

De Staat van het Stelsel: achtergrondstudies

Prestatieinformatie in het zorgsysteem

Drs. P.P.T. Jeurissen

Overeenstemming tussen beleid en beleidsstructuur

Mw. mr. M.W. de Lint

Achtergrondstudies uitgebracht door de Raad voor de Volks-
gezondheid en Zorg bij het advies De Staat van het Stelsel

Zoetermeer, 2004

Inhoudsopgave

Prestatieinformatie in het zorgsysteem	5
<i>Drs. P.P.T. Jeurissen</i>	
Inhoudsopgave	7
1 Inleiding en leeswijzer	9
2 Prestatieinformatie en de balanced scorecard	15
3 De betekenis van prestatieinformatie voor het beleid	28
4 Prestatieinformatie in andere zorgsystemen	42
5 De plaats van de balanced scorecard in de praktijk van bestuur en beleid	62
Overeenstemming tussen beleid en beleidsstructuur	81
<i>Mv. mr. M.W. de Lint</i>	
Inhoudsopgave	83
1 Inleiding	85
2 Onderzoeksopzet	87
3 Onderzoeksbevindingen	88
4 Analyse en conclusies	102
Bijlage	
Overzicht publicaties RVZ	113

Prestatieinformatie in het zorgsysteem

Drs. P.P.T. Jeurissen

Inhoudsopgave

Prestatieinformatie in het zorgsysteem

1	Inleiding en leeswijzer	9
1.1	Het zorgsysteem in ‘zwaar weer’	9
1.2	Een balanced scorecard voor de navigatie van de gezondheidszorg	10
1.3	Onderzoeksvragen	11
1.4	Leeswijzer	13
2	Prestatieinformatie en de balanced scorecard	15
2.1	Inleiding	15
2.2	Wat is prestatieinformatie?	15
2.3	‘Harde’ prestatieinformatie	16
2.4	‘Zachte’ prestatieinformatie	19
2.5	De huidige balanced scorecard en de bestaande prestatieinformatie	21
2.6	Conclusies	25
3	De betekenis van prestatieinformatie voor het beleid	28
3.1	Inleiding	28
3.2	Casus 1: Marktconcentraties in de ziekenhuissector	29
3.3	Casus 2: Meerjarenafspraken in de zorg	34
3.4	Conclusies	39
4	Prestatieinformatie in andere zorg-systemen	42
4.1	Inleiding	42
4.2	Casus 1: Oregon: prestatieinformatie voor maatschappelijke inspiratie	43
4.3	Casus 2: De National Health Service, prestatieinformatie voor betere resultaten?	49
4.4	Conclusies	57
5	De plaats van de balanced scorecard in de praktijk van bestuur en beleid	62
5.1	Inleiding	62
5.2	Prestatiemanagement en systeemverantwoordelijkheid	63
5.3	Systeeminformatie en actoren	68
5.4	De plaats van de balanced scorecard in de praktijk van bestuur en beleid	71
5.5	Samenvatting	74
	Bijlagen	
	Literatuur	77
	Noten	80

1 Inleiding en leeswijzer

1.1 Het zorgsysteem in 'zwaar weer'

De gezondheidszorg bevindt zich in een periode van ongeken- de turbulentie. Ons zorgsysteem, dat jarenlang tot de top in de wereld behoorde, kampt inmiddels met verminderende presta- ties. De World Health Organization (WHO) heeft in haar rapport over 2000 de prestaties van zorgsystemen geïnventari- seerd. Nederland kwam daarbij niet verder dan de zeventiende plek (WHO, 2000). De traditionele koppositie die ons land binnen Europa innam op het terrein van de gemiddelde le- vensverwachting, dreigt zelfs binnen enkele jaren tot een staartpositie te vervallen (Platform openbare gezondheidszorg, 2000).

De Tweede Kamer heeft bovendien twijfels of de vele extra miljarden, die sinds de tweede helft van de jaren negentig in de gezondheidszorg zijn gepompt wel effectief zijn. Zij is daarom begonnen met een parlementair onderzoek naar de zorguitga- ven. Hiernaast is voor steeds meer actoren duidelijk dat het uit de Tweede Wereldoorlog daterende verzekeringsstelsel aan een grondige revisie toe is.

Het nieuwe stelsel moet niet alleen houdbaar zijn ten opzichte van de Europese regelgeving, maar moet ook bijdragen aan een nieuw evenwicht tussen de doelstellingen van doelmatig- heid en solidariteit. Bovendien moet het zorgsysteem ook een aantal belangrijke exogene trends snel accommoderen zoals de komst van e-health, ICT, taakherschikking, vraagsturing, ke- tenzorg en dergelijke. Al deze turbulentie stimuleert bij be- leidmakers en andere stakeholders meer en meer de behoefte aan betrouwbare informatie over de prestaties van het zorgsys- teem.

Er wordt bovendien naar nieuwe wegen gezocht om de doel- matigheid en transparantie in de zorg te verbeteren. Prestatie- informatie over zorgsystemen mag zich daarom verheugen in een brede belangstelling. Inmiddels is bijna de helft van de leden van de OECD bezig met het ontwikkelen van een of andere vorm van prestatieinformatie (Hurst en Jee-Hughes, 2000). Prestatieinformatie kan bijvoorbeeld worden gebruikt voor:

- transparantie voor externe stakeholders;
- stimuleren marktmechanisme;

- sturingsinformatie voor de centrale overheid;
- stimuleren van betere prestaties;
- aanbieden van 'public health' data (Mannion en Goddard, 2002).

Nederland loopt internationaal bepaald niet voorop met het ontwikkelen van prestatieinformatie in de zorg. Recentelijk is er echter vrij plotseling een veelheid van initiatieven opgestart. Deze richten zich bijvoorbeeld op de patiënt (zorginkoopmonitor), de zorgverzekeraar (report card), de kwaliteit van het ziekenhuis (inspectie) of de doelmatigheid van een bedrijfstak (benchmarking).

Er ontbreekt tot dusver echter nog een meetinstrument voor de prestaties van de totale gezondheidszorg. Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport is van plan om zelf in deze lacune te voorzien en gaat de prestaties van de Nederlandse gezondheidszorg meten. Zij wil hiervoor een balanced scorecard voor de gezondheidszorg ontwikkelen.

1.2 Een balanced scorecard voor de navigatie van de gezondheidszorg

De balanced scorecard is in 1992 door Kaplan en Norton ontwikkeld als een managementinformatie-instrument voor het bedrijfsleven. Centraal idee bij de balanced scorecard is dat niet enkel wordt gekeken naar de financiële gegevens van een bedrijf. Kaplan en Norton gaan namelijk uit van een bredere insteek met indicatoren op een viertal terreinen, namelijk dat van de consumenten, de financiën, de bedrijfsvoering en tot slot de innovatie. Het idee achter de balanced scorecard is die een bedrijf op al deze vier terreinen goed moet scoren om optimaal te functioneren (Kaplan en Norton, 1992). Het is waarschijnlijk niet geheel toevallig dat deze indeling op een natuurlijke wijze aansluit bij de vier centrale stafafdelingen die elke grotere onderneming heeft, namelijk: marketing, controlling, personeel en organisatie en research en development.

