

De Staat van het Stelsel

Advies uitgebracht door de Raad voor de Volksgezondheid en
Zorg aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Zoetermeer, 2004

Inhoudsopgave

	Samenvatting	5
1	Vragen	9
1.1	Achtergrond	9
1.2	De adviesvragen	11
1.3	Van vragen naar antwoorden	11
2	Antwoorden	13
2.1	Wat is het doel van de balanced scorecard?	13
2.2	Is er draagvlak voor de balanced scorecard?	15
2.3	Is de balanced scorecard geschikt voor haar taak?	18
2.4	De landing van de balanced scorecard	20
3	Advies	21
3.1	Conclusies	21
3.2	Aanbevelingen	22

Bijlagen

1	Adviesaanvraag (Uit: Brief van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, drs. C. Ross-van Dorp d.d. 25 februari 2003)	29
2	Samenstelling Raad voor de Volksgezondheid en Zorg	33
3	Adviesvoorbereiding vanuit de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg	35
4	Een voorbeeld van de balanced scorecard <i>drs. P.P.T. Jeurissen en drs. E.G. Brummelman</i>	37
5	Deelnemers invitational conference 'Een balanced scorecard voor de gezondheidszorg'	65
6	Stemresultaten invitational conference 'Een balanced scorecard voor de gezondheidszorg'	67
7	Lijst van afkortingen	73
8	Literatuur	75
9	Overzicht publicaties RVZ	79

Bij dit advies zijn drie aparte achtergrondstudies uitgebracht:

- De Staat van het Stelsel: achtergrondstudies (04/04)
- Prestatieinformatie in het zorgsysteem (04/03)
- Indicatoren in een zelfsturend systeem, prestatieinformatie voor systeem, toezicht, beleid en kwaliteit (04/02)

Samenvatting

Laat jaarlijks zien hoe de gezondheidszorg er voor staat

Minister Hoogervorst wil de gezondheidszorg beter laten presteren. Daarom introduceert hij twee grote veranderingen: de invoering van marktwerking en van een basisverzekering. De RVZ adviseert de Minister om jaarlijks een Staat van het Stelsel te publiceren en daarin een oordeel te geven over de voortgang van het veranderingsproces en het functioneren van het zorgstelsel. De Staat van het Stelsel gaat deel uitmaken van het overleg met de Kamer en de partijen in de gezondheidszorg. Het beleid kan dan desgewenst worden bijgesteld.

De Minister heeft een methode ontwikkeld om de kwaliteit van het Nederlandse zorgstelsel te kunnen beoordelen. Die methode is gebaseerd op de balanced scorecard en maakt gebruik van prestatieindicatoren. De balanced scorecard stelt bedrijven in staat hun kernactiviteiten in balans te brengen en hun prestaties te verbeteren. De balanced scorecard wordt ook met succes in het openbaar bestuur toegepast.

De balanced scorecard die de Minister heeft ontwikkeld, is erg algemeen. Veel indicatoren hebben een statisch karakter en zullen daarom van jaar tot jaar niet veel fluctueren. Deze balanced scorecard is daarom minder geschikt voor sturing of voor specifieke verantwoording en meer voor algemene verantwoording en politiek-bestuurlijke communicatie.

De Minister heeft de RVZ gevraagd hoe zo'n balanced scorecard in de praktijk van het gezondheidszorgbeleid kan worden toegepast. Hij heeft daarover nog geen duidelijke opvatting en dat blijkt problemen op te leveren. Het veld van de gezondheidszorg staat wantrouwend tegenover de ontwikkeling van de balanced scorecard en zonder duidelijke strategie kan de balanced scorecard makkelijk verzanden in een zinloze verzameling van gegevens. De balanced scorecard moet – in de opvatting van de RVZ – ook de verbeteringen die de Minister in de gezondheidszorg wil realiseren, belichten.

Daarom adviseert de RVZ:

1. De balanced scorecard te gebruiken om niet alleen het functioneren van het zorgstelsel, maar ook de veranderingen in het stelsel te monitoren.

2. De weerstanden tegen de balanced scorecard weg te nemen door de partijen in de gezondheidszorg er meer bij te betrekken en duidelijk te maken waarvoor zij wel wordt gebruikt en waarvoor niet. Volgens de RVZ kan een proef daarbij helpen.
3. De balanced scorecard jaarlijks vergezeld te laten gaan van een politiek document: de Staat van het Stelsel.

De kernpunten van het advies

Welk probleem lost dit advies op?

We hebben nog geen manier om systematisch zicht te houden op de belangrijkste prestaties van het zorgstelsel. Daardoor zijn we niet goed in staat om tijdig te reageren op ongunstige veranderingen, verantwoording af te leggen over bijvoorbeeld niet beoogde gevolgen van maatregelen en meer in het algemeen de vinger aan de pols van het zorgstelsel te houden. Er is nu in de vorm van een balanced scorecard een methode om hierin verbetering te brengen, maar die moet nog worden ingevoerd. Met dit advies willen we een aantal invoeringsproblemen verhelpen. Die hebben betrekking op het gebruiksdoel van de balanced scorecard, het draagvlak en de praktische toepassing.

Wat zijn de gevolgen voor de consument?

Het belang van de consument is een van de vier vaste aandachtsgedebieden die systematisch in kaart worden gebracht en gevolgd. Daardoor zal het consumentenperspectief meer gewicht in de schaal gaan leggen.

Wat zijn de gevolgen voor de zorgverlener?

Vanwege de nadruk die in de balanced scorecard wordt gelegd op bedrijfsmatig handelen en innovatie zullen deze aspecten van de zorgverlening worden versterkt. Met de balanced scorecard kan verder de modernisering van de curatieve zorg en de care worden bewaakt. Zo kan blijken of de vrijheid van handelen die aan zorgverleners wordt toegezegd, ook wordt gerealiseerd.

Wat kost het?

Het advies voegt aan de balanced scorecard geen extra kosten toe.

Wat is nieuw?

De jaarlijkse publicatie van een Staat van het Stelsel, gebaseerd op een systematisch overzicht van kerncijfers.

1 Vragen

1.1 Achtergrond

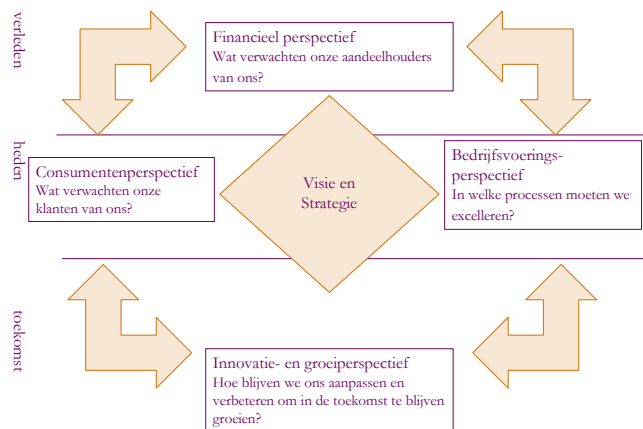
De minister van VWS is het bestuur van de gezondheidszorg ingrijpend aan het veranderen. Er komt een privaatrechtelijke basisverzekering en zowel de curatieve zorg als de care worden ‘gemoderniseerd’. Deze modernisering brengt met zich mee dat de partijen in de zorg - de patiënten, de verzekeraars en de zorgaanbieders - meer verantwoordelijkheid krijgen en de overheid minder. Maar het is niet alleen een kwestie van meer of minder, maar ook van anders. Dat blijkt onder andere uit de terminologie die wordt gebruikt. Patiënten worden cliënten of klanten. De gezondheidszorg wordt de zorgmarkt. De dokter wordt een zorgaanbieder, de verzekeraar koopt zorg in en de overheid wordt systeemverantwoordelijk. De minister van VWS heeft behoefte aan een instrument om de werking en de uitkomsten van het systeem van gezondheidszorg gedurende en na dit veranderingsproces te bewaken.

We moeten zicht houden op de prestaties van het zorgstelsel

Hiervoor is een raamwerk van prestatieindicatoren ontworpen. Het is gebaseerd op de balanced scorecard.

Hiervoor is een balanced scorecard ontwikkeld

Figuur 1.1 Balanced scorecard



Bron: Stichting Rekenschap, 2003

De balanced scorecard is een instrument dat voor het bedrijfsleven is ontwikkeld, maar ook daarbuiten wereldwijd wordt toegepast. Het is een instrument voor strategisch beleid, dat wordt gebruikt om de visie en de strategie van een organisatie te vertalen in meetbare doelen. Die doelen zijn in vier dimensies of perspectieven geclusterd. Deze perspectieven zijn voor de organisatie belangrijk en moeten dus onderling in balans worden gehouden. Of en in hoeverre deze doelen worden bereikt, wordt vervolgens met behulp van indicatoren beoordeeld. Aan de hand daarvan kan het uitgezette beleid worden bijgesteld. De balanced scorecard is dus een op de toekomst en op verandering gericht instrument.

De balanced scorecard is een instrument voor strategisch beleid

De voor VWS ontworpen balanced scorecard telt 26 onderwerpen, die in onderling verband een beoordeling van het gezondheidszorgsysteem mogelijk moeten maken (tabel 1.1).

De balanced scorecard wordt in 2005 operationeel

Tabel 1.1 De balanced scorecard bestaat uit de volgende 26 onderwerpen

Financieel	Bedrijfsvoering	Klanten	Innovatie
<ul style="list-style-type: none"> •Verticale equity •Financiële toegankelijkheid •Allocatieve efficiency •Financiële positie zorgaanbieders 	<ul style="list-style-type: none"> •Rolopvatting financiers •Kwaliteit •Keuzemogelijkheden •Concentratie aanbod •Personeel •Uitval personeel •Substitutie beroepen •Substitutie intra- naar extramuraal 	<ul style="list-style-type: none"> •Patiëntgerichtheid •Effectiviteit •Veiligheid 	<ul style="list-style-type: none"> •Omvang R&D •Diffusie innovaties •Info infrastructuur •Opleiding •Innovatieklimaat •Organisatorische innovatie •Samenwerking met industrie

De indicatoren waarmee uitspraken over deze onderwerpen kunnen worden gedaan, worden in de loop van 2003 en 2004 ontworpen, zodat de balanced scorecard in 2005 operationeel kan worden. Dat is ongeveer 1 jaar voor de invoering van de basisverzekering en andere majeure veranderingen in het zorgstelsel.

1.2 De adviesvragen

De minister van VWS heeft ons - de RVZ - gevraagd hoe deze voor het systeem van de gezondheidszorg ontworpen balanced scorecard veilig kan landen in de beleidspraktijk.

Hoe moet de balanced scorecard worden gebruikt?

Veilig landen wil zeggen dat de balanced scorecard er komt en dat er een goed gebruik van wordt gemaakt. Om de Minister hierover advies te kunnen geven moeten we ons de volgende vragen stellen.

1. *Is het doel van de balanced scorecard voor alle betrokkenen duidelijk?*

Dat hangt af van het doel ...

De balanced scorecard is een instrument voor strategisch beleid. Het doel waarvoor de balanced scorecard wordt gebruikt, behoort zowel de keuze van de indicatoren te bepalen, als de normen waarmee de uitkomsten van de indicatoren worden beoordeeld. Het doel van de balanced scorecard beïnvloedt verder het draagvlak. Het is dan ook een ervaringsgegeven dat het doel van de balanced scorecard glashelder moet zijn.

2. *Is er draagvlak voor deze balanced scorecard?*

... het draagvlak ...

VWS is verantwoordelijk voor het systeem van de gezondheidszorg, maar is er noch de eigenaar, noch de enige partij in. Een balanced scorecard voor het systeem van de gezondheidszorg raakt de belangen, de visie en de strategie van andere partijen in de gezondheidszorg. Bijgevolg is draagvlak essentieel en heeft het communicatieaspect in de voorbereiding, de opstelling en de uitvoering van de balanced scorecard veel aandacht.

3. *Is deze balanced scorecard geschikt voor haar taak?*

... en de kwaliteit van de balanced scorecard

Uit de praktijk blijkt dat de twee belangrijkste succesfactoren bij prestatiemetingen zijn dat (1) de resultaten gebruikt worden en (2) dat alle betrokkenen er baat bij hebben, zowel degenen die de balanced scorecard toepassen als degenen die de gegevens leveren en degenen van wie de prestaties worden gemeten. Daarom is het belangrijk dat de balanced scorecard ook bruikbare resultaten kan opleveren.

1.3 Van vragen naar antwoorden

Om na te gaan wat het doel van de door VWS ontworpen balanced scorecard is en of er draagvlak voor bestaat hebben wij met personen uit het veld van de gezondheidszorg,

We hebben hierover met deskundigen en betrokkenen gepraat ...

het openbaar bestuur en de wetenschap gesprekken gevoerd. Verder hebben wij met deze personen en met ambtenaren van het ministerie van VWS een besloten discussie-bijeenkomst belegd. Wij verwijzen hiervoor naar bijlage 5.

Om een antwoord te kunnen geven op de vraag of deze balanced scorecard geschikt is voor haar taak hebben wij uitgebreid onderzoek gedaan, met name naar: ... en onderzoek laten doen

- ervaringen in andere sectoren van het overheidsbeleid en in andere landen;
- consequenties voor de interne en externe beleidsvoering van VWS;
- de wijze waarop andere ministeries invulling geven aan hun systeemverantwoordelijkheid en verantwoordingsprocessen vormgeven.

De resultaten van dit onderzoek treft u aan in de bijlagen bij dit advies en in de twee afzonderlijk gepubliceerde achtergrondstudies. Voor de ervaringen in het buitenland verwijzen we onder andere de studies van Bouckaert, Hoet en Ulens en van Pollitt en Bouckaert, die u aantreft in de literatuurbijlage. Over de relevantie van deze onderzoeken voor de Nederlandse situaties hebben wij met de auteurs van gedachten gewisseld. Deze treft u in de bijlagen en achtergrondstudies aan

2 Antwoorden

2.1 Wat is het doel van de balanced scorecard?

De overheid ontwikkelt een balanced scorecard om zicht te krijgen op de werking en de uitkomsten van het gezondheidszorgsysteem. Uit de publicatie *Bakens zetten* van het ministerie van VWS blijkt dat hierbij verschillende motieven een rol spelen.

Zicht op de werking en de uitkomsten van het zorgsysteem is nodig om ...

- De belangrijkste is de voorgenomen verandering van aanbod- naar vraagsturing en de daarmee samenhangende wijziging van het verzekeringsstelsel. De partijen in de gezondheidszorg krijgen hierdoor meer vrijheid van handelen. De verantwoordelijkheid van de overheid verschuift van resultaat- naar systeemverantwoordelijkheid. Er ontstaat hierdoor behoefte aan instrumenten voor systeembeleid.
- Een tweede overweging is de toenemende internationale mobiliteit, zowel binnen de EU als daarbuiten. Daardoor gaan burgers en regeringen niet alleen nationale maar ook internationale maatstaven hanteren voor belangrijke instituties als de gezondheidszorg. Benchmarks, zoals de WHO en de OECD uitvoeren, voeden de behoefte om zicht te houden op de prestaties van het eigen gezondheidszorgsysteem.
- Het blijkt moeilijk om op basis van de bestaande gegevensverzamelingen aan de Kamer verantwoording af te leggen over de gevolgen van specifieke maatregelen (investeringen in wachtlijsten bijvoorbeeld) op de werking van het gezondheidszorgsysteem.

