Aanbiederskant: transmurale dbc's voor specifieke groepen patiënten

Bepaalde groepen patiënten hebben regelmatig te maken met verschillende zorgverleners: huisartsen, ziekenhuizen, thuiszorg, revalidatie-instellingen. Transmurale dbc's kunnen ervoor zorgen dat één instelling verantwoordelijk is voor de totale behandeling; verschillende zorgverleners nemen dan onderdelen van de behandeling op zich. De diabeteszorg experimenteert hier reeds mee. Ook voor andere specifieke groepen patiënten (CVA-, COPD- en hartpatiënten) zou dit uiterlijk in 2007 mogelijk moeten zijn.

4.5 Tot slot*Geen managementadvies*

Het vorige hoofdstuk laat zien dat de interne cultuur van zorginstellingen, ook door de instellingen zelf, als een belangrijke belemmering beschouwd wordt om te werken aan innovaties en arbeidsproductiviteit. Deze weinig ondernemende en op beheersen gerichte cultuur binnen instellingen is een afspiegeling van de (door aanbodsturing ontstane) beheerscultuur die de overheid tientallen jaren heeft toegepast op diezelfde zorginstellingen. De interne cultuur verandert als de externe cultuur verandert. Wanneer zorginstellingen meer ruimte krijgen voor eigen initiatieven en tegelijkertijd meer worden afgerekend op de geleverde prestaties, zullen ze hun interne bedrijfsvoering daarop afstemmen en zal de interne cultuur zich daaraan gaan aanpassen. Dit leidt naar verwachting tot meer ruimte voor initiatieven voor innovaties en efficiënter werken, met name als ook op de werkvloer expliciet gekeken wordt naar de geleverde prestaties. Deze verzakelijking is positief, zeker wanneer dit vanuit wederzijds (management en werkvloer) respect voor elkaars positie plaatsvindt. Dit geldt zowel voor de relatie tussen management en verpleegkundigen en verzorgenden als voor de relatie tussen management en (vrijgevestigde) medisch specialisten in het ziekenhuis.

De werkgroep richt zich echter in haar advies niet op de interne bedrijfsvoering en geeft daarom ook geen managementadvies. Het advies gaat vooral over de omgeving waarin instellingen kunnen en moeten opereren. Dat neemt niet weg dat het thema 'management' veel aandacht verdient. Immers, verandering van de interne cultuur is geen eenvoudige zaak en eist veel van het management. Belangrijk is om binnen de organisatie meer ruimte en ondersteuning te bieden aan medewerkers die innovatief zijn. Uit hoofdstuk 3 blijkt bijvoorbeeld dat de positie van medisch specialisten in ziekenhuizen specifieke belemmeringen kan opleveren. Die gaan met name over de toelatingsovereenkomst tussen ziekenhuizen en vrijgevestigde specialisten en de (naar internationale maatstaven) geringe mobiliteit van medisch specialisten in Nederland. De werkgroep gaat daar niet verder op in, echter extra aandacht voor deze problematiek is wel gewenst.

Flankerend beleid

De aanbevelingen gaan vooral over het reguleren van de zorgmarkt, met name op de bekostigingsaspecten ervan. Uitgangspunt is dat de verschillende partijen de juiste prikkels ontvangen om de arbeidsproductiviteit te verhogen. Volledige marktwerking is echter in de zorg – gegeven de bestaande marktgebreken – niet wenselijk en komt er ook niet. Een betere (financiële) 'prikkelstructuur' is nodig maar instellingen zijn ook anderszins te stimuleren. De overheid moet daar ook een bijdrage aan leveren. Ze doet dat ook met onder meer het kwaliteitstoezicht van de inspectie, het opstellen van een 'good-governance-code', met stimuleringsprogramma's als 'Sneller Beter', en 'Zorg voor Beter', het terugdringen van de administratieve lasten en het stimuleren van een

Elektronisch Patiëntendossier (EPD). Daarnaast stimuleert de overheid betere mogelijkheden en meer begeleiding voor klanten om zelf te kunnen kiezen. Dit ‘flankerend’ beleid blijft de komende jaren noodzakelijk, ook om een stimulans te geven aan de noodzakelijke cultuurverandering in instellingen.

Consistent beleid

De stelselherzelingen in de curatieve zorg en de care zetten grote veranderingen in de zorg in gang. De veranderingen dienen zorgvuldig voorbereid en ingevoerd te worden, waarbij stap voor stap de noodzakelijke maatregelen genomen moeten worden. De uiteindelijke realisatie kost vele jaren, mede vanwege het feit dat de zorgverlening ook in de overgangperiode normaal moet doorgaan. Korte-termijnproblemen kunnen om directe maatregelen vragen, bijvoorbeeld vanwege de overheidsfinanciën, calamiteiten die zich her en der voordoen en bestaande onevenwichtigheden tussen wenselijke en geleverde kwaliteit van zorg.