De balanced scorecard is sinds haar introductie een groot succes geworden die ook buiten het midden- en kleinbedrijf, waar zij oorspronkelijk vooral voor was bedoeld, veel toepassing heeft gevonden. Inmiddels zijn er ook veel zorginstellingen die gebruik maken van een (variant op de) de balanced scorecard (Strootman, 1999; Cleverly, 2001).

Overheden maken op dit moment echter nog slechts sporadisch gebruik van de balanced scorecard. Ze doen dat dan meestal met de bedoeling om een (grote) groep van instellingen of regio's te benchmarken (Pink et al., 2001; Zelman et al., 2003). Er ontstaat dan min of meer een systeem met spiegelen keuzeinformatie op basis van de ideeën achter de balanced scorecard. Mooie voorbeelden hiervan zijn de rapporten van het *Canadian Institute for Health Information* over de prestaties van de ziekenhuizen in Ontario (CIHI, 2002) of van de prestatie indicatoren van de NHS (DOH, 2003).

Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft nu het voornemen om de balanced scorecard methodiek te gebruiken voor een raamwerk van prestatieindicatoren voor het hele Nederlandse zorgsysteem (Delnoij et al., 2002). Deze balanced scorecard gaat primair over de prestaties van het zorgsysteem op het macroniveau. Het wordt dus geen instrument dat de prestaties op meso- of microniveau moet monitoren, hoewel de methodiek zich daar misschien wel beter voor leent. De balanced scorecard moet zowel de beleidssturing als de beleidsverantwoording expliciet versterken. De literatuur maakt duidelijk dat hier naast de communicatieve functie ook een belangrijke functie van prestatieinformatie is (Schrootman, 1999). De balanced scorecard zal gaan bestaan uit zesentwintig indicatoren, die momenteel door het departement worden ontwikkeld. Tabel 1 vat de actuele stand van dit ontwikkeltraject samen. Als we in deze notitie spreken over “*de (huidige) balanced scorecard*” bedoelen we de plannen zoals het ministerie van VWS ze op dit moment heeft. Hiernaast kan de term balanced scorecard ook in meer algemene zin worden gebruikt. In deze notitie wordt dan gesproken over “*een balanced scorecard*”.

1.3 Onderzoeksvragen

Het doel van deze achtergrondstudie is te kijken naar de huidige beschikbare prestatieinformatie en het gebruik daarvan in het beleidsproces, alsmede de positie en rol die de huidige balanced scorecard hierin kan vervullen. Hieruit volgt een drietal vragen:

(1) Welke bestaande prestatieinformatie is in potentie relevant voor de ontwikkeling van een balanced scorecard?

De balanced scorecard zal ongetwijfeld gebruik maken van veel al bestaande prestatieinformatie. Tegelijkertijd zal zij in de

toekomst een zelfstandige bron van prestatieinformatie vormen. Het is daarom relevant te weten hoe de invulling van de huidige balanced scorecard zich verhoudt tot de al bestaande prestatieinformatie. We moeten hiervoor natuurlijk eerst een inzicht krijgen in wat het begrip prestatieinformatie nu eigenlijk precies inhoudt. Vervolgens is een typering van de huidige prestatieinformatie in de Nederlandse gezondheidszorg noodzakelijk. Welke prestatieinformatie heeft de overheid momenteel tot haar beschikking? Deze moet daarna worden geconfronteerd met de plannen voor de balanced scorecard. Dan ontstaat er een beeld over de concrete haalbaarheid van deze balanced scorecard op dit moment en of deze ook iets toevoegt aan de bestaande vormen van prestatieinformatie. Kan men bijvoorbeeld met dit instrument zien of de zorg op koers ligt en kan men met deze informatie ook daadwerkelijk de zorg sturen.

(2a) Hoe wordt prestatieinformatie in de bestuurlijke praktijk van de Nederlandse gezondheidszorg gebruikt?

Het is ook noodzakelijk om inzicht te krijgen in de mogelijke werking van een balanced scorecard in de bestuurlijke praktijk. Een balanced scorecard voor het zorgsysteem is nieuw in Nederland, maar het is wel mogelijk om te kijken naar enkele specifieke beleidsprocessen die expliciet gebruik maken prestatieinformatie. Welke rol speelt prestatieinformatie daar in de drie bestuurlijke functies van sturen, verantwoorden en communiceren?

(2b) Hoe wordt prestatieinformatie op systeemniveau gebruikt in andere zorgsystemen en wat zijn de belangrijkste ervaringen?

Een systeem van prestatieinformatie voor de hele gezondheidszorg is in Nederland weliswaar nieuw, maar er zijn wel enkele internationale voorbeelden waar hiermee wel enige ervaring is opgedaan. Dit is met name het geval in de Angelsaksische landen. Een korte beschrijving van enkele voorbeelden is niet alleen nuttig om deze te contrasteren met de bevindingen van onze vorige vraag, maar vooral ook om enig inzicht te krijgen in de ontwikkeling en de leereffecten die met prestatieinformatie op systeemniveau zijn opgedaan.

(3) Hoe past de (huidige) balanced scorecard op zo optimaal mogelijke wijze in de praktijk van bestuur en beleid?

Deze vraag heeft vooral ook een normatief karakter, maar de antwoorden op de eerste twee vragen helpen wel om de analyse die voor de beantwoording van deze vraag nodig is te on-

derbouwen. De drie onderzoeksvragen hebben daardoor wel een zekere gelaagdheid in hun opbouw.

In de gezondheidszorg is er een heel pallet van prestatieinformatie waar beleid en bestuur gebruik van kunnen maken. Voorbeelden hiervan zijn: de rijksbegroting, het jaarbeeld zorg (begrotingsverantwoording), de volksgezondheid toekomstverkenningen, de sectorspecifieke brancherapporten en allerlei meer specifiek beleidsonderzoek. De overheid is momenteel bovendien bezig met het ontwikkelen van spiegelinformatie voor de instellingen (*benchmarking*) en de verzekeraars (*report cards*), alsmede met keuzeinformatie voor de cliënten (zorginkoopmonitor). De balanced scorecard krijgt dus een plaats tussen allerlei andere informatieinstrumenten.

Het systeem van prestatieinformatie in de gezondheidszorg, bestaat dus uit verschillende initiatieven en instrumenten die niet parallel zijn ontwikkeld en zich bovendien richten op verschillende organisaties en prestaties. Er is sprake van een complex en dynamisch systeem dat overlap en conflicterende belangen heeft. Hoe past de huidige balanced scorecard hierin en hoe kan deze zich ontwikkelen tot een effectief bestuurlijk instrument? Wat is de rol van de eigen bestuurlijke verantwoordelijkheid van het ministerie van VWS en de andere *stakeholders* hierbij? Dat zijn belangrijke vragen die moeten worden beantwoord. Het gaat dan primair om de plaatsing van de balanced scorecard in de wereld van het beleid en het bestuur. We kunnen bijvoorbeeld denken aan koppeling van de balanced scorecard aan de begrotingscyclus, de volksgezondheidstoekomst verkenningen of een zelfstandige positie van dit instrument.