... de invoering van vraagsturing in goede banen te leiden

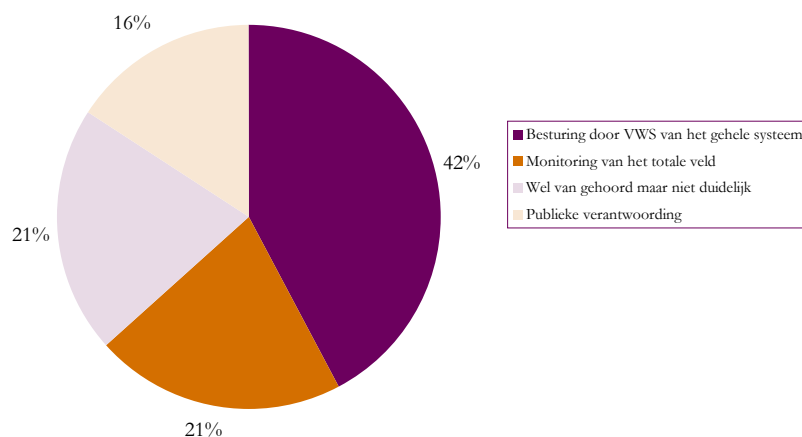
... met andere landen in de pas te lopen

... verantwoording af te kunnen leggen

Waarom de overheid behoefte heeft aan informatie op systeemniveau is wel duidelijk. Maar wat de overheid uiteindelijk met de balanced scorecard wil gaan doen, is niet duidelijk. Dat komt naar voren in de door ons gehouden interviews. Het blijkt ook uit onze consultatiebijeenkomst, waar wij de aanwezigen expliciet naar het doel van de balanced scorecard hebben gevraagd (zie figuur 2.1).

Maar het is niet duidelijk wat de overheid concreet met de balanced scorecard wil gaan doen

Figuur 2.1 Het doel van de balanced scorecard



Bron: Intervote n.a.v. bijeenkomst 16 december 2003

Dat de meningen over het doel van de balanced scorecard zo uiteenlopen of onduidelijk zijn wordt veroorzaakt doordat VWS met de balanced scorecard vooruitloopt op toekomstige bestuurlijke behoeften en verhoudingen.

De balanced scorecard loopt op de ontwikkelingen vooruit ...

1. Zoals blijkt uit *Bakens zetten* is de balanced scorecard niet geënt op de bestaande beleidspraktijk, maar loopt vooruit op toekomstige veranderingen in de verantwoordelijkheids- en rolverdeling tussen overheid en partijen. We weten niet hoe snel en hoe volledig deze veranderingen zich zullen voltrekken. Daardoor kan niemand precies voorspellen in welk krachtenveld de balanced scorecard terecht zal komen als zij operationeel wordt.
2. De verantwoordelijkheid van de overheid verschuift van resultaatsverantwoordelijkheid naar systeemverantwoordelijkheid. We hebben echter nog geen duidelijke voorstelling van wat systeemverantwoordelijkheid voor de gezondheidszorg inhoudt. Voor een verdere uitwerking van dit thema verwijzen we naar de achtergrondstudie Indicatoren in een zelfsturend systeem, van stichting Reken-schap.

... van een moderniserings-proces...

... waarin de verantwoorde-lijkheden van de overheid gaan veranderen

3. De rol van de overheid verandert mee. Van bepaler en financier wordt hij borger van publieke belangen en marktmeester. Voor de toepassing van de balanced scorecard maakt het echter verschil of VWS een actieve speler in de gezondheidszorg blijft of dat het buiten de lijnen gaat opereren. In het eerste geval zal VWS de publieke belangen borgen door aan het spel deel te nemen. In het tweede geval zal het alleen de spelregels en –condities proberen te veranderen.

... en daarmee de rolverdeling tussen overheid en veld

4. De rol van de overheid zal niet in alle delen van de gezondheidszorg dezelfde zijn. Waar de aanbodregulering blijft, zal de overheid op resultaten blijven sturen. Waar gereguleerde markten zijn, blijft de overheid publieke belangen binnen het systeem behartigen en waar vrije markten zijn zal de overheid dat buiten het systeem doen.

... maar niet overal op dezelfde manier

Dat er verwarring en onduidelijkheid bestaat over wat de overheid met de balanced scorecard wil gaan doen, heeft een negatieve invloed op het draagvlak. Verder is het daardoor moeilijk te beoordelen of de balanced scorecard op haar taak is berekend. We zullen daar in de volgende paragrafen verder op ingaan, maar stellen hier vast dat het een ernstig probleem oplevert voor de landing van de balanced scorecard.

Dat bemoeilijkt de invoering van de balanced scorecard

Om dat probleem op te lossen zal de Minister:

1. Duidelijkheid moeten verschaffen over het doel van de balanced scorecard.
2. De inrichting en de toepassing van de balanced scorecard beter moeten laten aansluiten op de politiek-bestuurlijke behoeften van dit moment.
3. Er rekening mee moeten houden dat de balanced scorecard deel gaat uitmaken van een bestuurlijk veranderingsproces en dus mee zal moeten veranderen.

Het doel van de balanced scorecard moet duidelijk zijn en aansluiten op de bestuurlijke realiteit

2.2 Is er draagvlak voor de balanced scorecard?

Wij hebben in het veld van de gezondheidszorg draagvlak kunnen ontdekken voor het idee om een balanced scorecard te ontwikkelen. Wij zijn echter weinig steun voor deze balanced scorecard tegengekomen, wat overigens niet wil zeggen dat die steun niet alsnog verkregen kan worden.

Er is weinig draagvlak voor de balanced scorecard van VWS

Hoe komt het dat er weinig draagvlak is voor deze balanced scorecard?	Oorzaken zijn ...
1. Er is verwarring en onduidelijkheid over het doel van de balanced scorecard. Hierop zijn we in de vorige paragraaf al ingegaan.	... vraagtekens bij het doel van de balanced scorecard
2. Partijen in het veld vrezen dat de vrijheid van handelen die de overheid met de ene hand geeft (marktwerking) met de andere (controle en toezicht) weer wordt afgenomen. Zij verwachten dat VWS hen met de balanced scorecard zal controleren en corrigeren.	... vrees voor bemoeizucht
3. Ziekenhuizen en andere instellingen zijn bezig eigen instrumenten van prestatiemeting en –verantwoording te ontwikkelen. Deze zijn nodig om de opkomende markten van de zorg transparant te maken voor klanten, zakenpartners en andere partijen. Zij vrezen dat hun initiatieven last zullen ondervinden van de ontwikkeling van de balanced scorecard. (1) Het draagvlak voor de eigen initiatieven is soms broos en kan door het initiatief van VWS in gevaar komen. (2) Instellingen verwachten nieuwe administratieve lasten doordat ze informatie dubbel of in een andere vorm moeten aanleveren. (3) Instellingen verwachten vertraging voor hun eigen initiatief omdat mogelijk afstemming met het project van de balanced scorecard nodig is.	... mogelijke schade aan eigen projecten
4. Het veld verwacht van de balanced scorecard nadelen te zullen ondervinden, zonder dat er voordelen tegenover staan. Als er al voordelen zijn, worden deze niet zichtbaar.	... en het ontbreken van voordelen
Zoals in de achtergrondstudie van Het Expertise Centrum wordt toegelicht, is het ontbreken van voldoende steun om een aantal redenen een probleem voor de landing van de balanced scorecard.	Het gebrek aan draagvlak bemoeilijkt de invoering van de balanced scorecard
1. De medewerking van het veld is nodig voor een deel van de informatie voor de indicatoren van de balanced scorecard.	
2. Zonder medewerking kunnen de betrouwbaarheid van de gegevens en de keuze van de indicatoren door het veld in twijfel worden getrokken.	
3. De follow-up van de balanced scorecard zal niet alleen van VWS maar ook van het veld actie vergen. Zonder draagvlak voor de balanced scorecard zelf zal ook het draagvlak voor het op de uitkomsten van de balanced scorecard gebaseerde beleid ontbreken.	

Om dit probleem op te lossen zal de Minister initiatieven moeten nemen.

De minister zal het veld meer bij de balanced scorecard moeten betrekken

1. Hij zal duidelijkheid moeten verschaffen over het gebruik dat hij van de balanced scorecard wil gaan maken.
2. De Minister moet met het veld afspraken maken over de wijze waarop hij reageert op onwenselijke uitkomsten van indicatoren. Partijen vrezen namelijk dat VWS voortdurend als een aap op hun schouder zal blijven zitten en die vrees is om een aantal redenen niet op voorhand weg te nemen:
 - De overheid moet publieke belangen kunnen blijven waarborgen. Daar verplicht de Grondwet haar toe.
 - Die belangen (kwaliteit van zorg, toegankelijkheid en betaalbaarheid) hebben in het verleden tot een vergaande bemoeienis van de overheid met het reilen en zeilen van de zorg geleid.
 - Het overdragen van verantwoordelijkheid en het veranderen van gedrag is moeilijk.
3. De partijen in het veld van de gezondheidszorg en de overheid hebben ieder hun eigen verantwoordelijkheid ten aanzien van prestatiemeting. Dat is helder als er een scherp onderscheid kan worden gemaakt tussen sturen op prestatieniveau en sturen op systeemniveau. In dat geval zijn voor beide doeleinden afzonderlijke sets indicatoren te ontwikkelen en hoeft er geen of slechts weinig overlap tussen beide te zijn. Als het onderscheid niet scherp kan worden gemaakt – en daar lijkt het op – is de kans op overlap veel groter. Dat pleit ervoor dat de Minister met het veld afsprekt van welke indicatoren hij voor de balanced scorecard gebruikt maakt en hoe hij dat doet.
4. De meeste informatie die nodig is voor de balanced scorecard van VWS, is al beschikbaar. Nieuw zijn het gebruik van de gegevens in onderlinge samenhang, de context waarin zij worden gebruikt en de interpretatie die eraan wordt gegeven. De Minister kan de partijen uit het veld van de gezondheidszorg belang geven bij het gebruik van de balanced scorecard door hen bij de inrichting van de balanced scorecard te betrekken en de uitkomsten met hen te bespreken en te evalueren.

2.3 Is de balanced scorecard geschikt voor haar taak?

De balanced scorecard is bruikbaar voor prestatiemeting in het openbaar bestuur, hoewel het niet speciaal voor toepassing in een politieke omgeving is ontworpen. We verwijzen voor een toelichting naar de achtergrondstudies van Het Expertise Centrum en van de stichting Rekenschap.

De balanced scorecard is bruikbaar in het openbaar bestuur...

De balanced scorecard komt het best tot haar recht als ze wordt gebruikt voor strategisch management. Dat wil zeggen: om een visie of strategie te realiseren. Als de balanced scorecard daarvoor wordt gebruikt is de meest voor de hand liggende toepassing het moderniseringsbeleid voor de curatieve zorg en de AWBZ en de wijziging van het verzekeringsstelsel. De architectuur van de balanced scorecard sluit ook goed aan bij de doelstellingen van het moderniseringsbeleid.

... vooral als instrument voor strategisch management

De indicatoren die voor de balanced scorecard van VWS worden ontwikkeld, zijn erg algemeen. Veel indicatoren hebben een statisch karakter en zullen daarom van jaar tot jaar niet veel fluctueren. Dat betekent dat de balanced scorecard van VWS minder geschikt is voor sturing of voor specifieke verantwoording en meer voor algemene verantwoording en politiek-bestuurlijke communicatie. Voor een toelichting verwijzen we naar de achtergrondstudie van drs. P.P.T. Jeurissen.

De gekozen indicatoren zijn gericht op politiek-bestuurlijke verantwoording en communicatie

De balanced scorecard van VWS levert 26 uitslagen op, die per definitie – want er zijn vier contrasterende invalshoeken – een gebalanceerde interpretatie noodzakelijk maken. Het is duidelijk dat zo'n interpretatie tegelijk een politiek statement oplevert. Ook dat wijst op een gebruik ten behoeve van politiek-bestuurlijke communicatie.

Voor de interpretatie van de balanced scorecard is dan relevant

Vanwege de bestuurlijke veranderingen die het moderniseringsproces met zich mee zal brengen, is te voorzien dat de door VWS ontworpen balanced scorecard in de loop van de tijd aan verschillende informatiebehoeften van de overheid zal moeten voldoen. Verder kan de informatiebehoefte en de verdeling van de verantwoordelijkheden per deel van de gezondheidszorg zo uiteen gaan lopen, dat het de vraag is of het wel zinvol zal zijn met één algemene balanced scorecard te werken.

De balanced scorecard moet in uiteenlopende situaties bruikbaar zijn

Daarom is het zinvol om de bruikbaarheid van de balanced scorecard voor verschillende situaties na te gaan.

De ontworpen balanced scorecard is ...

De bestaande situatie

In de literatuur (zie Bouckaert, Hoet en Ulens) worden drie domeinen onderscheiden, waarin prestatiegegevens een rol spelen.

1. De begroting. Hiervoor wordt het VBTB-project (Van Beleidsbegroting tot Beleidsverantwoording) ontwikkeld, wat de balanced scorecard tot een doublure of concurrent zou maken. Dat is niet zinvol. Afgezien daarvan hebben de doelstellingen van de begroting en de 26 onderwerpen van de balanced scorecard weinig directe raakvlakken, zoals blijkt uit de achtergrondstudie van mr. M.W. de Lint.
2. Het overleg met ZBO's en externe partijen is veelal gericht op sectoraal georiënteerd beleid. Daarvoor lijkt de ontworpen balanced scorecard te globaal en onvoldoende sectorspecifiek. Lijkt, omdat dit mede afhangt van de precieze vormgeving van de indicatoren.
3. De interne planning en controle. Het probleem is hier tweeledig.
 - De indicatoren van de balanced scorecard zijn globaal en moeilijk te herleiden tot de beleidsvoornemens die bijvoorbeeld in de begroting zijn verwoord.
 - De meeste indicatoren hebben betrekking op het terrein van verschillende directies. Er zijn nauwelijks één op één relaties te leggen. Een en ander is uitgewerkt in de achtergrondstudie van mr. M.W. de Lint.

De balanced scorecard is in deze domeinen moeilijk te gebruiken. De balanced scorecard is, zoals hiervoor gezegd, beter geschikt voor algemene verantwoording en politiek-bestuurlijke communicatie. Dan nog zal het een plaats moeten krijgen die het onderscheidt van het algemeen deel van de begroting, omdat de balanced scorecard anders een concurrent wordt van de VBTB-operatie.

... geschikt voor verantwoording en communicatie, maar niet voor dagelijks bestuur

Het moderniseringsbeleid

Voorzover er op het ogenblik van een specifiek systeembeleid sprake is, is het vooral gericht op het veranderen van het systeem: de modernisering van de curatieve zorg en de AWBZ en de wijziging van het stelsel van ziektekostenverzekeringen. De balanced scorecard is vanwege de aard van het instrument en de keuze van dominante aandachtsgebieden geschikt om de effecten van het moderniseringsbeleid te monitoren. Wel zouden de gekozen indicatoren dan in staat moeten zijn om de beoogde veranderingen in het gedrag van partijen en de resultaten van het beleid op de voet te volgen.

... geschikt voor monitoring van het moderniseringsbeleid

1. Het toekomstige systeembeleid

Volgens de achtergrondstudie die wij door de stichting Rekenschap hebben laten schrijven, berust systeembeleid in geliberaliseerde sectoren op drie pijlers:

- er is sprake van vrije interactie tussen vragers en aanbieders;
- de overheid blijft buiten het systeem;
- de overheid kent drie soorten interventies: versterking interactiviteit, dynamische sturing van interactiekrachten en noodinterventies.

De balanced scorecard zou in deze visie informatie moeten verschaffen over de stabiliteit van het systeem en de interacties tussen partijen. Zoals de stichting Rekenschap in haar achtergrondstudie beargumenteert, is hiervoor een andere keuze van indicatoren nodig.

Wij trekken hieruit de conclusie dat de balanced scorecard vooral geschikt is om het moderniseringsbeleid te monitoren en vanuit dat perspectief een oordeel over het functioneren van het zorgstelsel te onderbouwen.