Dit vraagt om het nauwgezet afwegen van maatregelen die zich richten op de lange termijn en maatregelen voor problemen die op korte termijn spelen. Voorop moet staan dat de maatregelen voor de korte termijn niet strijdig zijn met het langetermijnbeleid, en ook niet zo ervaren kunnen worden. Bedenk daarbij dat zorginstellingen zelf zich veelal richten op de problemen en maatregelen waarmee ze op korte termijn te maken krijgen, dat is hun referentiekader. Ze richten zich daarmee onvoldoende op het zorgstelsel op lange termijn, maar dit kan ook de noodzakelijke steun voor dat langetermijnbeleid vanuit het veld verminderen. Wanneer korte- en langetermijnbeleid niet strijdig zijn geeft dit tegelijkertijd de indruk dat overheid/politiek consistent zijn in het beleid. Dit stimuleert de bereidheid voor de gewenste cultuuromslag in de zorg. Voor de ontwikkeling van de arbeidsproductiviteit en de innovatieve kracht van de sector is het belangrijk dat de overheid hier bewust aandacht aan besteedt en inconsistenties in beleid en regelgeving zoveel mogelijk vermijdt. Het bekostigingssysteem moet niet alleen investeringen in innovatie nu belonen, maar ook de komende jaren blijven doen. Anders zullen veel instellingen zelfs geen kosten-batenanalyse maken en zich in het geheel niet richten op innovatie, maar alleen een kortetermijnstrategie volgen.

Tot zorg geprikkeld

Literatuur

- Arcares et al. (2004). *Benchmark verpleeg en verzorgingshuizen 2003. Prestaties van aanbieders gemeten*. Den Haag: Arcares.
- Brouwer, W.B.F., X. Koolman & F.F.H. Rutten (2005). *Wat is arbeidsproductiviteit in de zorg? Een korte, conceptuele beschouwing uit economisch perspectief*. Rotterdam: iBMG.
- Centraal Planbureau (2004). *Vier toekomstscenario's voor overheid en zorg*. No 72. november 2004. Den Haag: CPB.
- College Tarieven Gezondheidszorg/Zorgautoriteit in oprichting (2005a). *Visiedocument ziekenhuiszorg. Analyse en aanbevelingen voor concurrentie in het B-segment*. Utrecht: CTG/ZAio.
- College Tarieven Gezondheidszorg/Zorgautoriteit in oprichting (2005b). *Consultatiedocument extramurale AWBZ-zorg. Analyse en aanbevelingen voor concurrentie in de extramurale AWBZ-zorg*. Utrecht: CTG/ZAio.
- Daft, R.L. (2000). *Management*. 5^e editie. Fort Worth: The Dryden Press.
- Dell, M. & L.J.R. Vandermeulen (2005). *Arbeidsproductiviteit in de Zorg*. Utrecht: Prismant.
- Desain, L., C. Koning & H.K. Griffioen (2005). *Efficiënte zorgverlening op lokaal niveau. Een verkenning*. Amsterdam: Regioplan.
- Drouven, L.E. & B.H. Hoeksma (2005). *Benchmarking van individuele hulpverleners in zorg en welzijn*. Enschede: Hoeksma, Homans & Menting.
- ESB dossier. *Arbeidsproductiviteit in de zorg*. 10 februari 2005. jaargang 90. nr. 4452.
- Essen, G. van, E. Josten & H. Meihuizen (2004). *Integrerend OSA-rapport 2004. Arbeid in zorg en welzijn*. Tilburg: Organisatie voor Strategisch Arbeidsonderzoek.
- Gupta, A.M. (2005). *The calm before the storm. Dutch hospitals 2004 – Key developments and trends*. Amsterdam: Roland Berger.
- Institute of Medicine (2001). *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the Twenty-first Century*. Washington: National Academy Press.
- Jong, E. de & M. Willemse (2004). *Via ZBC's naar marktwerking? Onderzoek naar succes- en faalfactoren van ZBC's in Nederland*. Utrecht: De Galan Groep/Universiteit Utrecht.
- Kennedie, H.W.R. (2005). *Waarde, waardering, waardigheid : hospitality care en de toekomst van de Nederlandse verpleeghuiszorg*. Amersfoort: Golden Tulip Hotels, Inns & Resorts.
- Keuzenkamp, H.A. & J. van Seters (2003). *Tel uit je winst: De Duitse Ziekenhuis NV als voorbeeld voor zorgvernieuwing*. Amsterdam: Stichting voor Economisch Onderzoek.
- Kok, L. et al. (2005a). *Morgen zonder zorg(en)? Arbeidsproductiviteit en innovatieve kracht in de zorg*. Amsterdam: Stichting voor Economisch Onderzoek/Plexus.
- KITZ (2005). *Een zorg minder en minder zorg. Technologie om zelfzorg en mantelzorg te stimuleren en ondersteunen*. Groningen: KITZ.