1.4 Leeswijzer

De antwoorden op de verschillende onderzoeksvragen vormen een geheel, maar kunnen ook afzonderlijk van elkaar worden gelezen. Hoofdstuk 2 beantwoordt de eerste beleidsvraag. Dit doen we door een korte inventarisatie van de verschillende vormen van prestatieinformatie die momenteel in de gezondheidszorg bestaan. We kijken vervolgens hoe deze zich verhoudt met de informatie die het ministerie in de eerste versie van de balanced scorecard wil opnemen.

Hoofdstuk 3 gaat in op het eerste deel van de tweede onderzoeksvraag. We kijken naar de positie van (kwantitatieve) pres-

tatieinformatie in de bestuurlijke praktijk. We doen dit met behulp van een beschrijving van een tweetal cases. De eerste casus beschrijft het verloop van het beleid rondom de marktconcentraties van de afgelopen twintig jaar in de ziekenhuissector. De marktconcentraties zijn één van de zesentwintig indicatoren van de huidige balanced scorecard. De tweede casus gaat over de door het tweede paarse kabinet met de sector gemaakte meerjarenafspraken. Het sturen op prestaties was één van de uitgangspunten bij deze bestuurlijke operatie.

Hoofdstuk 4 behandelt het tweede gedeelte van de tweede onderzoeksvraag. Hier kijken we eerst naar de ervaringen met systeeminformatie in de Amerikaanse staat Oregon. Oregon heeft in de Verenigde Staten een koploperpositie als het gaat om de toepassing van prestatieinformatie door de overheid. Vervolgens kijken we hoe men in Engeland omgaat met systeeminformatie binnen de *National Health Service*. De volledig publieke uitvoering van de NHS, heeft traditioneel geleid tot de beschikbaarheid van een ruime hoeveelheid prestatieinformatie.

Hoofdstuk 5 is de afsluitende beschouwing waarin de derde onderzoeksvraag wordt beantwoord. We doen dit door een beredeneerde speculatie over de plaats en functie die de huidige balanced scorecard binnen de praktijk van bestuur en beleid kan innemen. Het doel daarbij is een effectief instrument met een toegevoegde waarde. We kijken voor onze analyse naar de antwoorden op de eerste twee vragen, naar de verantwoordelijkheden die het ministerie heeft voor de gezondheidszorg en naar het belang van de verschillende *stakeholders* bij de huidige balanced scorecard. Concreet doen we een uitspraak over of de huidige versie van de balanced scorecard nu aan bestaande processen moet worden gekoppeld (begroting of de volksgezondheids toekomstverkenningen) of dat een zelfstandige positie beter gepast is.

2 Prestatieinformatie en de balanced scorecard

2.1 Inleiding

Dit hoofdstuk beantwoordt de eerste onderzoeksvraag. Deze luidt:

Welke bestaande prestatieinformatie is in potentie relevant voor de ontwikkeling van een balanced scorecard (bsc)?

We beginnen met een korte bespreking van wat prestatieinformatie nu eigenlijk is en wat dat betekent voor de ontwikkeling van een balanced scorecard (paragraaf 2.2). Paragraaf 2.3 gaat vervolgens in op de belangrijkste vormen van ‘harde’ prestatieinformatie, namelijk de registraties en statistieken. In deze paragraaf is een *quick scan* van de belangrijkste bestaande ‘harde’ prestatieinformatie gemaakt. Deze is in zes categorieën uit te splitsen. Hierna worden de belangrijkste vormen van ‘zachte’ prestatieinformatie besproken. Het karakter van deze informatie maakt het niet mogelijk om deze in zijn totaal te inventariseren. Dit is in deze achtergrondstudie dan ook niet gebeurd (paragraaf 2.4). In paragraaf 2.5 wordt gekeken in hoeverre de bestaande plannen voor een balanced scorecard gebruik kunnen maken van bestaande prestatieinformatie. Het hoofdstuk wordt afgesloten met de belangrijkste conclusies.

2.2 Wat is prestatieinformatie?

Prestatieinformatie in de gezondheidszorg is het resultaat van het meten van prestaties. Het meten van prestaties kan worden omschreven als de kwantitatieve meting van de resultaten van de gezondheidszorg (bijvoorbeeld behandelingsresultaten, patiëntentevredenheid en efficiëntie), en van de processen die hiermee nauw verbonden zijn. Deze processen kunnen dan worden beschouwd als een indicatie voor de gewilde resultaten (Schyve, 1995). De indicatoren die de uitkomst zijn van het meten van prestaties noemen we prestatieinformatie. Een prestatieindicator is een kwantitatieve meting, die gebruikt kan worden om de kwaliteit van belangrijke systeemfuncties te evalueren die de uitkomsten van de gezondheidszorg beïnvloeden (Mannion en Goddard, 2002).

In de praktijk kunnen we vervolgens een onderscheid maken tussen ‘harde’ en ‘zachte’ prestatieinformatie (Mannion en Goddard, 2002). Dit onderscheid is van groot belang bij de interpretatie van de prestatieinformatie. De ‘harde’ prestatieinformatie is meer kwantitatief van nature, terwijl de ‘zachte’ prestatieinformatie meer kwalitatief van aard is. Niet alle prestaties van een zorgsysteem zijn evengoed kwantificeerbaar, maar hebben vaak ook belangrijke kwalitatieve aspecten die niet makkelijk in een indicator zijn te vangen. Hierdoor ontstaat er wegingproblematiek die niet altijd binnen een set van kwantitatieve indicatoren is op te lossen. ‘Zachte’ kwalitatieve informatie is vaak relatief snel beschikbaar en kan ook een inhoudelijke verdieping geven. Nadelen zijn echter dat deze informatie vaak subjectief is en moeilijk te aggregeren.

Voor het welslagen van een systeem met ‘prestatieinformatie’ zijn echter zowel ‘harde’ als ‘zachte’ prestatieinformatie noodzakelijk. De balanced scorecard zal dus niet alleen gebruik kunnen maken van typisch kwantitatieve informatie, maar ook van meer kwalitatieve informatie. In onze opvatting kan meer kwalitatieve informatie dan ook prima deel uitmaken van een balanced scorecard in de zorg. Hierdoor zal het in de praktijk echter niet mogelijk zijn om de omvang van de balanced scorecard tot één pagina met cijfers te beperken. In ons overzicht van de prestatieinformatie in de Nederlandse gezondheidszorg betrekken we daarom ook de meer kwalitatieve prestatieinformatie.

2.3 ‘Harde’ prestatieinformatie

Registraties en statistieken: algemene opmerkingen

‘Harde’ prestatieinformatie bestaat in de regel uit gegevens die in registraties en statistieken kunnen worden opgenomen. De gegevens in deze registraties en statistieken laten veranderingen in de tijd en tussen systemen duidelijk zien. Bovendien kunnen meetbare doelstellingen worden geformuleerd. De meeste bestaande registraties zijn overigens niet ontwikkeld om prestatieinformatie over het zorgsysteem te genereren, maar vaak om redenen van meer algemene aard of ter ondersteuning van specifieke beleidsprocessen en zorgverlening.

Registraties en statistieken hebben in de regel een wettelijke grondslag. Dit kan uiteenlopen van hele algemene grondslagen, zoals in de Wet op het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS), tot meer specifieke grondslagen, zoals bijvoorbeeld in

de Wet op de Orgaandonatie. Het ministerie van VWS telde in 1998 bijna vijftig wetten op basis waarvan zij structurele informatie krijgt (Ministerie van VWS, 1998).