... beperkt geschikt voor systeembeleid in geliberaliseerde sectoren

Preferente toepassing: oordeel over het functioneren van het zorgstelsel vanuit moderniseringsperspectief

2.4 De landing van de balanced scorecard

We kunnen op basis van de voorgaande analyse zeggen dat er problemen zijn op te lossen.

1. Het is niet duidelijk wat de overheid concreet met de balanced scorecard wil gaan doen. Daar moet alsnog duidelijkheid over komen en het gebruik van de balanced scorecard moet aansluiten op de bestuurlijke realiteit.
2. Er is in het veld van de gezondheidszorg onvoldoende draagvlak voor de balanced scorecard. De partijen uit het veld zullen meer bij de totstandkoming en de toepassing van de balanced scorecard moeten worden betrokken.
3. De bruikbaarheid van de balanced scorecard ligt niet in het dagelijks beleid, maar in de beoordeling van het stelsel van gezondheidszorg en de communicatie daarover.

Om de balanced scorecard te laten landen is nodig dat:

- het doel wordt verduidelijkt
- het draagvlak wordt vergroot
- aan de uitkomst consequenties worden verbonden

3 Advies

3.1 Conclusies

Het besluit om een balanced scorecard voor de gezondheidszorg te ontwikkelen hangt samen met de heersende onvrede over de prestaties van ons zorgsysteem. De patiënten worden onvoldoende bediend, de doelmatigheid van de gezondheidszorg schiet te kort en het innovatievermogen van de sector blijft achter bij de verwachtingen. Het kabinet heeft besloten om deze chronische kwalen van ons stelsel te verhelpen door veranderingen in de structuur en het functioneren van het stelsel aan te brengen. Deze veranderingen hebben betrekking op het stelsel van ziektekostenverzekeringen, de modernisering van de curatieve zorg en de modernisering van de AWBZ en de care.

Er zijn veranderingen in het stelsel van de zorg nodig

Dit is een grote operatie, gezien de maatschappelijke betekenis van de gezondheidszorg, de politieke exposure van de stelselwijziging in de ziektekostenverzekeringen en het feit dat de invoering van concurrentie en marktwerking in de zorg de belangen van alle partijen diepgaand raken.

Dat is een grote operatie...

Er is dus alle reden om een instrument te ontwikkelen waarmee:

... die zorgvuldig moet worden bewaakt

- kan worden gevolgd of de prestaties van het zorgsysteem verbeteren;
- kan worden gevolgd of de beoogde veranderingen in de werking van het systeem optreden en in welk tempo dat gebeurt;
- over de vorderingen van deze grote operatie met alle belanghebbenden kan worden gecommuniceerd;
- draagvlak kan worden gecreëerd voor maatregelen om de beoogde veranderingen tot stand te brengen.

De balanced scorecard is voor dit doel een goed gekozen instrument.

De balanced scorecard is hiervoor geschikt

- In de eerste plaats omdat het een instrument is waarmee een visie op veranderingen kan worden omgezet in strategisch gekozen en meetbare doelen. Het ondersteunt de leiding van het veranderingsproces en verbetert de communicatie over de vorderingen.
- In de tweede plaats omdat de innerlijke logica van de balanced scorecard aansluit op de aard van de veranderingen die in de gezondheidszorg nodig zijn. Het is ontwor-

pen om bedrijfsmatig werken te verbeteren en richt de aandacht op de onderwerpen die in het veranderingsbeleid belangrijk zijn: wordt de patiënt goed bediend, wordt er doelmatig gewerkt, is er voldoende innovatie en blijven de kosten binnen de perken.

Het is dus belangrijk dat de balanced scorecard er komt en dat er goed gebruik van wordt gemaakt. Zoals wij in het vorige hoofdstuk hebben geconstateerd, is dat niet vanzelfsprekend: ... mits een aantal problemen worden opgelost

- Het doel van de balanced scorecard is niet duidelijk.
- Er is in het veld van de gezondheidszorg onvoldoende draagvlak voor de balanced scorecard.
- De bruikbaarheid van de balanced scorecard ligt niet in het dagelijks beleid, maar in de beoordeling van het stelsel van gezondheidszorg en de communicatie daarover.

Wij zijn van mening dat deze problemen moeten en kunnen worden opgelost voordat de balanced scorecard van de teken-tafel komt, wat begin 2005 het geval is. We doen daarvoor aanbevelingen over het doel, het draagvlak en de toepassing van de balanced scorecard. Daarvoor doen we aanbevelingen

3.2 Aanbevelingen

Het doel van de balanced scorecard

Gebruik de balanced scorecard om het moderniserings- en stelselbeleid van de gezondheidszorg te monitoren en vanuit dat perspectief een oordeel over het functioneren van het zorgstelsel te onderbouwen. Zo kunnen de effecten van het beleid worden bewaakt, kan daarover worden gecommuniceerd met de Kamer en de partijen in de gezondheidszorg en kan worden bijgestuurd waar en voorzover dat nodig is.

Gebruik de balanced scorecard om het moderniseringsbeleid en het zorgstelsel te beoordelen

De balanced scorecard is niet de enige informatiebron over het functioneren van de gezondheidszorg. De informatie van de balanced scorecard kan eventueel met informatie uit andere bronnen, zoals de Volksgezondheid Toekomst Verkenning, worden gecombineerd als daar behoefte aan is. Dat neemt niet weg dat de balanced scorecard een specifieke functie heeft, die zich onderscheidt van: Geef de balanced scorecard een specifieke functie

1. De prestatiebegroting doordat de balanced scorecard zich niet richt op het hele beleid van VWS maar op het beleid ten aanzien van het zorgstelsel.
2. Internationale vergelijkingen (OECD, WHO) doordat het zich beperkt tot de kwaliteit van het eigen stelsel.

3. De Volksgezondheid Toekomstverkenningen (VTV) door de strategische functie van de balanced scorecard en doordat de balanced scorecard een breder scala aan prestaties beslaat.

Wij raden het af om de balanced scorecard in de nabije toekomst te gebruiken als instrument om in de gezondheidszorg op prestaties te sturen. Daarvoor zijn de volgende redenen:

Gebruik de balanced scorecard niet om de zorg op prestaties te sturen

1. Voor sturen op prestaties is een cultuuromslag in het openbaar bestuur nodig. Dat neemt tijd. Dat geldt zeker voor het gezondheidszorgbeleid, dat op dit punt geen traditie kent.
2. De balanced scorecard sluit onvoldoende aan op de eisen die de huidige beleidspraktijk stelt. Er zijn weinig raakvlakken met de begroting, de sectoren van de gezondheidszorg komen onvoldoende in beeld en de structuur van de balanced scorecard en de beleidsstructuur van het ministerie lijken niet op elkaar.
3. Het is nog moeilijk te overzien hoe de differentiatie in marktwerking – geen marktwerking, gereguleerde marktwerking, vrije marktwerking – er uit gaat zien. De methode van prestatiemeting zou daarop moeten aansluiten, maar het is voorbarig om daar nu al beslissingen in te nemen.

Het draagvlak van de balanced scorecard

Vergroot in 2004 het draagvlak voor de balanced scorecard door duidelijkheid te verschaffen over het doel van de balanced scorecard, de partijen in de gezondheidszorg te betrekken bij de keuze van de indicatoren en de evaluatie van de uitkomsten en met hen afspraken te maken over de te volgen procedure als de evaluatie consequenties voor partijen heeft.

Betrek de partijen in de zorg bij de keuze van indicatoren en de toepassing van de balanced scorecard

Het helpt om de balanced scorecard voor iedereen concreter te maken door een proefversie te maken, gebaseerd op bijvoorbeeld de jaren 2000 en 2001. Dat moet mogelijk zijn omdat een groot deel van de benodigde informatie al beschikbaar is. Voor een vingeroefening verwijzen we naar bijlage 6.

Doe een proef met de balanced scorecard

Wij menen dat ons advies aan het draagvlak voor de balanced scorecard bijdraagt, omdat:

Daardoor verbetert het draagvlak

1. Het doel van het door ons aanbevolen gebruik van de balanced scorecard volstrekt legitimeert dat het ministerie van derden informatie vraagt voor de invulling van de indicatoren.

2. De resultaten van de balanced scorecard voor het ministerie, de politiek en de partijen in de gezondheidszorg belangrijk zijn.
3. De benodigde informatie in principe los staat van de informatie die wordt verzameld voor sectorale benchmarkprojecten en andere sectorale verbetertrajecten waarin gebruik wordt gemaakt van prestatiegegevens.
4. Eventueel overleg met het veld over raakvlakken tussen de informatiebehoefte van het ministerie en die van partijen, makkelijker zal verlopen omdat het doel van de balanced scorecard duidelijk is.

De toepassing van de balanced scorecard

Wij achten de balanced scorecard in beginsel geschikt voor het gebruik dat wij adviseren. Wel raden wij aan om de proceskant nog te versterken door indicatoren toe te voegen die in beeld brengen of partijen hun gedrag veranderen. Wij verwijzen hiervoor naar bijlage 6.

Breng het gedrag van partijen beter in beeld

Het belangrijkste onderdeel van de balanced scorecard is niet de verzameling uitslagen van de 26 of meer indicatoren, maar de toelichting erop en de conclusies die eraan worden verbonden. De uitslagen hebben weinig betekenis zonder normen waaraan zij kunnen worden gerelateerd. Wij raden aan om van de volgende drie mogelijkheden gebruik te maken:

Maak de normen duidelijk

1. Vooraf gestelde doelen wanneer daar in de politiek of met partijen afspraken over zijn gemaakt.
2. Vergelijking met een of meer voorafgaande jaren, waardoor per indicator vooruitgang, stilstand of achteruitgang zichtbaar wordt.
3. Vergelijking tussen de sectoren onderling, waardoor per indicator verschillen op het terrein van de cure of de care of tussen deelsectoren zichtbaar worden.


Wij adviseren jaarlijks een balanced scorecard op te stellen en de publicatie van de balanced scorecard vergezeld te laten gaan van een Staat van het Stelsel, waarin de resultaten van de balanced scorecard worden toegelicht en van conclusies worden voorzien. Deze Staat van het Stelsel maakt deel uit van het overleg met de Kamer en van het regulier beleidsoverleg met de partijen in de gezondheidszorg.

Publiceer jaarlijks de Staat van het Stelsel, gebaseerd op de balanced scorecard

Wij adviseren dit document een zelfstandige status te geven en het niet aan de begroting of aan de Volksgezondheid Toekomstverkenningen toe te voegen.

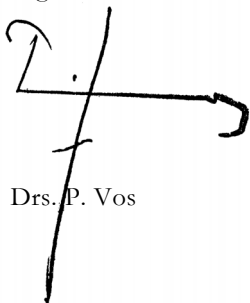
Raad voor de Volksgezondheid en Zorg,

Voorzitter,

A stylized handwritten signature in black ink, consisting of a large, rounded 'S' shape followed by a horizontal line and a small flourish.

Drs. F.B.M. Sanders

Algemeen secretaris,

A handwritten signature in black ink, featuring a vertical line with a horizontal crossbar and a small flourish at the end.

Drs. P. Vos

Bijlagen

Bijlage 1

Adviesaanvraag

(Uit: Brief van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, drs. C. Ross-van Dorp d.d. 25 februari 2003)

Kwaliteit en informatie

Dit is een hoogst actueel thema. Inmiddels heb ik een brief doen uitgaan over kwaliteitsbeleid. De tijd om vrijblijvend over dit thema te praten is voorbij. Operationalisering en implementatie zijn geboden. Er bestaan reeds tal van initiatieven en benchmark- en indicatorenstudies. De problematiek is lastig, complex en uitdagend genoeg om daarvoor de denkkraft van de RVZ aan te spreken. Zorgaanbieders zelf, verzekeraars, patiënten en niet te vergeten VWS hebben ieder een eigen informatiebehoefte waaraan op een voor ieder aparte wijze tegemoet wordt gekomen. Het is wel zaak dat de activiteit die de RVZ zou kunnen ondernemen qua inhoud en timing aansluit bij alles wat reeds in gang gezet is en wordt. Wat betreft beleidsaandacht op de korte termijn is dit onderwerp prioritair. Ik verzoek u de mogelijke RVZ-vraagstelling op dit onderwerp nader te ontwikkelen in samenspraak met de heer J.M.J.M. Maas, projectdirecteur van de Strategische Eenheid Informatievoorziening in Zorg.

(Uit: Plan van aanpak Kwaliteit en informatie)

Achtergrond

De staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) gevraagd in 2003 het onderwerp Kwaliteit en informatie ter hand te nemen en over de vraagstelling in overleg te treden met de projectdirecteur Informatiebeleid Zorg. De Strategische Eenheid Informatiebeleid Zorg is belast met de ontwikkeling van een Nederlands raamwerk van prestatieindicatoren voor de gezondheidszorg.

Deze prestatieindicatoren moeten gezamenlijk een beoordeling mogelijk maken van het functioneren van de Nederlandse gezondheidszorg. De achtergrond van dit project is weergegeven in *Bakens zetten*, een publicatie van het ministerie van VWS. Daarin stellen de auteurs dat een drietal factoren in Europa aanleiding heeft gegeven tot de ontwikkeling van pres-

tatieindicatoren voor de collectieve sector: de gestegen overheidsuitgaven, de toenemende complexiteit van het management van de overheidstaken en een groeiende noodzaak tot externe verantwoording. Wat Nederland betreft wijzen de auteurs op de *Zorgnota*, de nota *Vraag aan bod* waarin de rol van de overheid wordt beperkt tot die van toezichthouder, marktmeester en borger van publieke belangen en op de externe verantwoording die de overheid aflegt aan het parlement en internationale organisaties zoals de EU, de WHO en de OECD. Meer in het algemeen gesteld bestaat er behoefte aan inzicht in de samenhang tussen de (financiële) inspanningen ten behoeve van de individuele en collectieve gezondheidszorg en de gezondheidstoestand van de Nederlandse bevolking.

Volgens de ontwerpers van het Nederlands raamwerk van prestatieindicatoren kan het functioneren van het gezondheidszorgsysteem worden gemonitord aan de hand van een balanced scorecard. Op een balanced scorecard worden beoordelingscriteria gepresenteerd vanuit een viertal perspectieven. Deze zijn: het perspectief van de consument, het financieel perspectief, het bedrijfsvoeringperspectief en het innovatieperspectief. In totaal gaat het om 26 beoordelingscriteria, waarvoor vervolgens indicatoren worden ontwikkeld.

In *Bakens zetten*, de eerdergenoemde publicatie van VWS, beschrijven de auteurs een toepassing ten behoeve van een door de overheid te voeren gezondheidsbeleid. De balanced scorecard wordt daarin gebruikt om de bijdrage van het gezondheidszorgsysteem aan specifieke gezondheidsdoelen te monitoren. De auteurs denken aan een jaarlijkse rapportage van een vaste set indicatoren, aangevuld met thematische verdiepingsstudies. Bij wijze van voorbeeld wijzen zij op het Brancherapport Curatieve Somatische Zorg. Het is overigens niet zo, dat nu al vaststaat dat het raamwerk van prestatieindicatoren op deze wijze zal worden gebruikt. Waarschijnlijk zullen de prestatieindicatoren niet alleen worden gebruikt om het beleid te monitoren, maar ook om het bij te sturen. Niet alleen de veldpartijen, maar ook VWS zal dan actie moeten ondernemen. Niet alleen de direct betrokkenen, maar ook de minister van VWS zal dan op het beleid worden afgerekend.

De stand van zaken is deze, dat het raamwerk conceptueel in de steigers staat. VWS heeft besloten in de periode van maart 2003 tot december 2004 indicatoren te ontwikkelen, waarmee het raamwerk kan worden opgevuld. Daarna komt de implementatiefase, waarvan het succes onder meer zal afhangen van

de veranderingen die in de nota *Vraag aan bod* zijn aangekondigd.