- Kruytzer, J. & I. Groot (2005b). *International comparison of impact of healthcare systems on diffusion of innovation*. Amsterdam: Stichting voor Economisch Onderzoek/Plexus.
- Kuhry, B. & A. van der Torre (2002). *De Vierde Sector. Achtergrondstudie quartaire sector*. Den Haag: SCP.
- Lapré, R.M. & F.F.H. Rutten (red.) (1993). *Economie van de gezondheidszorg*. Tweede herziene druk. Utrecht: Lemma.
- Lowe, A. & B. Doolin (1999). Casemix accounting systems: new spaces for action. *Management Accounting Research*. vol. 10. pp. 181-201.
- Luijkx, K. & A. de Roo (2005). *Prosumerisme in de zorg. Mogelijkheden, obstakels en maatregelen*. Tilburg: Tranzo & IVA.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2005). *Transparante en integrale tarieven in de gezondheidszorg*. TK. 27659, nr. 52.
- Mosseveld, C.J.P.M. & J.M. Smit (2003). *Working paper Zorgrekeningen 1998-2002*. Voorburg: CBS.
- Nieboer, A, R. Pepels, L. van der Have, T. Kool & R. Huisman (2005). *Stroke services gespiegeld*. Rotterdam: IBMG & Utrecht: Prismant.
- PricewaterhouseCoopers (2002). *Benchmarkonderzoek 2000 verscherpt inzicht in prestaties en bedrijfsvoering thuiszorginstellingen*. Almere/Utrecht: PWC Consulting.
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2005). *Van weten naar doen*. Zoetermeer: RVZ.
- Schut, F.T. (2003). *De zorg is toch geen markt? Laveren tussen marktfalen en overheidsfalen in de gezondheidszorg*. Oratie. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Stokdijk, M., N.H. Klay & G. van Gulick (2003). *OK-Benchmark van De Ziekenhuisketen en Plexus*. Amsterdam: Plexus.
- Tidd, J., J. Bessant & K. Pavitt (2001). *Managing Innovation*. Second Edition. Chicester: Wiley.
- Vandermeulen, L.J.R. (2005). Zorg rond arbeidsproductiviteit. *ESB dossier. Arbeidsproductiviteit in de zorg*. 10 februari 2005. jaargang 90. nr. 4452. pp. 6-8.
- Waal, S. de et al. (2005). *Zorg voor een gezond leven*. Den Haag: Partij van de Arbeid.
- Wergroep Arbeidsproductiviteit en innovatieve kracht in de zorg (2005). *Bekostiging care, cure en medisch specialisten*. Achtergrondstudie bij ICM/AIZ. Den Haag.
- Wergroep Arbeidsproductiviteit en innovatieve kracht in de zorg (2005). *Verslag casediscussie bijeenkomst CamCare van Sensire*. Achtergrondstudie bij ICM/AIZ. Den Haag.
- ZorgVisie. *HRM-special. Meer doen met minder mensen*. 4a, jaargang 35, april 2005.
- Zuurbier, J.J. & R. Spanjers (2004). Casemixmanagement. In J.J. Zuurbier & Y. Krabbe-Alkemade (red.). *Onderhandelen over DBC's. Een thematische behandeling*. pp. 85-99. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg.

Bijlage 1 Gebruikte afkortingen

AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
CPB	Centraal Planbureau
CTG/ZAio	College Tarieven Gezondheidszorg/Zorgautoriteit in oprichting
CVA	Cardiovasculaire aandoening
CVZ	College voor Zorgverzekeringen
dbc	Diagnose behandeling combinatie
EPD	Electronisch Patiëntendossier
FB	Functiegerichte Budgettering
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
IBO AWBZ	Interdepartementaal Beleidsonderzoek AWBZ
ICM	Interdepartementale Commissie Marktordening
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
IZA	Intramurale Zorgarrangement
RVZ	Raad voor de Volksgezondheid en Zorg
SCP	Sociaal Cultureel Planbureau
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WMO	Wet Marktordening Gezondheidszorg
WTG	Wet Tarieven Gezondheidszorg
WZV	Wet Ziekenhuisvoorzieningen
Zbc	Zelfstandig behandelcentrum

Bijlage 2 Samenstelling van de werkgroep

Prof. dr. H.A. Keuzenkamp, voorzitter	DeltaLloyd-Ohra
Mw. drs. G.S. Friederichs	Ministerie van Economische Zaken
Dr. J.P. Heida	College Tarieven Gezondheidszorg/ Zorgautoriteit i.o.
Drs. ing. A.H.J. Moerkamp	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Mw. mr. I.N.L.A. Lauxtermann	
Dr. J.M. Pomp	Centraal Planbureau
Drs. A. van Riel	Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties
Ir. H. Ton	Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid
Drs. R.W.H.M. van Uum	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Drs. J.J.A Teeuwisse	
Drs. I.R. Habets	Ministerie van Financiën
Drs. C.G.A. Wijnker	
Drs. A. Zeillemaker	Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap
Secretariaat	
Drs. A. Kersten	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Mw. drs. H.A. Post	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Ir. A.W. Faassen	Ministerie van Economische Zaken
Mw. ir. M. Huussen	Ministerie van Economische Zaken
Drs. M. Meijer	Ministerie van Economische Zaken