De algemene en meer specifieke redenen achter het ontstaan van registraties en statistieken kan vaak afgelezen worden aan de gegevens zelf. Algemene registraties en statistieken zijn voor veel (potentiële) gebruikers relevant en vertegenwoordigen daardoor een publiek belang. Het is bovendien meestal ook efficiënt om deze registraties algemeen toegankelijk te maken. Het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) (www.statline.nl) is de belangrijkste samensteller van dit type data, maar in de gezondheidszorg is het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieuhygiëne (RIVM) ook een belangrijke producent van dit soort gegevens (www.zorgatlas.nl, www.nationaalkompas.nl en www.kostenvanziekte.nl).

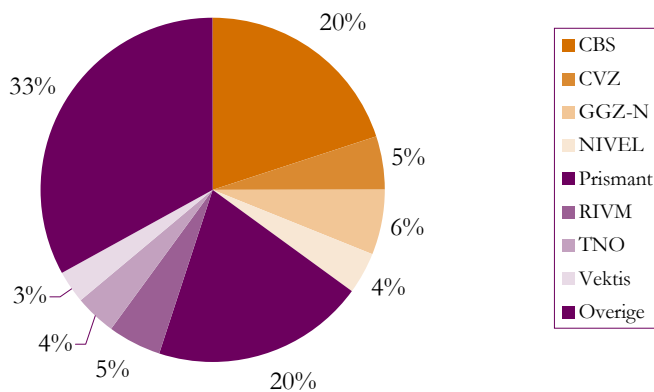
Specifieke registraties worden voor bepaalde doeleinden gemaakt. Deze registraties hebben vaak een eigen wettelijke grondslag met specifieke bepalingen over de informatie, gebruik en eigendom. Een goed voorbeeld hiervan is artikel 22 uit de Wet Ziekenhuisvoorzieningen (WZV). Dit artikel verplicht instellingen om die gegevens te verstrekken die van belang zijn voor een goede uitvoering van de WZV. In de uitvoeringsbesluiten staat echter precies omschreven welke gegevens dienen te worden verstrekt, welke instantie deze gegevens bewerkt tot een standaard informatiepakket en in welke vorm dit pakket vervolgens aan de gebruikers ter beschikking wordt gesteld. Deze gegevens komen in de regel minder makkelijk of niet in de openbaarheid. Prismant en het Nivel zijn twee organisaties die veel specifieke registraties uitvoeren.

Als een registratie of statistiek eenmaal wordt samengesteld komt het in de praktijk niet zo vaak voor dat deze weer wordt beëindigd. Er zijn immers altijd wel belanghebbenden die dit onwenselijk vinden. Het gevolg is dat het aantal registraties de neiging heeft om alsmat toe te nemen. Dit leidt tot administratieve lastenprobleem. Daarom wordt inmiddels geprobeerd om registraties aan elkaar te koppelen en te voorkomen dat gegevens meerdere keren moeten worden opgegeven. De balanced scorecard moet uit het oogpunt van de administratieve lastendruk zoveel mogelijk gebruik maken van al bestaande gegevens en registraties. Het is daarom nuttig de huidige registraties te inventariseren.

De huidige registraties in Nederland

De Nederlandse gezondheidszorg telt veel registraties. Sinds enige jaren zijn veel van deze registraties te vinden op internet (www.tellenenmeten.nl). Op deze website staan momenteel 160 registraties, die door maar liefst 63 organisaties worden verzameld. Hoewel er dus een versnipperde registratie-infrastructuur bestaat, springen twee organisaties er door hun omvang desondanks bovenuit. Dit zijn het Centraal Bureau voor de Statistiek en Prismant. Deze twee organisaties zijn elk goed voor ongeveer twintig procent van het totale aantal registraties (figuur 2.1). Het CBS genereert in beginsel informatie voor het publieke domein. De informatie van Prismant is op geaggregeerd niveau weliswaar breed toegankelijk, maar deze organisatie werkt toch vooral voor belanghebbenden uit de sector.

Figuur 2.1 Percentage registraties naar dataverwerker (N=160)



Bron: www.tellenenmeten.nl; eigen bewerking RVZ

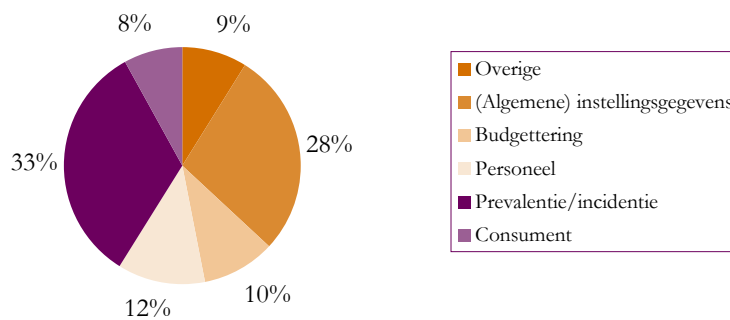
De huidige registraties kunnen we globaal in een zestal categorieën onderverdelen, namelijk:

1. (algemene) instellingsgegevens;
2. gegevens voor de budgettering en aanbodregulering;
3. personeelsgegevens;

4. gegevens over de prevalentie en incidentie van aandoeningen;
5. consumentengegevens;
6. overige gegevens.

De meeste gegevens zijn van algemene aard (categorie 1) of handelen over ziektespecifieke prevalenties en incidenties (categorie 4). Figuur 2.2 geeft een overzicht over de verschillende categorieën. Enkele typische voorbeelden van registraties zijn de jaarenquêtes voor de instellingen (Prismant), de enquête tandartspraktijken (CBS), de enquête voorlopige budgetaanpassingen opbrengstverrekening (CTG), de registratie van huisartsen (Nivel), het infectieziekten surveillance informatiesysteem (RIVM), de landelijke medische registratie (Prismant) en het permanent onderzoek leefsituatie gezondheid (CBS).

Figuur 2.2 Percentage registraties naar categorie (N=160)



Bron: www.tellenenmeten.nl; eigen bewerking RVZ

2.4 'Zachte' prestatieinformatie

'Zachte' prestatieinformatie kan in beginsel erg ruim worden opgevat. Zo kunnen zelfs de meningen van de publieke opinie of van 'zelfbenoemde' deskundigen over het zorgsysteem als een vorm van prestatieinformatie worden benoemd. Voor de ontwikkeling van een balanced scorecard is deze informatie

echter niet gestructureerd genoeg. We moeten bij ‘zachte’ prestatieinformatie dan ook meer denken aan de resultaten van periodiek of incidenteel beleidsonderzoek. Uiteraard wordt in beleidsonderzoek gebruik gemaakt van allerlei kwantitatieve data uit bestaande registraties. Er wordt echter ook gebruik gemaakt van eigen nieuwe data, kwalitatieve gegevens en allerlei beleidsmatige beschouwingen en kwalitatieve en kwantitatieve prestatiewegingen. Veel beleidsonderzoek geeft hierdoor een goede indruk van de prestaties van (onderdelen van) een zorgsysteem.