Probleemstelling

Het raamwerk van prestatieindicatoren wordt ontworpen en zal na 2004 worden toegepast in de verwachting dat de wijze van beleidsvoering zal gaan veranderen. Die verandering gaat van aanbod- naar vraagsturing, van overheidsregulering naar meer marktwerking en van een directe naar een indirecte, afstandelijke overheidsbemoediging. Door het raamwerk van outputindicatoren kan men – de overheid en de veldpartijen – als het ware de vinger aan de pols van de gezondheidszorg houden en waar nodig actie ondernemen. De vraag is nu hoe dit nieuwe beleidsinstrument een goede en bruikbare landing kan maken in de beleidspraktijk. Om een aantal redenen is daar een zorgvuldige voorbereiding voor nodig. Voorkomen moet worden dat het instrument (1) niet of beperkt bruikbaar is, (2) niet adequaat wordt gebruikt of (3) wordt misbruikt.

1. Het instrument is niet bruikbaar of slechts beperkt bruikbaar als het beleidssysteem van de gezondheidszorg en het raamwerk van outputindicatoren niet goed op elkaar aansluiten. Dit probleem kan zich op verschillende manieren voordoen. Een ervan is, dat de overheid veel minder op afstand komt te staan dan is verondersteld. Het probleem is dan de indicatoren te globale informatie leveren voor het nemen van adequate actie. Het probleem kan zich ook in deze vorm voordoen, dat het raamwerk andere aspecten van het gezondheidszorgsysteem belicht dan waar de overheid beleid op voert. Dan geven de indicatoren wel een signaal, maar is er bijvoorbeeld geen beleidsdirectie om het op te pakken. Het probleem kan zich ook in deze vorm voordoen, dat de informatie te traag ter beschikking komt. Dan heeft de politiek al op andere signalen gereageerd, terwijl de uitkomsten van de prestatieindicatoren nog niet bekend zijn.
2. Het risico is aanwezig dat het raamwerk van prestatieindicatoren niet adequaat wordt gebruikt. Het is namelijk nog niet eerder door de betrokkenen toegepast. Op zichzelf is de toepassing van informatie in het volksgezondheidsbeleid niet nieuw. Wel nieuw is het toepassen van prestatie-management, het gebruik van de balanced scorecard en het werken met indicatoren. Er zijn veranderingen in de wijze van beleidvoeren en de bestaande bestuurscultuur voor nodig.

3. De indicatoren leveren geen ‘wetenschappelijke’, maar ‘beleidsrelevante’ informatie. Beleid wordt niet alleen op basis van informatie gevoerd, maar ook en vooral op basis van belangen en ideologie. Dat gegeven beïnvloedt de manier waarop de betrokkenen met de informatie omgaan. Zij proberen bijvoorbeeld maximaal invloed uit te oefenen op de keuze van indicatoren en het vergaren van informatie. ‘Er is bijna niets zo politiek als definiëring van de indicatoren die de prestaties van beleid meten en de verantwoording over het beleid bepalen’. Als de informatie eenmaal beschikbaar is proberen zij haar als machtsfactor te hantieren. Wie interpreteert bijvoorbeeld de resultaten van de indicatoren en hoe gebeurt dat? Het risico bestaat dat de indicatoren uiteindelijk geen objectief beeld opleveren van de toestand van het gezondheidszorgsysteem.

De beleidsvragen

1. Wat dient bij de toepassing van de balanced scorecard te worden gedaan of nagelaten op grond van ervaringen met soortgelijke instrumenten in andere beleidssectoren of andere landen?
2. Zijn vanwege de toepassing van de balanced scorecard aanpassingen nodig in de interne en externe beleidsvoering van VWS?
3. Hoe kunnen de resultaten van de balanced scorecard het beste worden geïnterpreteerd, gepresenteerd en gebruikt? Hierbij dient de samenhang met andere rapportages over de zorg te worden betrokken.

Bijlage 2

Samenstelling Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

Voorzitter:

Drs. F.B.M. Sanders

Leden:

Mw. prof. dr. I.D. de Beaufort

Mw. M.J.M. Le Grand-van den Bogaard

Prof. dr. T.E.D. van der Grinten

Mw. prof. dr. J.P. Holm

Mw. J.M.G. Lanphen, huisarts

Mr. A.A. Westerlaken

Algemeen secretaris:

Drs. P. Vos

Bijlage 3

Adviesvoorbereiding vanuit de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

Vanuit de Raad

- Mr. A.A. Westerlaken
- Mw. prof. dr. J.P. Holm
- Mw. M.J.M. Le Grand-van den Bogaard

Samenstelling ambtelijke projectgroep

- Mr. J.P. Kasdorp, projectleider
- Drs. P.P.T. Jeurissen, projectmedewerker
- Mw. mr. M.W. de Lint, projectmedewerker
- Mw. I. de Prieëlle, projectsecretaresse

DynaVision Management Consultancy

- Drs. E.H. Greven
- T. Versnel

De Raad adviseert onafhankelijk. Gesprekken tijdens de voorbereiding van een advies hebben niet het karakter van draagvlakverwerving. De gesprekspartners hebben zich niet aan het advies gecommiteerd. Tijdens het adviesproject zijn de volgende personen geconsulteerd.

Geconsulteerden

- Prof. dr. M. Berg, Erasmus Universiteit Rotterdam
- C.J.J. Berger, Menzis Zorg
- Drs. C. van der Burg, ministerie van VWS
- Drs. F. Faber, ministerie van BZK
- Drs. J. Geelhoed, ministerie van VWS
- Mr. drs. G.V.M. van Gemert, GGZ Nederland
- Mw. H. van der Hoeven, NPCF
- Drs. E. ten Holte, Arcares
- Drs. F.C.A. Jaspers, AZG
- Dr. J.T.N. Kimman, Novem
- Mw. ir. J.M. Leemhuis-Stout, NVZ
- J.M.J.M. Maas, ministerie van VWS
- Mw. E. Mulder, GGZ Nederland
- Mw. drs. J.A.M. Oskam, Landelijke Vereniging voor Thuiszorg
- A. Ramawadh, ministerie van Financiën

- Dr. H. Rosendal, Landelijke Vereniging voor Thuiszorg
- Drs. M.J. van Rijn, ministerie van VWS
- Mw. H.S. de Vos-Koerselman AA, Algemene Rekenkamer
- Mw. drs. M.C.J. van der Werf, Algemene Rekenkamer
- Mr. A.A. Westerlaken, 's Heeren Loo Zorggroep

Bijlage 4

Een voorbeeld van de balanced scorecard

1 Inleiding

In deze bijlage bij het advies De Staat van het Stelsel hebben we bij wijze van vingeroefening een balanced scorecard gemaakt. Tijdens de voorbereiding van het advies is namelijk duidelijk geworden dat er bij de betrokkenen nogal wat verschillende beelden over de balanced scorecard bestaan. Dit veroorzaakt spraakverwarring en heeft een negatieve invloed op het draagvlak.

De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) heeft daarom besloten aan zijn advies een ‘prototype balanced scorecard’ toe te voegen. Hierdoor krijgt de lezer een betere indruk van dit instrument. We hebben ons hierbij beperkt tot enkele pagina’s met ‘kale’ indicatoren. ‘Kaal’ wil zeggen: zonder toelichting. Het nadeel daarvan is dat de praktische bruikbaarheid van het resultaat voor kritiek vatbaar is. De minister van VWS heeft de RVZ echter niet om een finale proefversie van de balanced scorecard gevraagd, maar juist hoe dit instrument in de praktijk van het gezondheidsbeleid kan worden toegepast. Een ‘kaal’ voorbeeld geeft dan meer zicht op de bestuurlijke (on)mogelijkheden.

Wij willen met deze exercitie antwoord krijgen op vijf vragen die voor het advies van de RVZ relevant zijn.

1. Hoe ziet het totaalbeeld van de Nederlandse gezondheidszorg er op basis van de balanced scorecard uit?
2. In hoeverre kan op basis van bestaande gegevens een balanced scorecard worden samengesteld?
3. Welke conclusies kunnen met deze balanced scorecard wel en welke niet worden getrokken?
4. In welke mate veranderen andere indicatoren de uitkomsten van de balanced scorecard?
5. Hoe kan meer betekenis worden gegeven aan de informatie uit deze balanced scorecard?

Onze balanced scorecard bestaat uit twee delen. In het eerste deel vullen we de zesentwintig hoofdindicatoren uit het rapport ‘Bakens zetten’ met kwantitatieve gegevens. Daarbij hebben we gebruik gemaakt van de subindicatoren¹, die door het

ministerie van VWS zijn ontwikkeld. Hierdoor kunnen we antwoord geven op de eerste drie vragen.

Om de vierde vraag te beantwoorden heeft de Raad voor een aantal van de zesentwintig hoofdindicatoren, aanvullende subindicatoren ontwikkeld (tabel 5). De Raad probeert met deze aanvullende subindicatoren meer zicht te geven op de proceskant van een drietal beleidsdoelstellingen op systeemniveau: bevordering volksgezondheid, gereguleerde concurrentie (2^e compartiment) en doelmatige bedrijfsvoering (1^e compartiment). Hierdoor ontstaat ook meer zicht op de systeemverantwoordelijkheid van het ministerie van VWS.

Het is belangrijk dat de lezer zich bij lezing blijft realiseren dat alle indicatorscores en conclusies uit deze achtergrondstudie moeten worden gezien in het licht van de adviesvraag: hoe krijgen we zicht op de beleidsmatige toepassingen van de balanced scorecard. Het is dus niet de bedoeling om het ministerie van VWS de ‘eerste versie van de balanced scorecard’ te overhandigen.

We vervolgen deze notitie nu met een toelichting op de door ons gehanteerde werkwijze en de keuzes die we bij het invullen van de indicatoren hebben gemaakt (paragraaf 2). Daarna bespreken we de belangrijkste uitkomsten van de indicatoren. We doen dit aan de hand van de vijf vragen die in deze inleiding worden gesteld. Om de leesbaarheid te bevorderen hebben we waar nodig voorbeeldindicatoren ingevoegd (paragraaf 3). Een concluderende beschouwing sluit deze notitie af (paragraaf 4). In de bijlagen vindt u de complete balanced scorecard in verschillende versies.

2 Werkwijze

Er zijn bij de totstandkoming van deze balanced scorecard een aantal keuzes gemaakt. Dit was noodzakelijk omdat het ministerie van VWS nauwelijks prestatienormen voor het terrein van de gezondheidszorg heeft geformuleerd. We hebben er (mede daarom) voor gekozen om met een zo simpel mogelijk kader te werken en hieraan in het kader van deze notitie betekenis toe te kennen. We zijn ons ervan bewust dat dit een arbitraire keuze is.

1. In de inleidende paragraaf hebben we reeds duidelijk gemaakt dat we gebruik maken van twee verzamelingen indicatoren, namelijk de voorlopige subindicatoren die het ministerie van VWS medio vorig jaar heeft ontwikkeld en een set aanvullende procesindicatoren. Het doel van deze aan-

- vullende indicatorenset is tweërlei. Enerzijds is het een controle op de robuustheid van de indicatoren van het ministerie en anderzijds is het een poging om meer inhoud aan het begrip systeemverantwoordelijkheid te geven.
2. We hebben er verder voor gekozen om alleen gebruik te maken van cijfers, die we ook daadwerkelijk konden achterhalen. Indien er geen cijfer kon worden gevonden is de betreffende indicator leeg gelaten. Er is dus geen gebruik gemaakt van fictieve cijfers. Wel is bij een aantal indicatoren gebruik gemaakt van cijfers die op een ander jaartal betrekking hadden. Deze getallen zijn paars afgedrukt. In de tabellen 4 en 5 staat tevens een toelichting op de herkomst van de scores.
 3. We kijken naar twee jaren, namelijk 2000 en 2001. De keuze is op 2001 gevallen omdat over dit jaar de meeste recente cijfers bekend zijn. We hebben gekozen voor twee opeenvolgende jaren omdat dit naar onze mening het meeste inzicht geeft in de bruikbaarheid van de balanced scorecard voor de beleidspraktijk.
 4. Idealiter zijn de prestatienormen voor de verschillende indicatoren op voorhand bekend. Dat is echter nog niet het geval. Daarom hebben we gekeken hoe de scores zich van het ene tot het andere jaar ontwikkelen. Vervolgens hebben we beoordeeld of er per subindicator sprake was van een verbetering of een verslechtering. De toelichting daarop staat eveneens in de bijlagen vier en vijf. We hebben de volgende normen gehanteerd:
 - Rood signaal: de score is met meer dan drie procent verslechterd er zijn wellicht beleidsmatige maatregelen nodig.
 - Oranje signaal: de score bevindt zich tussen de half en de drie procent er is beleidsmatige aandacht nodig ('vinger aan de pols').
 - Groen signaal: de score ontwikkelt zich gunstig of laat slechts een marginale verslechtering zien. Er is geen bijzondere aandacht noodzakelijk².
 5. Het aantal subindicatoren verschilt per indicator. Sommige indicatoren kennen veel meer subindicatoren dan andere. Dit kan leiden tot een vertekend beeld. Daarom zijn de scores van de subindicatoren op een drietal manieren geaggregeerd tot de zesentwintig basisindicatoren, namelijk een aggregatie van de subindicatoren van het ministerie van VWS (tabel 1), een aggregatie van de aanvullende subindicatoren (bijlage 3) en een aggregatie van allebei deze verzamelingen (bijlage 2). Elke subindicator weegt even zwaar

mee in de totstandkoming van de hoofdindicator³. Ook dit is een arbitraire keuze geweest.

3 De balanced scorecard: resultaten

De balanced scorecard bevat vier perspectieven, namelijk het consumentenperspectief, het financiële perspectief, het bedrijfsvoeringsperspectief en het innovatieperspectief. Het ministerie van VWS heeft voor deze vier perspectieven zesen-twintig indicatoren ontwikkeld. Elke indicator kan uit meerdere subindicatoren bestaan. In de inleiding hebben we vijf vragen geformuleerd waarop we met behulp van deze balanced scorecard een antwoord proberen te vinden. In deze paragraaf behandelen we deze vragen één voor één.

Om de eerste drie vragen te beantwoorden maken we gebruik van de balanced scorecard die het ministerie van VWS heeft ontwikkeld en waarvan wij de indicatoren zoveel mogelijk hebben ingevuld (bijlage 1 en 4). De vierde vraag wordt beantwoord op basis van de door de Raad ontwikkelde aanvullende indicatoren (bijlage 3 en 5). De laatste vraag beantwoorden we op basis van de geïntegreerde informatie van de beide indicatorensets (bijlage 2). We bespreken alleen de meest opvallende resultaten.

1. *Hoe ziet het totaalbeeld van de Nederlandse gezondheidszorg er op basis van de balanced scorecard uit? De balanced scorecard maakt duidelijk dat Nederland in de periode 2000-2001 vooral een kostenprobleem had. De kosten stegen namelijk in één jaar tijd met bijna tien procent.*

 8. kostenontwikkeling	34,9 mrd	38,6 mrd
---	----------	----------

Er leek voorts een probleem te zijn met de financiële toegankelijkheid en de effectiviteit van de geestelijke gezondheidszorg. We moeten hier nadrukkelijk zeggen leek, want een nadere analyse maakt duidelijk dat het ook hier vooral om kostenproblematiek ging. Bezuinigingsmaatregelen zorgden namelijk voor een forse stijging van de nominale ziekenfondspremies en omdat er in de geestelijke gezondheidszorg sprake was van een behoorlijke onderconsumptie, betekenden de stijgende kosten voor antidepressiva niet per se een verslechtering van de geestelijke volksgezondheid.

7.	financiële toegankelijkheid	414.000	376.000	Koopkrachtverlies > 1% chr. z
7.	financiële toegankelijkheid	€ 183,2	€ 344,7	Nominale ziekenfondspremie
3c.	effectiviteit ggz	11,8	11,6	Zelfdodingen/100.000 inw.
3c.	effectiviteit ggz	442 mln.	498 mln.	Kosten antidepressiva etc.

Er was ook enige zorg gerechtvaardigd over de veiligheidsaspecten in de instellingen. Nadere analyse zou duidelijk moeten maken of de toename van het aantal MRSA gevallen en het aantal incidenten toeval was of niet.

5.	veiligheid	1727	1778	# incidenten
5.	veiligheid	420	470	# MRSA
5.	veiligheid	7	19	# ziekenhuizen met kwal. boek

De indicatoren maken vooral duidelijk dat er veel gewoon goed ging in de Nederlandse gezondheidszorg. De effectiviteit van de behandelingen was in het algemeen goed. Het leek (mede door de extra investeringen) weer goed te gaan met het personeelsaanbod en met de personeelstevredenheid. Met de substitutie in de zorg ging het zelfs ronduit goed. Ook de overige indicatoren gaven weinig aanleiding tot zorg.

15.	personeelsaanbod	15.331	15.334	# specialisten
15.	personeelsaanbod	820	981	# ingeschreven agio's (1 ^e keer)
15.	personeelsaanbod	411.764	424.418	# verpleging en verzorging
17.	personeelstevredenheid	86%	85%	Tevreden met baan zorg
17.	personeelstevredenheid	81%	84%	Tevreden met baan welzijn
17.	personeelstevredenheid	7,4%	6,4%	Ziekteverzuim cure
17.	personeelstevredenheid	8,3%	7,6%	Ziekteverzuim vare
18.	substitutie beroepen	158	702	# praktijkondersteuners
18.	substitutie beroepen	8	23	# afgest. nurse pract Groningen
19.	substitutie plaats van zorg	56.500	56.757	# verpleeghuispatiënten
19.	substitutie plaats van zorg	4.600	3.822	# dagbehandeling verpleeghuis

19. substitutie plaats van zorg	24.200	33.666	# zorg-op-maat verpleeghuis
19. substitutie plaats van zorg	10.400	27.193	# dagverzorging
19. substitutie plaats van zorg	17.700	18.750	# extramurale verzorging
19. substitutie plaats van zorg	16.300	26.753	# persoonsgebonden budgetten
19. substitutie plaats van zorg	92,4	91,8	Index verpleegdagen
19. substitutie. plaats van zorg	103,7	108,5	Index dagbehandeling ggz

2. *In hoeverre kan de balanced scorecard op basis van bestaande gegevens worden samengesteld?*

Het was mogelijk om op basis van bestaande gegevens zeventien van de zesentwintig indicatoren min of meer compleet in te vullen. Van vijf indicatoren waren wel gegevens beschikbaar, maar niet voor elk van de beide jaren. Het betreft gegevens over het patiëntenperspectief, waar wel onderzoek naar wordt gedaan maar niet jaarlijks. Wij hebben over een viertal indicatoren geen informatie kunnen vinden. Deze bevinden zich vooral binnen het perspectief van de innovatie.

3. *Welke conclusies kunnen met deze balanced scorecard wel en welke niet worden getrokken?*

De belangrijkste conclusie die uit de balanced scorecard naar voren komt is dat de kostenontwikkeling in de Nederlandse gezondheidszorg al in 2000-2001 een probleem vormde. Positief is dat de substitutie tussen beroepen in de zorg en van de plaats van zorg zich voorspoedig ontwikkelde. Ook nam de tevredenheid van het personeel toe.

Conclusies over de consumenttevredenheid en vooral de innovatie zijn moeilijk te trekken. Over beide perspectieven ontbreken nog voldoende adequate gegevens. Een andere conclusie is dat veel indicatoren nadere toelichting behoeven. Het blijkt namelijk dat sommige scores die op het eerste gezicht duidelijk lijken, dat bij nadere inspectie niet altijd zijn.

We kunnen met deze gegevens bovendien maar in beperkte mate conclusies trekken over het veranderingsproces in de aansturing van de zorg zelf. Hoe ontwikkelt de gereguleerde concurrentie zich eigenlijk en hoe staat het met de vraagstu-

ring? Dit zijn vragen die we met deze gegevens eigenlijk niet goed kunnen beantwoorden. Ook vragen op het vlak van de doelmatigheidsontwikkeling zijn moeilijk te beantwoorden.

4. *In welke mate veranderen andere indicatoren de uitkomsten van de balanced scorecard?*

We hebben enkele aanvullende subindicatoren ontwikkeld om wat meer duidelijkheid te krijgen over de vragen die nu nog bestaan. We proberen om meer zicht te krijgen op de proceskant van het beleidssysteem: bevordering van volksgezondheid, gereguleerde concurrentie (2^e compartiment) en doelmatige bedrijfsvoering (1^e compartiment). We zijn verder benieuwd of de toevoeging van deze subindicatoren tot andere scores van de balanced scorecard op de indicatoren zullen leiden.

De aanvullende indicatoren laten een somberder beeld zien. De subindicatoren maken duidelijk dat de volksgezondheid zich op een aantal terreinen niet gunstig ontwikkelde. Ongezond gedrag was een belangrijk volksgezondheidsprobleem⁴. De preventie-uitgaven bleven als enige uitgavencategorie stabiel.

3b. effectiviteit preventie	4,12	4,09	Sam. Gezondheidsbeleving (1-5)
3b. effectiviteit preventie	5,20%	7,40%	Sam. Toen. Ongezond gedrag
3b. effectiviteit preventie	13,7	15,9	# doden privé-ongevallen/100.000
3b. effectiviteit preventie	2.503	2.686	# tienerzwangerschappen
3b. effectiviteit preventie	60,12	60,05	Levensverwachting in goede gezondheid
8. kostenontwikkeling	0,8 mrd.	0,8 mrd.	Gezondheidsbev. en preventie

De burger voelde de stijgende kosten van de zorg ook steeds meer in zijn eigen portemonnee. De omvang van de aftrekpost voor de bijzondere zorgkosten (kosten boven 11,2% van het inkomen) groeide namelijk snel. Tegelijkertijd daalde het aantal onverzekerden.

7. financiële toegang.	1,2 mrd.	1,55 mrd.	Bijzondere zorguitgaven
7. financiële toegang.	335.000	307.000	# onverzekerden

De kostenstructuur van de zorg was aan het veranderen. De vaste kosten namen toe en de kosten voor intramurale verpleging en verzorging namen sneller toe dan de kosten voor ex-

tramurale thuiszorg. Dit komt misschien doordat de zwaarste en daardoor duurste mensen in de instellingen bleven. Vaste kosten zijn op de korte en middellange termijn moeilijker beïnvloedbaar dan de variabele kosten.

De ontwikkeling van de arbeidsproductiviteit bevond zich eveneens in de gevarenzone. Dit is problematisch, want met de vergrijzing voor de deur is een groeiende arbeidsproductiviteit nodig om de zorg op de lange termijn betaalbaar te houden.

9.	allocatieve efficiency	62,6%	63,2%	% vaste kosten
9.	allocatieve efficiency	33.289	37.877	Kosten per patiënt V&V
9.	allocatieve efficiency	27,96	31,05	Kosten per uur thuiszorg
9.	allocatieve efficiency	1,86	1,93	# fte specialist/10.000 p.e.
9.	allocaieve efficiency	325	334	# fte / 10.000 pat. eenheden
9.	allocatieve efficiency	1,33	1,32	# (dag)opnames/fte verpl.
9.	allocatieve efficiency	1,98	1,92	# (dag)opnames/fte verz.

De gereguleerde concurrentie haperde ook. De concurrentie tussen ziekenfondsen nam af en de toetreding van nieuwe aanbieders (privé-klinieken) bleef beperkt. Het gebruik dat ziekenfondsen maakten van buitenlandse aanbieders en van de flexizorgregeling groeide, maar bleef beperkt van omvang. Positief is wel dat de investeringen van de ziekenhuizen in ICT fors groeiden. Dit bevordert op termijn de innovatie.

10.	marktpositie verzekerd- den	3,20	2,69	SD groei/afname verzekerd- den per fonds
10.	marktpositie verzekerd- den	33	2	# toegelaten nieuwe klinieken
10.	marktpositie verzekerd- den	0,9 mln	4,2 mln	In buitenland geconcentreerde zorg
21.	diffusie innovaties	8,55 mln	17,1 mln	Uitgaven flexizorg
22.	informatie-infra	74.667	85.701	Uitgaven algemene ziekenhuizen (mln.)
24.	innovatieklimaat	1804	1700	# MEC onderzoeken

De aanvullende subindicatoren hebben invloed op de uitkomsten van de balanced scorecard van het ministerie van VWS. Het maakt dus zeker wat uit welke subindicatoren straks de

scores op de zesentwintig hoofdindicatoren zullen bepalen. Deze set aanvullende subindicatoren verscherpt het beeld van ons zorgsysteem. De fluctuaties van veel van deze subindicatoren zijn ook groter, wat ten goede komt aan de beleidsmatige relevantie van de balanced scorecard.

5. Hoe kan meer betekenis worden gegeven aan de informatie van de balanced scorecard?

Zoals hiervoor is gebleken kan de balanced scorecard van het ministerie van VWS informatiever worden gemaakt door extra subindicatoren toe te voegen. We zien dit als een proces waaraan continu moet worden gewerkt.

Veel indicatoren hangen erg ‘in de lucht’ als de uitkomsten niet worden toegelicht en worden vergeleken met bestuurlijke en beleidsmatige uitgangspunten. De balanced scorecard heeft kwalitatieve weggingen en nuances. Een tweede manier om meer betekenis aan de informatie te geven is daarom het opstellen van een aparte beleidsnota; de Staat van het Stelsel, zoals de RVZ adviseert.

4 Conclusies

Wij hebben op basis van de indicatorenset van het ministerie van VWS en een set aanvullende indicatoren een prototype balanced scorecard ontwikkeld. Het doel hiervan was om zicht te krijgen op de wijze waarop dit instrument in de praktijk van het gezondheidsbeleid kan worden toegepast.

De exercitie leidt tot conclusies op een drietal terreinen, namelijk een indruk van de prestaties van de Nederlandse gezondheidszorg, een indruk over de wenselijkheid en invulling van het instrument en tot slot een indruk over de politiek-bestuurlijke functie van het instrument.

Prestaties gezondheidszorg

We moeten natuurlijk voorzichtig zijn met al te stellige conclusies over de huidige prestaties van de Nederlandse gezondheidszorg. Daarvoor is deze balanced scorecard eigenlijk teveel een vingeroefening. De beperkingen van onze werkwijze hebben wij eerder in deze notitie reeds uitgebreid toegelicht. Toch komen de uitkomsten goed overeen met het beeld dat veel beleidsmakers van de prestaties van het zorgsysteem hebben. We vatten de belangrijkste conclusies hiervan samen:

- De kosten stijgen hard en het is niet duidelijk of de revenuen hier tegen opwegen. De burger voelt de kostenstijging meer en meer in zijn eigen portemonnee.

- De arbeidsmarkt ontwikkelt zich gunstig, maar de arbeidsproductiviteit lijkt hier ver op achter te blijven.
- De gezondheid van de Nederlanders ontwikkelt zich minder goed dan mogelijk is; dit komt met name door de sterke toename van het ongezonde gedrag.
- De gereguleerde concurrentie hapert.

Het instrument balanced scorecard

Het heeft toegevoegde waarde om een balanced scorecard voor de gezondheidszorg te ontwikkelen. Hoewel de balanced scorecard nog in ontwikkeling is, sluiten de conclusies van deze vingeroefening toch goed aan bij het algemene beeld dat op dit moment over de sector bestaat.





















De balanced scorecard wordt informatiever als daarbij ook gebruik wordt gemaakt van subindicatoren die het functioneren van het sturingssysteem zelf evalueren. Immers indien het ministerie van VWS kiest voor vraagsturing en gereguleerde concurrentie ligt het voor de hand dat de balanced scorecard ook iets zegt over het functioneren van deze begrippen.

Het voorgaande betekent dat de balanced scorecard door anderen waarschijnlijk ook zal worden gebruikt om het beleid van het ministerie van VWS te evalueren. Het ministerie is namelijk primair verantwoordelijk voor de bestuurlijke regie en randvoorwaarden. Het is wenselijk om de resultaten van de balanced scorecard te voorzien van een toelichting in de vorm van een beleidsnota over de 'Staat van het Stelsel'. Deze kan vervolgens met het parlement en de belangrijkste stakeholders in het veld worden besproken.

Bestuurlijke potentie balanced scorecard

De balanced scorecard kan in combinatie met een 'Staat van het Stelsel' een belangrijke rol vervullen bij de monitoring van het bestuurlijke veranderingsproces dat zich momenteel in de gezondheidszorg voltrekt. Het is bovendien een manier voor het ministerie van VWS om zich te verantwoorden voor deze veranderingsprocessen. De balanced scorecard is hiernaast van belang voor de evaluatie van de in de zorg gehanteerde bestuursparadigma's. We speculeren er tot slot op dat de balanced scorecard door zijn evenwichtige opbouw kan bijdragen aan een beleid dat meer gericht is op zorginhoud, doelmatigheid en fundamentele vernieuwing en minder op incidenten en budgetten.

Tabel 1 **Balanced scorecard 2000-2001 op basis van
VWS-indicatoren**

1. Consument tevredenheid
2. Patiënt tevredenheid
-  3a. Effectiviteit curatieve zorg
-  3b. Effectiviteit preventie
-  3c. Effectiviteit GGZ
-  4a. Effectiviteit welzijn
-  4b. Effectiviteit care
-  5. Veiligheid
-  6. Vertical equity
-  7. Financiële toegankelijkheid
-  8. Kostenontwikkeling
9. Allocatieve efficiency
-  10. Financiële positie zorgaanbieders
11. Rolopvatting financiers
-  12. Kwaliteit
13. Keuzemogelijkheden
-  14. Marktconcentraties
-  15. Personeelsaanbod
-  16. Personeelstekorten
-  17. Personeelstevredenheid
-  18. Substitutie beroepen
-  19. Substitutie van plaats van zorg
-  20. Research & development
21. Diffusie innovaties
22. Informatie-infrastructuur
-  23. Opleiding
24. Innovatieklimaat
-  25. Organisatorische innovatie
-  26. Link met de industrie

Tabel 2 **Balanced scorecard 2000-2001 op basis van
VWS en RVZ-indicatoren**

	1. Consument tevredenheid
	2. Patiënt tevredenheid
■	3a. Effectiviteit curatieve zorg
■	3b. Effectiviteit preventie
■	3c. Effectiviteit GGZ
■	4a. Effectiviteit welzijn
■	4b. Effectiviteit care
■	5. Veiligheid
■	6. Vertical equity
■	7. Financiële toegankelijkheid
■	8. Kostenontwikkeling
■	9. Allocatieve efficiency
■	10. Financiële positie zorgaanbieders
	11. Rolopvatting financiers
■	12. Kwaliteit
■	13. Keuzemogelijkheden
■	14. Marktconcentraties
■	15. Personeelsaanbod
■	16. Personeelstekorten
■	17. Personeelstevredenheid
■	18. Substitutie beroepen
■	19. Substitutie van plaats van zorg
■	20. Research & development
■	21. Diffusie innovaties
	22. Informatie-infrastructuur
■	23. Opleiding
■	24. Innovatieklimaat
■	25. Organisatorische innovatie
■	26. Link met de industrie