Het is belangrijk om een onderscheid te maken tussen periodiek en incidenteel beleidsonderzoek. Voorbeelden van relevant periodiek beleidsonderzoek zijn de onderzoeken naar de wachtlijsten, de brancherapporten en de vele monitors die de laatste jaren op initiatief van het ministerie van VWS (al dan niet in samenwerking met brancheorganisaties) zijn ontstaan. Op epidemiologisch terrein zijn er de ‘volksgezondheid toekomstverkenningen’. De sector doet ook eigen beleidsonderzoek bijvoorbeeld met het motief om de politieke besluitvorming te beïnvloeden. De brancheorganisaties hebben om deze reden bijvoorbeeld jarenlang de rapportenreeks Gezondheidszorg in tel uitgebracht.

Periodiek beleidsonderzoek heeft dus met registraties en statistieken gemeen dat de gegevens periodiek worden gepresenteerd, maar is tegelijkertijd flexibeler in de keuze van de data en de wijze van dataverzameling. Wel heeft dit type beleidsonderzoek meer dan registraties en statistieken het karakter van een momentopname.

Incidenteel beleidsonderzoek kan ook van belang zijn voor de vulling van een balanced scorecard. Dit onderzoek wordt bijvoorbeeld verricht in het kader van de voorbereiding van specifieke beleidsbeslissingen, maar kan soms ook noodzakelijk zijn voor het beantwoorden van specifieke kamervragen. Voor specifieke beleidsbeslissingen of beleidsnota's is in de regel ook prestatieinformatie noodzakelijk. Hiervoor is soms specifiek onderzoek noodzakelijk. Voorbeelden zijn een onderzoek naar de concentratiegraad van ziekenhuizen, ten behoeve van het beleid rondom de marktwerking of een onderzoek naar het functioneren van commerciële aanbieders in de geestelijke gezondheidszorg om een beslissing te nemen over de toelating van deze aanbieders. Dit type onderzoek kan overigens ook een meer epidemiologisch karakter hebben, zoals de NEMESIS studie in de geestelijke volksgezondheid.

Incidenteel beleidsonderzoek dat een structurele waarde heeft, kan zich naar verloop van tijd ontwikkelen tot periodiek beleidsonderzoek of zelfs een eigen registratie. Illustratief hiervoor is hoe de eerste wachtlijstmetingen een vervolg kregen en hoe deze zich nu ontwikkelen tot eigen registraties.

Het beleidsonderzoek wordt veelal gedaan door instanties die ook één of meerdere registraties beheren. Zo worden de brancherapporten bijvoorbeeld samengesteld door het Nivel, Primatec, het RIMV en het Trimbos-instituut, allemaal organisaties met ook eigen dataregistraties. In de praktijk is goede toegang tot belangrijke registraties namelijk vaak een voorwaarde voor beleidsonderzoek.

2.5 De huidige balanced scorecard en de bestaande prestatieinformatie

Het plan voor de balanced scorecard gaat uit van zesentwintig indicatoren die zijn verdeeld over een viertal perspectieven, namelijk het consumentenperspectief, het bedrijfsvoeringperspectief, het innovatieperspectief en het financiële perspectief (Delnoij et al., 2002). Het ministerie van VWS is inmiddels begonnen met de concrete operationalisatie en ontwikkeling van deze zesentwintig indicatoren. Het ministerie heeft medio 2003 eigen interne gegevens over de stand van zaken rondom de ontwikkeling van de zesentwintig indicatoren beschikbaar gesteld. Hierdoor is het mogelijk de plannen voor de balanced scorecard een concrete invulling te geven. Tabel 2.1 bevat een korte omschrijving van elke indicator en de wijze van dataverzameling. We maken hiervan gebruik voor onze verdere analyse, maar in de nadrukkelijke wetenschap dat het hier een tussenproduct op weg naar de eerste balanced scorecard betreft.

Tabel 2.1 Indicatoren van de balanced scorecard

indicator	typering	dataverzameling*
<i>Consumentenperspectief</i>		
1. Consumenttevredenheid	Consumer Assessment of Health Plans Survey (CAHPS) en vertrouwen in het systeem.	'zorginkoopmonitor' en 'report card verzekeraar' en bestaande statistieken
2. Patiënttevredenheid	Respect voor personen en cliëntgerichtheid	Aanhaken bij 'report card-verzekeraar' en tevredenheidsmetingen bij patiëntengroepen (ketenzorg) en normale voorzieningen
3a. Effectiviteit curatieve zorg	15 OECD indicatoren: 5 jaars overlevering kanker, mortaliteit na infarcten, vaccinatie en incidentieratio's	Bestaande registraties
3b. Effectiviteit preventie	Meerdere nog te ontwikkelen indicatoren	Door kennisinstituten, waarschijnlijk veelal bestaande registraties
3c. Effectiviteit GGZ	Meerdere indicatoren zijn door Trimbos-instituut ontwikkeld	Nieuwe landelijke patiëntenregistratie GGZ door veld
4a. Effectiviteit welzijn	Participatie en sociale infrastructuur	Bestaande registraties
4b. Effectiviteit care (ouderen en gehandicapten)	Per sector voor bestaande zorg ADL-HDL, mobiliteit, decubitus, eten en drinken, valincidenten	Deels bestaande en deels nieuw op te zetten registraties
5. Veiligheid	18 ziekenhuisindicatoren	Deels bestaande en deels nieuwe registraties op ziekenhuisniveau
<i>Financieel perspectief</i>		
6. Verticale equity	Kakwani index	Bereken op basis bestaande statistieken
7. Financiële toegankelijkheid	> 10 categorieën, welzijn en 3 ^e compartiment blijven buiten beeld	Berekeningen op basis van geselecteerde inkomenscategorieën
8. Kostenontwikkeling	Totale BKZ-uitgaven	Zorgnota
9. Allocatieve efficiency	Kosteneffectiviteit bij pakketbeslissingen	Kwalitatieve typering elke vijf jaar
10. Financiële positie zorgaan-	Vijf (bedrijfseconomische) indica-	Bestaande informatie uit

indicator	typering	dataverzameling*
bieders	toren	jaarverslagen
<i>Bedrijfsvoeringperspectief</i>		
11. Rolopvatting financiers	Rapportcijfers	'Report cards' en zorginkoopmonitor ?
12. Kwaliteit	Percentage geaccrediteerde instellingen	Bestaande gegevens, behalve voor vrije beroepsbeoefenaren
13. Keuzemogelijkheden		'Report cards' en 'zorginkoopmonitor'?
14. Marktconcentraties	HHI onmogelijk, enkele indicatoren over aantallen e.d.	Bestaande gegevens of berekeningen maken
15. Personeelsaanbod	Aantal professionals in opleiding en aantal praktiserend per beroepsgroep	Grotendeels bestaande registraties
16. Personeelstekorten	Aantal moeilijk vervulbare functies en vacature-intensiteit per sector en beroepsgroep	Bestaande registraties
17. Personeelstevredenheid	Medewerkertevredenheid en consequenties (drie indicatoren)	Bestaande registraties moeten beter ontsloten
18. Substitutie beroepen	Indicatoren over omvang beroepen en specialisaties daarbinnen	Bestaande gegevens met kwalitatieve beschouwing
19. Substitutie van plaats van zorg	Minimaal tien indicatoren op terrein van extramuralisatie, 'community care' en vermaatschappelijking	Substitutie grotendeels op basis bestaande registraties, effecten op basis nieuwe registraties
<i>Innovatieperspectief</i>		
20. Research en development	Onderzoek volksgezondheid als % BNP	Bestaande statistieken en aanvullende schattingen door CBS
21. Diffusie innovaties	Internationale vergelijking van diffusie 'emerging technologies'	Periodiek onderzoek?
22. Informatie-infrastructuur	Kwalitatieve rapportage over aantallen projecten, ZIN, PKI, beveiliging, Zorgidentificatienummer	Periodiek onderzoek?
23. Opleiding	Gewenste instroom bij langdurige en kostbare opleidingen	Bestaande registraties
24. Innovatieklimaat	Beleving innovatie professionals per sector en beroepsgroep	Aanhaken met nieuwe vragen bij bestaande medewerkerenquêtes