Tabel 3 **Score 2000-2001 van RVZ-indicatoren**

3a. Effectiviteit curatieve zorg
3b. Effectiviteit preventie
3c. Effectiviteit GGZ
4b. Effectiviteit care
6. Vertical equity
7. Financiële toegankelijkheid
8. Kostenontwikkeling
9. Allocatieve efficiency
10. Financiële marktpositie en markt-
12. Kwaliteit
13. Keuzemogelijkheden
21. Diffusie innovaties
23. Opleiding
24. Innovatieklimaat

Tabel 4 De indicatoren van VWS

Indicatoren	Onderwerp	2000	2001	%
<i>Consumentenperspectief</i>				
1. Consument tevredenheid	Percentage van bevolking dat tevreden is met het gezondheidszorgsysteem	73%		
2. Patiënt tevredenheid	Samengestelde tevredenheid patiënt over behandelbaar/behandeling huisarts en medisch specialist	56%		
3a. Effectiviteit curatieve zorg	Samengestelde 5-jaars overleving van borst-, dikke darm en slokdarmkanker (ongewogen)	44,8%	47,3%	2,5%
	Overledenen aan ziekten van hart- en vaatstelsel (ICD-100-199).	49.191	47.643	-3,1%
3b. Effectiviteit preventie	Bereik rijksvaccinatieprogramma	96,0%	96,0%	0,0%
	Samengesteld bereik griep preventie, borstscreening en cervix (ongewogen)	71,3%	73,3%	2,0%
3c. Effectiviteit GGZ	Aantal zelfdodingen per 100.000 inwoners	11,8	11,6	-1,7%
	Kosten van middelen voor het centrale zenuwstelsel (antidepressiva, pijnstillers, slaadmiddelen en dergelijke)	442 mln.	498 mln.	12,7%
4a. Effectiviteit welzijn	Leefsituatie index	101	102	1,0%
4b. Effectiviteit care	Prevalentie decubitus verpleging en verzorging (ongewogen)	21%	23%	2,0%
	Personen met 1 of meer ADL - beperkingen	12,5%	13,2%	0,7%

Indicatoren	Onderwerp	2000	2001	%
5. Veiligheid	Aantal bij de Inspectie gemelde incidenten (excl. Wet BOPZ en Medische Hulpmiddelen)	1727	1778	3,0%
	Aantal gevallen van MRSA	420	470	11,9%
	Aantal ziekenhuizen dat beschikt over een kwaliteitshandboek	7	19	171,4%
<i>Financieel perspectief</i>				
6. Vertical equity	Kakwani index van collectieve lasten	-0,1309	-0,1003	23,4%
7. Financiële toegankelijkheid	Aantal chronisch zieken en gehandicapten met koopkrachtverlies groter of gelijk aan -1 %	414.000	376.000	-9,2%
	Nominale premie voor ziekenfondsverzekerden	€ 183,2	€ 344,7	88,1%
8. Kostenontwikkeling	Gerealiseerde zorguitgaven	34,9 mrd	38,6 mrd	10,6%
9. Allocatieve efficiency	Allocatieve efficiency			
10. Financiële positie zorgaanbieders	Rak in % van het vermogen (niet-vreemd) Ziekenhuizen en Academische ziekenhuizen	17%	18%	1,0%
	Rak in % van het vermogen (niet-vreemd) AWBZ	28%	32%	4,0%
<i>Bedrijfsvoeringsperspectief</i>				
11. Rolopvatting financiers	Rapportcijfer van consumenten voor de ziektekostenverzekering		7,4	
12. Kwaliteit	Totaal aantal NIAZ-geaccrediteerde ziekenhuizen	0	3	
	Percentage verpleeg-	93		

Indicatoren	Onderwerp	2000	2001	%
13. Keuzemogelijkheden	huizen dat het Model Intern Kwaliteitssysteem voor verpleeghuizen gebruikt			
	Percentage verzorgingshuizen dat Externe Kwaliteitsbewaking Verzorgingshuizen gebruikt	26		
	Percentage thuiszorg dat aan lidmaatschappen voldoet	82		
	Rapportcijfer van consumenten voor keuzemogelijkheden in de zorg		6.0	
14. Marktconcentraties	Aantal academische, algemene en categorale ziekenhuizen	115	112	-2,6%
	Aantal verpleeghuizen	331	331	0,0%
	Aantal verzorgingshuizen	1353	1346	-0,5%
	Aantal thuiszorginstellingen	174	192	10,3%
15. Personeelsaanbod	Totaal aantal geregistreerde medisch specialisten	15331	15334	0,0%
	Totaal aantal agio's voor het eerst ingeschreven in het opleidingsregister	820	891	8,7%
	Aantal werkzame beroepsbeoefenaren in verpleging en verzorging	411.764	424.418	3,1%
16. Personeelstekorten	Moeilijk vervulbare vacatures (% banen van werknemers)	0,90%	1,10%	0,2%
17. Personeelstevredenheid	Mate van tevredenheid met huidige baan zorg-	86%	85%	-1,0%

Indicatoren	Onderwerp	2000	2001	%
	sector			
	Arbeidsbeleving welzijnssector	81%	84%	3,0%
	Ziekteverzuim cure	7,40%	6,40%	-1,0%
	Ziekteverzuim AWBZ	8,30%	7,60%	-0,7%
18. Substitutie beroepen	Aantal praktijkondersteuners	158	702	344,3%
	Afgestudeerde nurse practitioners Groningen	8	23	187,5%
19. Substitutie van plaats van zorg	Aantal mensen verpleeghuis intramuraal	56.500	56.757	0,5%
	Aantal mensen verpleeghuis dagbehandeling	4.600	3.822	-16,9%
	Aantal mensen verpleeghuis Zorg op maat	24.200	33.666	39,1%
	Aantal mensen verzorgingshuis dagverzorging	10.400	27.193	161,5%
	Aantal mensen verzorgingshuis extramuraal	17.700	18.750	5,9%
	Aantal mensen met een persoonsgebonden budget	16.300	26.753	64,1%
	Verpleegdagen intramuraal (geïndexeerd 1998=100)	92,4	91,8	-0,6%
	Deeltijdbehandelingsplaatsen in GGZ-instellingen (geïndexeerd 1998=100)	103,7	108,5	4,6%
<i>Innovatieperspectief</i>				
20. Research & development	Uitgaven aan projecten, experimenten en onderzoek van het Ministerie van VWS	16464	20129	22,3%
21. Diffusie innovaties	Samengestelde diffusie			

Indicatoren	Onderwerp	2000	2001	%
	vijf belangrijke innovaties ziekenhuizen			
	Samengestelde diffusie vijf belangrijke innovaties AWBZ			
22. Informatieinfrastructuur	Aantal elektronische patiëntendossiers			
23. Opleiding	Geraamde tekorten totaal zorg en welzijn over 5 jaar	6,90%	4,70%	-2,2%
24. Innovatieklimaat	Beleving innovatie professionals per sector en beroepsgroep			
25. Organisatorische innovatie	Ontwikkeling aantal huisartsenposten (HDS)	47	116	
26. Link met de industrie	Aantal Nederlandse patenten voor biotechnologie bij de European Patent Office (EPO)	138	138	0,0%
	Aantal Europees goedgekeurde patenten en toelatingen geneesmiddelen/innovaties			

Tabel 5 Aanvullende systeemindicatoren van de RVZ

Indicatoren	Onderwerp	2000	2001	%	Bronvermelding
<i>Aanvullende systeemindicatoren van de RVZ</i>					
3a. Effectiviteit curatieve zorg	Prevalentie decubitus algemene en academische ziekenhuizen (ongewogen)	18%	20%	2,0%	Universiteit van Maastricht, Landelijke Prevalentiemeting
	Aantal mensen dat langer dan treeknorm op opname moet wachten CZ		51%		Ministerie van VWS, Jaarbeeld Zorg 2002, Den Haag, 2003
	Aantal mensen dat langer dan treeknorm op dagopname moet wachten CZ		46%		Ministerie van VWS, Jaarbeeld Zorg 2002, Den Haag 2003
3b. Effectiviteit preventie	Samengestelde gezondheidsbeleving (schaal 1-5)	4,12	4,09	-0,7%	W. Groot, W.B.F. Brouwer en H.W. van Lienden (eds). Gezondheid, een kapitaal goed. Op naar een economie van de public health. Den Haag, Public Health Forum, 2003
	Samengestelde toename ongezond gedrag burgers (zwaar roken, zwaar drinken, ernstig overgewicht)	5,20%	7,40%	2,2%	CBS, Statline, 2003
	Aantal doden door privé omgevallen per 100.000 inwoners	13,7	15,9	16,1%	CBS, Statline, 2003
	Tienerzwangerschappen	2.503	2.686	7,3%	CBS, Statline, 2003

Indicatoren	Onderwerp	2000	2001	%	Bronvermelding
3c Effectiviteit GGZ	Levensverwachting in goede gezondheid	60,12	60,05	-0,1%	W. Groot, W.B.F. Brouwer en H.W. van Lienden (eds). Gezondheid, een kapitaal goed. Op naar een economie van de public health. Den Haag, Public Health Forum, 2003
	Aantal wachenden dat langer dan de treeknorm op opname moet wachten in de verstandelijkegehandicaptenzorg		88%		Ministerie van VWS, Jaarbeeld Zorg 2002, Den Haag, 2003
	Aantal wachenden dat langer dan de treeknorm op opname moet wachten in de lichamelijkegehandicaptenzorg		86%		Ministerie van VWS, Jaarbeeld Zorg 2002, Den Haag, 2003
4b Effectiviteit care	Aantal wachenden GGZ (exclusief forensische psychiatrie)	76681	76261	-0,5%	Ministerie van VWS, Jaarbeeld Zorg 2002, Den Haag, 2003
	Aantal mensen dat langer dan treeknorm op opname moet wachten V&V	81%	77%	-4,0%	Ministerie van VWS, Jaarbeeld Zorg 2002, Den Haag 2003
<i>Financieel perspectief</i>					
6. Vertical equity	Aantal mensen met een standaardpolis of een standaardpakketpolis (WTZ)	491.200	514.357	4,7%	Vektis, Zogmonitor 2002 en 2003, Zeist
	Kosten duurste 10 procent ziekenfondsverzekerden (risicosolidariteit)	70%			W. Groot, W.B.F. Brouwer en H.W. van Lienden (eds). Gezondheid, een

Indicatoren	Onderwerp	2000	2001	%	Bronvermelding
	2e compartiment)				kapitaal goed. Op naar een economie van de public health. Den Haag, Public Health Forum, 2003
	Procentueel gedeelte van AWBZ dat met eigen bijdragen wordt gefinancierd	10,20%	9,40%	-0,8%	Brief motie van Vroonhove-Kok AFP03-627 ministerie van Financiën
7. Financiële toegankelijkheid	Aftrekbaar bedrag bijzondere zorgkosten (mln.)	1200 mln	1545 mln	28,8%	Ministerie van Financiën AFP 2003-00627
	Aantal mensen dat geen Ziektekostenverzekering heeft (onverzekerden)	335.000	307.000	-8,4%	Verbond van Verzekeraars, Verzekerd van cijfers 2003, 2004
8. Kostenontwikkeling	Gerealiseerde uitgaven gezondheidsbevordering en preventie	0,8 mrd	0,8 mrd	0,0%	Ministerie van VWS, Jaarbeeld Zorg 2002, Den Haag, 2003
	Gerealiseerde uitgaven curatieve zorg	14,1 mrd	15,6 mrd	10,6%	Ministerie van VWS, Jaarbeeld Zorg 2001, Den Haag, 2002
	Uitgaven Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten	14,7 mrd	16,2 mrd	10,2%	Ministerie van VWS, Zorgnota 2003, Den Haag, 2002
	Volume groei zorguitgaven	4,3%	6,7%	2,4%	Ministeries van VWS en Financiën, Financiële bouwstenen zorg; rapportage voor de kabinetsformatie, Den Haag, 2003
9. Allocatieve efficiency	Personele en terrein- en gebouwgebonden kosten als percentage van de totale	62,63%	63,24%	0,6%	CBS, Vademecum gezondheidsstatistiek Nederland 2003, Voorburg, 2003

Indicatoren	Onderwerp	2000	2001	%	Bronvermelding
	kosten				
	Kosten verpleegen verzorgingshuiszorg per patiënt per jaar	33.288 in €	7.877 in €	13,8%	Centraal Administratiekantoor Bijzondere Zorgkosten, Jaaroverzicht 2001, Den Haag, 2002
	Kosten thuiszorg per patiënt per uur	27,9 in €	31,05 in €	11,1%	Centraal Administratiekantoor Bijzondere Zorgkosten, Jaaroverzicht 2001, Den Haag, 2002
	Kosten PGB's als percentage van totaal verpleging en verzorging	1,12%	2,01%	0,9%	Ministerie van VWS, Zorgnota 2003, Den Haag, 2002
	Diversiteit in zorginkoop (standaarddeviatie prijzen gecontracteerde DBC's)				
	Bezettingsgraad bedden AWBZ (excl. Verzorgingshuizen) (ongewogen)	94,8	94,3	-0,5%	
	Administratieve lastendruk (aantal na te leven beleidsregels)				
	Aantal fte's van specialisten per 10.000 patiënteneenheden	1,86	1,93	3,8%	IGZ, Effecten van de financiële toestand in algemene ziekenhuizen op de kwaliteit van zorg niet te meten, Den Haag, 2004
	Aantal fte's per 10.000 patiënteneenheden (arbeidsproductiviteit)	325	334	2,8%	IGZ, Effecten van de financiële toestand in algemene ziekenhuizen op de kwaliteit van zorg

Indicatoren	Onderwerp	2000	2001	%	Bronvermelding
	teit)				niet te meten, Den Haag, 2004
	Verpleeghuisopname of dagopname per fte uitvoering (arbeidsproductiviteit)	1,33	1,32	-0,8%	Ministerie van VWS, Brancherapport Care '98-'01, Den Haag, 2002
	Bewoners verzorgingshuis per fte uitvoering (arbeidsproductiviteit)	1,98	1,92	-3,0%	Ministerie van VWS, Brancherapport Care '98-'01, Den Haag, 2002
	Prijselasticiteit gezondheidszorg	-0,079	--	--	
<i>Bedrijfsvoeringsperspectief</i>					
10. Financiële marktpositie en marktconcentraties zorgverzekeraars	Standaarddeviatie van de groei/afname van het aantal verzekerden per ziekenfonds	3,20	2,69	-15,9%	CVZ rapportage (V&U/23023788 eigen berekening)
	Marktaandeel vijf grootste ziekenfondsen	58,0%	58,1%	0,1%	CVZ rapportage (V&U/23023788)
	In het buitenland gecontracteerde zorg door ziekenfondsen (mln.)	0,9	4,2	366,7%	CVZ, zorgcijfers 1998-2002
12. Kwaliteit	Aantal door de Inspectie ontvangen kwaliteitsjaarverslagen	2273	1665	-26,7%	IGZ, Jaarrapport 2001, Den Haag, 2002
13. Keuzemogelijkheden	Nieuw toegetreden aanbieders cure	33	2	-93,9%	Ministerie van VWS, Rijksbegroting 2004 VWS, Sdu, Den Haag, 2003
	Toetredingsbepemeringen (aantal afgegeven				Brancherapport care'98, '01 plus eigen berekening

Indicatoren	Onderwerp	2000	2001	%	Bronvermelding
<i>Innovatieperspectief</i>	vergunningen erkenningen en toelatingen)				
	21. Diffusie innovaties				
	Totaal gebruik flexizorgregeling (max 3%)	8,55 mln.	17,1 mln.	8,6%	Bron CVZ lasten en financiering ZFW 2001-2003 als % ziekenhuisbudget
	Standaarddeviatie gebruik flexizorg- regeling tussen verzekeraars	0,072	0,062	-13,9%	Bron CVZ lasten en financiering ZFW 2001-2003 als % ziekenhuisbudget
	Totaal gebruik zorgopmaat V&V (max 5%)	3,3%	4,3%	1,0%	CVZ, Zorgcijfers 1998-2002
	Kosten van auto- matisering in algemene zieken- huizen	74667 mln.	85701 mln.	14,8%	Nederlandse Vere- niging voor Zie- kenhuizen
23. Opleiding	Gemiddelde groei aantal personen in zorgopleidingen (excl. Welzijn)	-2,20%	1,0%	3,2%	OSA, Rapportage Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn 2002, Hoofdrapport, Utrecht, 2002
24. Innovatieklimaat	Totaal aantal beoordeelde onderzoeken in het kader van de Wet medisch- wetenschappelijk onderzoek	1804	1700	-5,8%	Centrale Commissie Mensgebonden Onderzoek, Jaar- verslag 2002, Den Haag, 2003

Tabel 6 Toelichting bij de Balanced scorecard

Indicator:	Toelichting:
Rak in % van het vermogen (niet-vreemd) Ziekenhuizen en Academische ziekenhuizen Rak in % van het vermogen (niet-vreemd) AWBZ	Gereguleerde concurrentie vraagt om versterking van de vermogensposities van de instellingen. Een groei van het eigen vermogen waarden we daarom positief
Aantal academische, algemene en categorale ziekenhuizen Aantal verpleeghuizen Aantal verzorgingshuizen Aantal thuiszorginstellingen	Het aantal instellingen is een proxy voor de marktconcentratiegraad. Veel instellingen betekend relatief lage marktconcentratie en is daarom positief
Aantal mensen verpleeghuis intramuraal Aantal mensen verpleeghuis dagbehandeling Aantal mensen verpleeghuis Zorg op maat Aantal mensen verzorgingshuis dagverzorging Aantal mensen verzorgingshuis extramuraal Aantal mensen met een persoonsgebonden budget Verpleegdagen intramuraal (geïndexeerd 1998=100) Deeltijdbehandelingsplaatsen in GGZ-instellingen (geïndexeerd 1998=100)	Community care, vermaatschappelijking, langer thuis wonen zijn beleidsdoelstellingen. We meten dit door de toename van de extramurale zorg, respectievelijk afname intramurale zorg

Tabel 7 Toelichting bij de aanvullende systeemindicatoren

Indicator:	Toelichting:
Aantal mensen met een standaardpolis of een standaardpakketpolis (WTZ)	De WTZ is het vangnet van de particuliere verzekering. Snelle toename is negatief omdat dit duidt op verminderde toegankelijkheid
Procentueel gedeelte van AWBZ dat met eigen bijdragen wordt gefinancierd	Hoe meer van de AWBZ door betrokkenen zelf moet worden gefinancierd, hoe hoger de toegangsbarrière. Daarom is een groei negatief gewaardeerd.
Aftrekbaar bedrag bijzondere zorgkosten (mln.)	Toename is negatief omdat deze indicator is van gedwongen groei gezinsbestedingen aan zorg
Gerealiseerde uitgaven curatieve zorg`	Te snelle kostenstijging is negatief
Personele en terrein- en gebouwgebonden kosten als percentage van de totale kosten	Vaste kosten zijn moeilijk beïnvloedbaar in de nabije toekomst. Dit wordt als negatief gewaardeerd.

Indicator:	Toelichting:
Concurrentie ziekenfondsen (gemiddelde groei/afname % verzekerden per ziekenfonds en (standaarddeviatie))	Afnemende SD betekend dat de groei/afname van verzekerde tussen de ZF harmoniseert. Dit duidt op afnemende concurrentie.
Marktaandeel vijf grootste ziekenfondsen	Toename van marktaandeel 5 grootste ZF is negatief omdat dit concurrentie belemmert
In het buitenland gecontracteerde zorg door ziekenfondsen (mln.)	Toename van in buitenland gecontracteerde zorg is positief omdat dit concurrentie bevordert
Nieuw toetreden aanbieders cure	Toename van # aanbieders is positief omdat dit concurrentie bevordert

Noten

- ¹ We hebben van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport de beschikking gekregen over de zesentwintig plannen van aanpak die zij gemaakt hebben om een vervolg te geven aan de indicatoren uit het rapport 'Bakens zetten.'
- ² Deze keuze betekent dat sommige indicatoren een signaal geven dat intuïtief niet direct logisch is. Denk bijvoorbeeld aan het teruglopen van de gezonde levensverwachting met 0,1% tot 60,05 jaar (groen) of de daling van arbeidsproductiviteit in de ziekenhuizen met 2,8% (oranje). Veel mensen beoordelen dit waarschijnlijk als duidelijke verslechtingen, zeker in een periode van één jaar.
- ³ Bevat een indicator een drietal subindicatoren dan telt elke van deze subindicatoren voor 33,3% mee in de score van de hoofdindicator.
- ⁴ Hier blijkt goed het arbitraire karakter van de keuzes die we hebben gemaakt bij de normstelling. De gezonde levensverwachting daalt weliswaar heel licht (binnen onze norm van 0,5%, maar intuïtief zullen veel mensen dit toch als een belangrijk probleem zien.

Bijlage 5

Deelnemers invitational conference 'Een balanced scorecard voor de gezondheidszorg' d.d. 16 december 2003

- De heer H.D. Albeda
Stichting Rekenschap
- De heer G. ten Asbroek
Academisch Medisch Centrum
- De heer drs. M.J. Boereboom
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
- De heer drs. E.A. Bolhuis
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
- Mevrouw Th.L. Blom-de Koot van Leeuwen
ANBO
- De heer drs. T.P. Eijzenbach
Ministerie van Financiën
- De heer O. van Hilten
CBS
- Mevrouw H. van der Hoeven
NPCF
- De heer drs. E. ten Holte
Arcades
- De heer drs. P.P.T. Jeurissen
Raad voor de Volksgezondheid en Zorg
- De heer drs. J. Geelhoed
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
- Mevrouw M.J.M. Le Grand-van den Bogaard
Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

- De heer drs. F.C.A. Jaspers
AZG
- De heer mr. J.P. Kasdorp
Raad voor de Volksgezondheid en Zorg
- Mevrouw ir. J.M. Leemhuis-Stout
NVZ
- De heer F.W.J. Lieber
GGD-ZH-eilanden
- Mevrouw mr. M.W. de Lint
Raad voor de Volksgezondheid en Zorg
- De heer J.M.J.M. Maas
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
- Mevrouw E. Mulder
Geestelijke Gezondheidszorg Nederland
- De heer drs. M.J. van Rijn
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
- De heer drs. F.B.M. Sanders
Raad voor de Volksgezondheid en Zorg
- Mevrouw L. Suurland
Deloitte
- Mevrouw dr. I.S.Y. Vromans
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
- De heer mr. dr. T.A.M. Witteveen
Stichting Bartiméus
- De heer drs. M.C. van Zandwijk
Het Expertise Centrum

Bijlage 6

Stemresultaten invitational conference 'Een balanced scorecard voor de gezondheidszorg' d.d. 16/12/2003

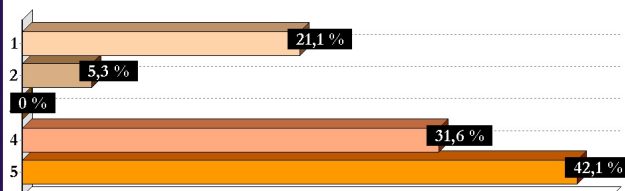
Voor de pauze



Raad voor de Veiligheid & Zorg

I. Vertegenwoordigt u:

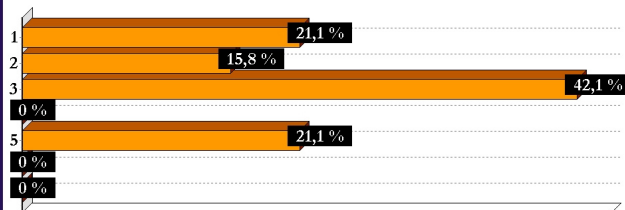
- 1) Aanbieders (cure & care)
- 2) Patiënten
- 3) Verzekeraar
- 4) Het ministerie van VWS
- 5) Anders



Raad voor de Veiligheid & Zorg

II. Zijn voor u de doelstellingen van VWS met het project BSC duidelijk? Ja, namelijk:

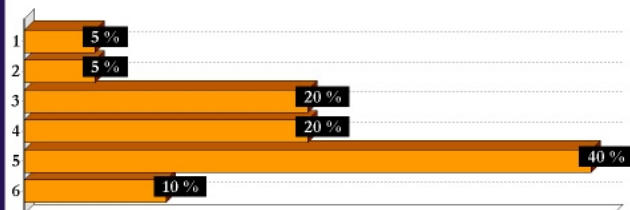
- 1) Monitoring van het totale veld
- 2) Publieke verantwoording
- 3) Besturing door VWS van het gehele systeem
- 4) Management informatie voor VWS intern
- 5) Wel van gehoord maar niet duidelijk
- 6) Ken het project niet
- 7) Anders





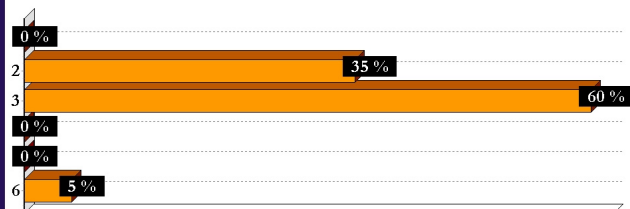
III. Wat is de rol van de overheid in de gezondheidszorg nu vooral

- 1) Toezichthouder
- 2) Marktmeester
- 3) Borger van publieke belangen
- 4) Financier
- 5) Bepaler
- 6) Anders



IV. Wat zou de rol van de overheid in de gezondheidszorg vooral moeten zijn?

- 1) Toezichthouder
- 2) Marktmeester
- 3) Borger van publieke belangen
- 4) Financier
- 5) Bepaler
- 6) Anders

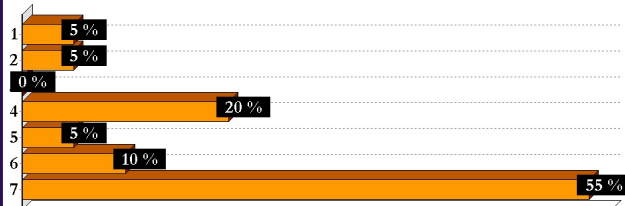




Raad voor de Volksgezondheid & Milieu

V. Waar zit de winst van prestatiemeting vooral (maximale winst met beheersbare kosten, 3-5 jaar)

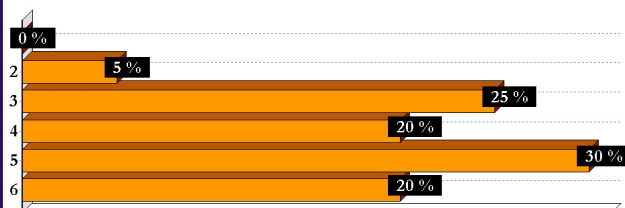
- 1) Regelgeving / lastendruk
- 2) Klanttevredenheid
- 3) Samenwerking door partijen in het veld
- 4) Inzicht in eigen effectiviteit van de partijen in
- 5) Innovatie
- 6) Kosten gezondheidszorg
- 7) Anders



Raad voor de Volksgezondheid & Milieu

VI. Wat is volgens u een realistische aanpak (3-5 jaar):

- 1) Één integrale oplossing voor de gezondheidszorg
- 2) Deeloplossingen per sector en/of segment
- 3) Deeloplossingen, wel op basis van standaarden (tbv toekomst)
- 4) Reeds beschikbare detailinformatie als basis, optellen tot op systeemniveau
- 5) Parallele aanpak: BSC op systeemniveau en deeloplossingen
- 6) Anders



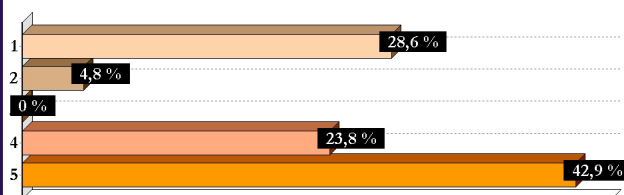
Na de pauze



Raad voor de Veiligheid & Zorg

I. Vertegenwoordigt u:

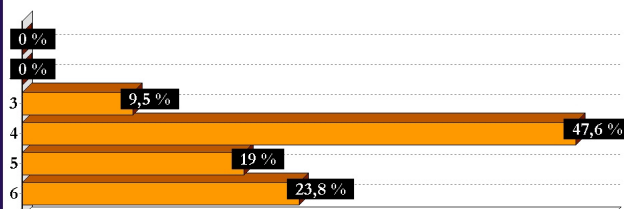
- 1) Aanbieders (cure & care)
- 2) Patiënten
- 3) Verzekeraar
- 4) Het ministerie van VWS
- 5) Anders



Raad voor de Veiligheid & Zorg

VII. Wat vindt u van de organisatie van de informatie in de gezondheidszorg zoals die nu is:

- 1) Informatie hoeft niet georganiseerd te worden
- 2) Is erg belangrijk, en is goed geregeld
- 3) Is erg belangrijk, maar ontbreekt
- 4) Is erg belangrijk, maar is versnipperd
- 5) Is erg belangrijk, maar er is een gebrek aan standaardisatie
- 6) Anders

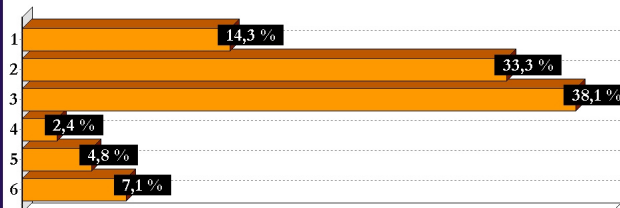




Recht voor de Veiligheidszorg & Zorg

VIII. Aan welke condities moet voldaan zijn voor implementatie van prestatiemeting (1e en 2e keus):

- 1) Communicatie
- 2) Heldere doelstellingen
- 3) Overeenstemming over de te hanteren indicatoren
- 4) Geen extra structurele kosten
- 5) Duidelijkheid over maatregelen bij afwijkingen (veiligheid)
- 6) Anders

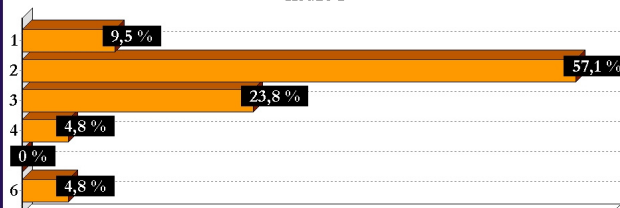


Recht voor de Veiligheidszorg & Zorg

VIII. Aan welke condities moet voldaan zijn voor implementatie van prestatiemeting (1e en 2e keus):

- 1) Communicatie
- 2) Heldere doelstellingen
- 3) Overeenstemming over de te hanteren indicatoren
- 4) Geen extra structurele kosten
- 5) Duidelijkheid over maatregelen bij afwijkingen (veiligheid)
- 6) Anders

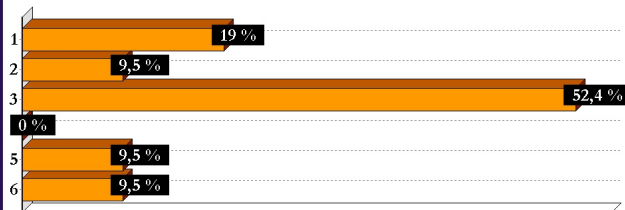
Keuze 1



VIII. Aan welke condities moet voldaan zijn voor implementatie van prestatiemeting (1e en 2e keus):

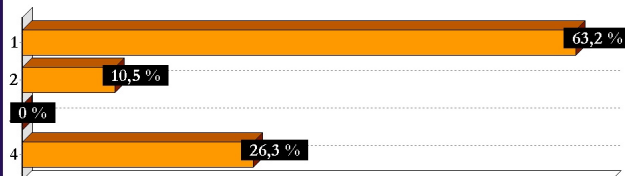
- 1) Communicatie
- 2) Helderere doelstellingen
- 3) Overeenstemming over de te hanteren indicatoren
- 4) Geen extra structurele kosten
- 5) Duidelijkheid over maatregelen bij afwijkingen (veiligheid)
- 6) Anders

Keuze 2



IX. Wie is probleemeigenaar als het gaat om informatie over prestaties:

- 1) Iedere partij voor de eigen informatie, VWS op abstract systeemniveau (gezondheidszorg)
- 2) VWS alleen procesverantwoordelijk, dus voor initiatief, voortgang en draagvlak
- 3) VWS is verantwoordelijk voor het informatiebouwwerk in de gezondheidszorg
- 4) Anders



Bijlage 7

Lijst van afkortingen

AWBZ	Algemene wet bijzondere ziektekosten
bsc	balanced scorecard
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
CIHI	Canadian Institute for Health Information
CTG	College Tarieven Gezondheidszorg
DBC	diagnose behandelcombinatie
DOH	Department of Health
EU	Europese Unie
ggz	geestelijke gezondheidszorg
HHI	Herfindahl-Hirschman Index
IBE	Innovatie, Beroepen en Ethiek
ICT	Informatie- en Communicatietechnologie
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
NHS	National Health Service
Nivel	Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
OPB	Oregon Progress Board
PAF	Performance assessment framework
RIVM	Rijksinstituut voor volksgezondheid en milieuhygiëne
RVZ	Raad voor de Volksgezondheid en Zorg
VBTB	Van Beleidsbegroting tot Beleidsverantwoording
VTV	Volksgezondheid Toekomstverkenningen
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WHO	World Health Organisation
WZV	Wet Ziekenhuisvoorzieningen
ZBO	Zelfstandig Bestuursorgaan

Bijlage 8

Literatuur

Administratie Planning en Statistiek. Administratie Planning en Statistiek. Opvolgen en evalueren van het beleid. Brussel: Administratie Planning en Statistiek, 2002.