indicator	typering	dataverzameling*
25. Organisatorische innovatie	Flexibele 'zorginnovatie index' met tien best practices die verdwijnen bij 75% realisatie	Enquête onder instellingen
26. Link met industrie	Uitdrukken industrie medische apparaten, technische hulpmiddelen ICT en farmabedrijven als aandeel BNP	Bestaande statistieken (aanscherpen?)

* Op basis van VWS-materiaal

De omschrijving van de meeste indicatoren maakt duidelijk dat hierover nauwelijks conclusies zijn te trekken over het functioneren van de individuele instellingen en eigenlijk ook niet over de verschillende subsectoren. Dit is overigens ook niet de bedoeling van dit project. De meeste indicatoren zijn dan ook enkel bruikbaar als systeeminformatie. Mede hierdoor hebben veel van de indicatoren een erg algemeen karakter. Dit lijkt echter wat te zijn doorgeschoten. Deze indicatorenset lijkt daarom meer bruikbaar voor een globale verantwoording van het ministerie dan voor concrete sturing. De indicatoren geven namelijk weinig aanknopingspunten over waarop en hoe te sturen. Ook gaan de indicatoren vooral over de uitkomsten van het systeem. Deze indicatoren zeggen eigenlijk maar weinig over de processen rondom de werking van het systeem zelf.

De indicatorenset maakt ook duidelijk dat een combinatie van 'harde' en 'zachte' prestatieinformatie voor een balanced scorecard van de gezondheidszorg moeilijk valt te vermijden. Bij op zijn minst vier van de zesentwintig indicatoren vormt 'zachte' prestatieinformatie namelijk expliciet de basis (allocatieve efficiency, beroepensubstitutie, diffusie innovaties en de informatie-infrastructuur).

Het is ook opvallend dat veel indicatoren naar hun aard wat statisch van karakter zijn en niet veel zullen fluctueren van jaar tot jaar. Veel indicatoren zijn vooral geschikt voor lange termijn analyses van trends. Dit maakt het moeilijk om aan de sturingspretenties van het ministerie te voldoen omdat de beleidscyclus meestal korter zijn.

Tabel 2.1 maakt bovendien duidelijk dat er nog veel werk zal moeten worden verzet om de zesentwintig indicatoren ook daadwerkelijk in zesentwintig getallen uit te drukken. Op veel terreinen is er sprake van een grote hoeveelheid achterliggende

indicatoren of wordt er gewerkt met (veel) meer dan één indicator. Het is derhalve onontkoombaar dat (complexe) wegingsmethodieken nodig zijn om het aantal indicatoren tot zesentwintig te beperken (Pineno, 2002). Dit betekent dat prestatieinformatie die op zichzelf als ‘hard’ kan worden getypeerd, met ‘zachtere’ subjectieve technieken moet worden bewerkt. De normatieve afwegingen die hiervoor noodzakelijk zijn, zullen waarschijnlijk het politieke karakter van het proces naar de totstandkoming van de balanced scorecard versterken.

Een belangrijke constatering is ook dat veel van de benodigde data al beschikbaar is. Zeventien van de zesentwintig indicatoren kunnen min of meer op basis van bestaande registraties en statistieken worden ingevuld. De ervaring leert overigens dat systemen van prestatieinformatie bij de start vaak ook min of meer automatisch op bestaande informatie worden opgebouwd.

De witte vlekken die in deze balanced scorecard overblijven zitten hoofdzakelijk bij het consumenten- en het innovatieperspectief. Sommige van de nog noodzakelijke indicatoren voor het consumentenperspectief worden momenteel overigens al in andere informatietrajecten ontwikkeld (‘zorginkoopmonitor’ en ‘report card verzekeraar’). Het ministerie moet zoals het er nu naar uit ziet nog voor een zevental indicatoren de dataverzameling helemaal ter hand nemen. Deze indicatoren liggen vooral op het terrein van de innovatie. De financiële en bedrijfsvoeringsgegevens zijn in de regel nu al direct beschikbaar.

De conclusie is daarom dat deze balanced scorecard al relatief snel valt te implementeren. Dit is vooral voor de verdere ontwikkeling van meer geavanceerde prestatieinformatie een belangrijk voordeel.

2.6 Conclusies

Dit hoofdstuk heeft de verschillende soorten van prestatieinformatie beschreven. Hierbij is een onderscheid gemaakt tussen ‘harde’ en ‘zachte’ prestatieinformatie. Dit is echter een vooral analytisch onderscheid. Uiteraard bestaan er in de praktijk tussenvormen. Hoewel bij de balanced scorecard vaak de metafoor van een vliegtuigcockpit wordt gebruikt, zal een balanced scorecard voor de gezondheidszorg zowel van ‘harde’ als ‘zachte’ prestatieinformatie gebruik moeten maken. Dit

beïnvloedt de vormgeving en werking van het instrument. De balanced scorecard zal namelijk niet op één A4 of één beeldscherm passen en laat bovendien ook ruimte voor allerlei interpretatieverschillen, die mede zullen worden ingegeven door belangenposities en politieke processen.

In tabel 2.2 staat een korte typering van de verschillende vormen van prestatieinformatie. We kunnen concluderen dat veel van de prestatieinformatie voor de balanced scorecard momenteel al bestaat of dat er aan de ontwikkeling of ontsluiting hiervan wordt gewerkt. Dit maakt de kans op een snelle implementatie van deze balanced scorecard op zichzelf reëel. Het is dan voor deze balanced scorecard ook niet nodig om veel eigen registraties op te zetten. Dit is vanuit het oogpunt van de administratieve lastendruk ook ongewenst.

Tabel 2.2 Typering prestatieinformatie

	algemeen	flexibiliteit	gerichtheid op beleidsproces
‘Harde’ prestatieinformatie	Meestal langlopende registraties die voor een veelheid van algemene en specifieke doelen worden gebruikt. Voorbeeld de NIPO enquêtes naar rookgewoonten	Beperkt	Beperkt
‘Zachte’ prestatieinformatie	Periodiek onderzoek naar de stand van zaken in een beleidssector (brancherapporten) of aandachtsgebied (VTV). Er wordt ook gewerkt met ‘harde’ prestatieinformatie.	Gemiddeld	Gemiddeld
	Incidenteel onderzoek dat bijvoorbeeld wordt gedaan ter voorbereiding van een beleidsnota of voor het in kaart brengen van een specifiek thema.	Hoog	Hoog
	Incidenteel onderzoek dat snel gedaan moet worden bijvoorbeeld voor het beantwoorden van kamervragen	Hoog	Redelijk

Het feit dat veel prestatieinformatie al beschikbaar is, betekent dat het ministerie zich feitelijk kan concentreren op haar coördinerende taken en op de lange termijnontwikkeling van de balanced scorecard. Omdat het ministerie echter voor de vulling van de balanced scorecard afhankelijk is van bestaande

openbare en beschermde informatie, moet zij voor een goede uitvoering van haar taken de structurele samenwerking zoeken met een aantal grote informatieveranciers. Deze organisaties kunnen niet alleen een belangrijke bijdrage leveren aan de succesvolle totstandkoming van de balanced scorecard, maar zij kunnen door hun specifieke deskundigheden bovendien bijdragen aan het gezag van het instrument en - door hun verwevenheid met bepaalde beleidsterreinen - ook aan acceptatie en draagvlak. Het is bovendien zinvol om ook de veldorganisaties bij de totstandkoming van de *balanced scorecard* te betrekken. De balanced scorecard laat immers veel ruimte voor allerlei interpretatieverschillen. Goede conclusies kunnen daarom alleen getrokken worden in wisselwerking met de verschillende actoren binnen het zorgsysteem.

De huidige voorstellen voor de prestatieindicatoren worden getypeerd door een aantal kenmerken. De indicatoren zijn erg algemeen en zeggen wel wat over de uitkomsten van het zorgsysteem, maar niet over de werking ervan. Een aanzienlijk aantal indicatoren heeft een statisch karakter en zal daarom van jaar op jaar niet zoveel fluctueren. De conclusie die hieraan verbonden kan worden is dat *deze* balanced scorecard zich niet zozeer leent voor sturing van de gezondheidszorg of voor specifieke verantwoording over de gezondheidszorg. Het voldoen aan deze beide doelstellingen zal nog veel ontwikkelwerk vergen. *Deze* balanced scorecard is vooral geschikt voor algemene verantwoording en politiek-bestuurlijke communicatie. Het gevolg hiervan is weer dat de balanced scorecard een openbaar karakter moet hebben om naar behoren te functioneren.

3 De betekenis van prestatieinformatie voor het beleid

3.1 Inleiding

Dit hoofdstuk beantwoordt het eerste deel van de tweede onderzoeksvraag. Deze luidt:

Hoe wordt prestatieinformatie in de bestuurlijke praktijk van de Nederlandse gezondheidszorg gebruikt?

Dit is een buitengewoon complexe vraag en om die reden kiezen we ervoor om met een tweetal ‘historische’ casussen op de eerste plaats meer inzicht en verdieping in de functie van prestatieinformatie in de bestuurlijke praktijk te geven. Het nadeel hiervan is wel dat we - doordat het aantal casussen tot twee blijft beperkt - voorzichtig moeten zijn met het trekken van algemene conclusies over prestatieinformatie in de bestuurspraktijk van de zorg.

De eerste casus gaat over marktconcentraties in de zorg. Dit is één van de zesentwintig indicatoren van de balanced scorecard. Deze indicator past bovendien goed bij de systeemverantwoordelijkheid van het ministerie. Zij appelleert immers meer aan de werking van het systeem dan aan haar uitkomsten. De casus begint met een reconstructie van het beleid van de afgelopen twintig jaar (1985 - 2003) ten aanzien van de marktconcentraties in de ziekenhuissector. Hiervoor hebben we alle zorgnota's in deze periode gescreend op dit onderwerp. Na de reconstructie van het gevoerde beleid, volgt een analyse en bespreking van de resultaten (paragraaf 3.2).

De tweede casus gaat over de poging van het tweede paarse kabinet om meerjarenafspraken met de verschillende sectoren in de zorg af te sluiten. De bedoeling van de meerjarenafspraken was vooral om bestuurlijke rust te creëren, maar ook om de zorg integraal aan te sturen op basis van haar prestaties. Prestatiemanagement was dus in ieder geval formeel een belangrijk uitgangspunt. We baseren de feitelijke informatie in deze casus op het evaluatierapport van de Commissie-In 't Veld en diverse kamerstukken (In 't Veld et al., 2002; Ministerie van VWS, 2000). Deze informatie is aangevuld met een eigen analyse (paragraaf 3.3).

Sturen, het afleggen van verantwoording en goed communiceren zijn de drie centrale doelstellingen van prestatimanagement (Schrootman, 1999). De afsluitende paragraaf bevat een beschouwing over hoe prestatieinformatie in de beide casussen aan deze doelstellingen heeft bijgedragen en wat we hiervan kunnen leren bij de ontwikkeling van een balanced scorecard (paragraaf 3.4).

3.2 Casus 1: Marktconcentraties in de ziekenhuissector¹

De casus

De plannen voor de balanced scorecard gaan uit van zesen-twintig prestatieindicatoren. Indicator veertien van deze indicatorenset gaat over de mate van marktconcentraties in de gezondheidszorg (tabel 3.1). De algemeen geaccepteerde maat voor de mate van marktconcentratie is de Herfindahl-Hirschman Index (HHI). Deze HHI-index meet de concentratiegraad door de individuele marktaandelen van instellingen te kwadrateren en op te tellen. Hoe lager de index hoe gezonder de markt (de maximale te behalen score van een zuiver monopolie is 10.000). Op dit moment is de HHI-index echter niet goed te berekenen voor de gezondheidszorg. Er is bijvoorbeeld een definitieprobleem over de omvang van de markt. Belangrijker is echter dat de concentratiegraad naar functies of behandelingen, die eigenlijk van belang is voor de keuzevrijheid van de consument lastig is uit te werken. Het ministerie van VWS denkt daarom voorlopig aan het aantal instellingen of fusies als indicator (Ministerie van VWS, 2003).

Tabel 3.1 De indicator marktconcentraties

14. Marktconcentraties	HHI onmogelijk, enkele indicatoren over aantallen instellingen, fusies e.d.	Bestaande gegevens of berekeningen maken
------------------------	---	--

We maken nu een globale reconstructie van het beleid van het ministerie van VWS over de marktconcentraties in de ziekenhuissector in de afgelopen twintig jaar. Zo krijgen we een beeld van de plaats die prestatieinformatie hierin vervulde.

Nederland telde begin jaren tachtig nog veel meer dan tweehonderd academische, algemene en categorale ziekenhuizen met samen vele tienduizenden bedden. Dit aantal is echter sindsdien geleidelijk gedaald tot ruim honderd ziekenhuizen. Het beleid was in eerste instantie gericht op een stratificatie-

model met basisziekenhuizen, centrumziekenhuizen en topziekenhuizen. Elke categorie had een eigen vast afgebakend functiepakket. Om deze situatie te bereiken maakte men gebruik van planning, vooral bij vergunningen voor nieuwbouw.

In het begin van de jaren tachtig werd echter tevens een begin gemaakt met een stringent budgetteringsbeleid dat steeds verder werd uitgebouwd. Omdat de ziekenhuizen toen voor een belangrijk deel werden gefinancierd op basis van het aantal bedden, was de nagestreefde beddenreductie niet alleen van belang voor een evenwichtige spreiding van de voorzieningen, maar vooral ook om bezuinigingen te realiseren. Er werd afgesproken dat het aantal bedden moest krimpen tot 3,7 per duizend inwoners. Hiermee creëerde de overheid een belangrijke prestatieindicator die lange tijd een centrale rol zou vervullen.