Albeda, H.D. 10 voor meten, 5 voor gebruik: over prestatie-meting en monitoring. Amsterdam: Stichting Rekenschap, 2002.

Arverson, P. Building a Government balanced scorecard: phase 2, implementation and automation. Balanced scorecard Institute, 2003. www.balancedscorecard.org/files/bsc-govt_phase2-03.pdf

Boyne, G.A., et al. Evaluating Public Management Reforms. Open Univeristy Press, 2003.

Boyle, R. Developing an integrated performance measurement framework for the irish civil service (discussion paper 3). Dublin: Committee for Public Management Research, 1997.

Bouckaert G., D. Hoet en W. Ulens. Prestatiemeetsystemen in de overheid: een internationale vergelijking. Brugge: Die Keure, 2003.

Bouckaert, G. en N. Thijs. Kwaliteit in de overheid: een handboek voor kwaliteitsmanagement in de publieke sector op basis van een internationaal comparatieve studie. Gent: KU Leuven, 2003.

Bouckaert G, B. de Peuter en W. van Dooren. Meten en vergelijken van lokale bestuurlijke ontwikkeling: een monitoringsysteem voor het lokaal bestuur in Vlaanderen. Brugge: Die Keure, 2003.

Bouckaert, G. en T. Auwers. Prestaties meten in de overheid. Brugge: Die Keure, 1998.

Bulthuis H., K. Mijland en A.A. de Waal. Valkuilen bij de invoering van de balanced scorecard: houd rekening met de menselijke factor bij verbetering managementrapportage. Tijdschrift Leidinggeven & Organiseren, 48, 1998, no. 2.

Bijlert, J.B.W. van en H.D. Albeda. Transparantie doorzien: op zoek naar de burger als adviseur. Amsterdam: Stichting Reken-schap, 2002.

Dael, R. van, W. van Gelder en A. Jonk. Het resultaat geteld: over verantwoording en informatievoorziening. Den Haag: Het Expertise Centrum, 2000.

De slaag- en faalfactoren: prestatie-management in de praktijk. Kwaliteit in bedrijf, 2002, no. 4, p. 6-9.
www.andredewaal.nl/interviews/webarticle-kib-pma

Department Algemene Zaken en Financiën, Administratie Planning en Statistiek. Inhoud en draagwijdte van strategische planning, 1999.
www.aps.vlaanderen.be/straplan/methoden/inhoud.doc

Department of Finance. Management Information Framework. Performance Indicators: a User's Guide. Dublin: Department of Finance, 2001.

Department of Finance and Administration. The Outcomes and Outputs Framework: Guidance Document. Parks Act: Department of Finance and Administration, 2000.
www.finance.gov.ie.

Department of the taoiseach. Delivering better government: second report to government of the co-ordinating group of secretaries - a programme of change for the irish civil service. 1996. www.bettergov.ic.

Dyer, B. The Oregon Option: Early Lessons from a Performance Partnership on Building Results-Driven Accountability. Alliance for redesigning Government, 1996.

Grijpstra, D. Evaluatie van beleidsmaatregelen: outcome of good practice? Research voor beleid bv., 2002, no. 3, p. 1-8.

Hartmans, R. De makelbare samenleving. De Groene Amsterdammer, 125, 2001, no. 36.

HM Treasury. Planning sustainable public spending: lessons from previous policy experience. 2000. www.hm-treasury.gov.uk.

Jansen, R.E. Besturen met prestatie-indicatoren - vormen, eisen, risico's - 2001. home-4.tiscali.nl/~t379071/.

Joyce, P. en S. Sieg. Using Performance Information for Budgeting: Clarifying the Framework and Investigating Recent State Experience. In: proceedings of the 2000 Symposium of the Center for Accountability and Performance, American Society for Public Administration. Washington: ASPA, 2000.

Managing Departments for Results and Managing Horizontal Issues for Results. In: Report of the Auditor General of Canada. Ottawa: Auditor General of Canada, 2000.

Ministerie van Financiën. Prestatiegegevens en beleidsevaluatie bij de rijksoverheid: van ontwikkeling naar gebruik. Den Haag: ministerie van Financiën, 2002.

Ministerie van Financiën. Van Beleidsbegroting tot Beleidsverantwoording. Den Haag: ministerie van Financiën, 2002.

National Partnership for Reinventing Government. Balancing Measures: best practices in performance management. National Partnership for Reinventing Government, 1999.

OECD. Overview of key performance management issues, 2001. www.oecd.org.

OECD. International Benchmarking Experiences from OECD Countries. Kopenhagen: OECD, 1997.

PA Consulting Group. Evaluation of the Progress of the Strategic Management Initiative/Delivering Better Government Modernisation Programme. In: Evaluation of Strategic Management Initiative. Dublin: PA Consulting Group, 2002.

Pollitt, Ch. en G. Bouckaert. Public management Reform: A Comparative Analysis. Oxford University Press, 1999.

Procurement Executives Association. Guide to a Balanced Scorecard Performance Management Methodology. USA: PEA, 1997.

Raad voor het Openbaar Bestuur. Trias informatica: ICT en overheid in vogelvlucht. Den Haag: ROB, 2003.

Sociaal en Cultureel Planbureau. Bedreven en gedreven: een heroriëntatie op de rol van de Rijksoverheid in de samenleving. Den Haag: SCP, 2001.

Steering Group Managing for Outcomes Roll-out. Managing for outcomes guidance for department. Wellington: Steering Group Managing for Outcomes Roll-out, 2002.

Treasury Board of Canada Secretariat. Study of the Evaluation Function in the Federal Government. Ottawa, TBS, 2000.

Tweede Kamer der Staten Generaal. Vaststelling van de begrotingsstaat van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport voor het jaar 2004: voostel van wet. Den Haag: Sdu Uitgevers, vergaderjaar 2003-2004. No. 29200 XVI.

Waal, A.A. de en P. Jansen. Falen van prestatie management bij de overheid. M@n@gement, 2003.

Waal, A.A. de en L. Kerklaan. Op weg naar de prestatiegedreven overheidsorganisatie . In: Holland Consulting Group. De resultaatgerichte overheid. Amsterdam: HCG, 2002.

Waal, A.A. de. De toekomst van balanced scorecard: een interview met prof. dr. Robert S. Kaplan. Management Control & Accounting, 2002, p. 1-7.

Wassenaar, M.C. en P.G.J. Scholten. Ontwikkelingen in het begrotingsbeleid in het Verenigd Koninkrijk. Openbaar bestuur, 10, 2000, no. 9, p. 26-28.

ZorgOnderzoek Nederland en Medische Wetenschappen. Prestatie-indicatoren voor de kiezende zorggebruiker. Den Haag: ZonMW, 2003.

Bijlage 9

Overzicht publicaties RVZ

De publicaties t/m 02/08 zijn te bestellen door overmaking van het verschuldigde bedrag op bankrekeningnummer 19.23.24.322 t.n.v. VWS te Den Haag, o.v.v. RVZ en het desbetreffende publicatienummer. M.i.v. publicatienummer 02/09 zijn de publicaties te bestellen via de website van de RVZ (www.rvz.net) of telefonisch via de RVZ (079 3 68 73 11).

Adviezen en achtergrondstudies

04/04	De Staat van het Stelsel: achtergrondstudies	€	15,00
04/03	Prestatieinformatie in het zorgsysteem (achtergrondstudie bij het advies De Staat van het Stelsel)	€	15,00
04/02	Indicatoren in een zelfsturend systeem, prestatieinformatie voor systeem, toezicht, beleid en kwaliteit (achtergrondstudie bij het advies De Staat van het Stelsel)	€	15,00
04/01	De Staat van het Stelsel	€	15,00
03/15	Acute zorg (achtergrondstudie)	€	15,00
03/14	Acute zorg	€	15,00
03/13	Gemeente en zorg (achtergrondstudie bij het advies Gemeente en zorg)	€	15,00
03/12	Gemeente en zorg	€	15,00
03/10	Kiezen in de gezondheidszorg (achtergrondstudie bij het advies Marktconcentraties in de ziekenhuis zorg)	€	15,00
03/09	Marktconcentraties in de ziekenhuissector (achtergrondstudie bij het advies Marktconcentraties in de ziekenhuiszorg)	€	15,00
03/08	Marktconcentraties in de ziekenhuiszorg	€	15,00
03/07	Internetgebruiker en kiezen van zorg (resultatenonderzoek bij het advies Van patiënt tot klant)	€	15,00
03/06	Zorgaanbod en cliëntenperspectief (achtergrondstudie bij het advies Van patiënt tot klant)	€	15,00
03/05	Van patiënt tot klant	€	15,00
03/04	Marktwerking in de medisch specialistische zorg: achtergrondstudies	€	15,00
03/03	Anticiperen op marktwerking (achtergrondstudie bij het advies Marktwerking in de medisch specialistische zorg)	€	15,00

03/02	Health Care Market Reforms & Academic Hospitals in international perspective (achtergrondstudie bij het advies Marktwerking in de medisch specialistische zorg)	€	15,00
03/01	Marktwerking in de medisch specialistische zorg	€	15,00
02/19	Consumentenopvattingen over taakherschikking in de gezondheidszorg (achtergrondstudie bij het advies Taakherschikking in de gezondheidszorg)	€	15,00
02/18	Juridische aspecten van taakherschikking (achtergrondstudie bij het advies Taakherschikking in de gezondheidszorg)	€	15,00
02/17	Taakherschikking in de gezondheidszorg	€	15,00
02/15	Gezondheid en gedrag: debatten en achtergrondstudies (achtergrondstudies en debatverslagen bij het advies Gezondheid en gedrag)	€	15,00
02/14	Gezondheid en gedrag	€	15,00
02/13	De biofarmaceutische industrie ontwikkelingen en gevolgen voor de gezondheidszorg (achtergrondstudie bij Biowetenschap en beleid)	€	15,00
02/12	Achtergrondstudie Biowetenschap en beleid	€	15,00
02/11	Biowetenschap en beleid	€	15,00
02/10	Want ik wil nog lang leven (achtergrondstudie bij Samenleven in de samenleving)	€	15,00
02/09	Samenleven in de samenleving (incl. achtergrondstudies NIZW, Bureau HHM op CD-ROM)	€	15,00
02/07	Internetgebruiker, arts en gezondheidszorg (resultaten onderzoek bij E-health in zicht)	€	15,00
02/06	Inzicht in e-health (achtergrondstudie bij E-health in zicht)	€	15,00
02/05	E-health in zicht	€	15,00
02/04	Professie, profijt en solidariteit (achtergrondstudie bij Winst en gezondheidszorg)	€	15,00
02/03	Meer markt in de gezondheidszorg (achtergrondstudie bij Winst en gezondheidszorg)	€	15,00
02/02	'Nieuwe aanbieders' onder de loep: een onderzoek naar private initiatieven in de gezondheidszorg (achtergrondstudie bij Winst en gezondheidszorg)	€	15,00
02/01	Winst en gezondheidszorg	€	15,00
01/11	Kwaliteit Resultaatanalyse Systeem (achtergrondstudie bij Volksgezondheid en zorg)	€	13,61
01/10	Volksgezondheid en zorg	€	13,61
01/09	Nieuwe gezondheidsrisico's bij voeding (achtergrondstudie bij Gezondheidsrisico's voorzien, voorkomen en verzekeren)	€	13,61

01/08	Verzekerbaarheid van nieuwe gezondheidsrisico's (achtergrondstudie bij Gezondheidsrisico's voorzien, voorkomen en verzekeren)	€	13,61
01/07	Gezondheidsrisico's voorzien, voorkomen en verzekeren	€	13,61
01/05	Technologische innovatie in zorgsector (verkennde studie)	€	11,34
01/04E	Healthy without care	€	9,08
00/06	Medisch specialistische zorg in de toekomst (advies en dossier)	€	19,29
00/05	Himmelhoch jauchzend, zum Tode betrübt (essay)	€	6,81
00/04	De rollen verdeeld: achtergrondstudies (achtergrondstudie bij De rollen verdeeld)	€	13,61
00/03	De rollen verdeeld	€	13,61

Bijzondere publicaties

04/05	Tot de klant gericht (conclusies van de invitational conference Van Patiënt tot Klant)	€	15,00
03/11	De wensen van zorgcliënten in Europa	€	15,00
02/16	Gezondheidszorg en Europa: een kwestie van kiezen	€	15,00
01M/02	Meer tijd en aandacht voor patiënten? Hoe een nieuwe taakverdeling kan helpen		gratis
01M/01E	E-health in the United States	€	11,34
01M/01	E-health in de Verenigde Staten	€	9,08
01/03	Publieksversie Verzekerd van zorg	€	6,81
01/02	De RVZ over het zorgstelsel	€	9,08
01/01	Management van beleidsadvisering	€	11,34

Signalementen

Sig 03/01	Exploderende zorguitgaven	€	15,00
-----------	---------------------------	---	-------

Publicaties Centrum Ethiek en Gezondheid

	Signalering Ethiek en Gezondheid 2003		gratis
	De vertwijfeling van de mantelmeeuw		gratis

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

Postbus 7100
2701 AC Zoetermeer
Tel 079 368 73 11
Fax 079 362 14 87
E-mail mail@rvz.net
URL www.rvz.net

Colofon

Ontwerp: 2D3D, Den Haag
Fotografie: Eric de Vries
Druk: Quantes, Rijswijk
Uitgave: 2004
ISBN: 90-5732-131-9

U kunt deze publicatie bestellen via onze website (www.rvz.net) of telefonisch via de RVZ (079 3 68 73 11) onder vermelding van publicatienummer 04/01. De prijs van de publicatie is € 15,00.

© Raad voor de Volksgezondheid en Zorg