De overheid probeerde deze 3,7 promillennorm te realiseren door nieuwbouwvergunningen te koppelen aan ziekenhuisconcentraties en beddenreducties. De introductie van de functionele ziekenhuisbudgettering in het midden van de jaren tachtig maakte het echter ook mogelijk om fusievorming en beddenreductie via de lopende financiering te stimuleren. Bijvoorbeeld door een hogere vergoeding per bed in de grotere ziekenhuizen (de 'fusiebonus') of door een hogere vergoeding voor dagbehandelingen ten opzichte van opnames (zorgsubstitutie). De overheid creëerde dus geleidelijk extra instrumenten om haar prestatiedoelstelling van 3,7 bedden per duizend inwoners te realiseren.

De beddennorm bleef de hele jaren tachtig een belangrijke prestatieindicator, die steeds verder werd aangescherpt. In 1987 pleitte de Commissie-Dekker namelijk niet alleen voor de introductie van gereguleerde marktwerking, maar ook voor een verdere reductie van vierduizend bedden. Zo ontstond een 3,4 promillennorm en werd het beddenreductiebeleid voortgezet.

Het stratificatiemodel met zijn stringente koppeling van vaste functiepakketten aan categorieën van instellingen werd echter verlaten. De regio werd het nieuwe ordeningsbeginsel voor de ziekenhuisfuncties. Het ging erom dat:

"Een regio een zo volledig mogelijk functie- en faciliteitenpakket heeft, terwijl tussen de ziekenhuizen onderling een taakverdeling en concentratie van specialismen c.q. functies en faciliteiten tot stand moet komen. Hierdoor worden overlappingen enerzijds en versnippe-

ring anderszijds voorkomen" (Financieel Overzicht Gezondheidszorg en Maatschappelijk Welzijn, 1988).

Voortaan werd dus naar de totale zorgbehoefte in een regio gekeken en niet meer naar het noodzakelijke takenpakket van de individuele instelling. Het concentratiebeleid werd hierdoor in de praktijk alleen maar sterker. Het was immers de bedoeling dat de totale hoeveelheid ziekenhuiscapaciteit beperkt bleef tot het absoluut noodzakelijke. Fusies en inkrimpingen van ziekenhuislocaties waren een positief verschijnsel.

"Kwaliteitsverbetering is mogelijk door een verbetering van taakverdeling: een beter opname- en verwijzingsbeleid en een efficiëntere organisatie" (Financieel Overzicht Zorg, 1991).

Ondanks het krachtige beleid ging de beddenreductie toch niet zo snel als verwacht en in 1990 werd de Tijdelijke Wet Capaciteitsreductie Ziekenhuizen aangenomen. Deze wet gaf de Minister tot 1995 de tijd voor het realiseren van de 3,4 promille-norm.

In het begin van de jaren negentig ontstonden de eerste scheuren in het stringente concentratiebeleid. Het budgettaire belang van het bed als financieringsparameter werd aanzienlijk verminderd. De budgetvergoeding werd verlaagd van circa f 30.000 naar circa f 11.000 per bed. Deze 'administratieve' maatregel zorgde ervoor dat het geld dat de overheid met de beddenvermindering kon besparen veel lager uitkwam. Daarom ging het vanaf nu niet alleen meer om het reduceren van bedden, maar ook om het concentreren en inkrimpen van functie-eenheden (specialistenplaatsen). Hoewel hieraan geen expliciete norm werd gekoppeld, moeten we toch concluderen dat het concentratie- en reductiebeleid van de overheid in het begin van de jaren negentig buitengewoon stevig verankerd lijkt. Dit zou vanaf nu echter gaan veranderen.

In de begroting voor 1992 wordt voor het eerst een herbezinning op de 'fusiepremies' aangekondigd. De 'fusiepremies' hadden namelijk tot f 13 miljoen besparingsverliezen geleid. De nota Positionering ziekenhuiszorg maakte bovendien duidelijk dat er nog meer redenen waren om terughoudend te zijn met de verdere grootschalige concentraties in de ziekenhuiszorg. Men begon zich zorgen te maken over de positie van de kleine ziekenhuizen. In het Financieel Overzicht Zorg 1994 staat daarover:

"In met name landelijke regio's kunnen kleine ziekenhuizen een belangrijke functie vervullen op het gebied van de reguliere zorg. Vanwege kwaliteit en continuïteit is voor kleine ziekenhuizen een structurele relatie met een andere instelling nodig. Dit vergroot de bestaansbasis" (Financieel Overzicht Zorg, 1994).

Dit betekende echter nog niet dat het beleid radicaal werd veranderd. Men ging inmiddels uit van een 3,0 promillenorm en een jaar later, in 1995 van een 2,8 promillenorm. De erkenningen voor bedden en specialistenplaatsen werden bovendien bevroren.

Het midden van de jaren negentig was ook de tijd dat het concept van het geïntegreerde medisch specialistische bedrijf in opkomst kwam. De specialisten kregen een lumpsum honorering. De traditionele dichotomie tussen ziekenhuisdirectie en medische staf moest verdwijnen en transmurale zorg en ont-schotting werden belangrijke beleidsuitgangspunten. Dit heeft er ongetwijfeld toe bijgedragen dat er nu ook verticale fusies tussen bijvoorbeeld ziekenhuizen en verpleeghuizen ontstonden, zoals de Rivas zorggroep in Gorinchem.

Het totale aantal instellingen bleef dan ook gewoon verder dalen. In 2000 waren er in de ziekenhuissector nog ruim honderd aanbieders actief. Een 'samenhangende infrastructuur' was nog steeds een belangrijke doelstelling van het beleid. Dit betekende inmiddels een concentratie van de topvoorzieningen, maar ook de mogelijkheid tot deconcentratie van (eenvoudige) electieve zorg naar (dagbehandeling)klinieken en wijkcentra. Dat dit niet zonder slag of stoot ging leert de moeizame geschiedenis rondom de zelfstandige behandelcentra. De beddennorm werd wederom verlaagd, nu naar 2,0 promille, maar dat had inmiddels veel minder beleidsmatige relevantie.

In november 2000 werd het langzaam opgebouwde budgetteringssysteem vrij plotseling door de rechter opgeblazen. Deze bepaalde dat elke patiënt "recht had op zorg" en dat de verzekeraar zich niet op budgettaire redenen kon beroepen om geen zorg te leveren. Het gevolg is dat de budgettering nu feitelijk is afgeschaft en dat er de laatste jaren veel extra geld de zorg instroomt. De behoefte aan een ander ordeningsbeginsel is daardoor tegelijkertijd manifest geworden.

Vraagsturing en gereguleerde marktwerking zijn de belangrijkste kanshebbers voor dit nieuwe ordeningsmechanisme in de

gezondheidszorg. Dit betekent dat het ook belangrijk is om voldoende ziekenhuizen te hebben, zodat de prijzen niet te hoog worden en de burger voldoende keuzemogelijkheden heeft. Het kleine ziekenhuis moet daarom behouden blijven en de Minister trekt hiervoor in de meest recente begroting extra middelen uit. Er is zelfs een heuse ‘fusiestop’ afgekondigd, maar de status daarvan is vooralsnog onduidelijk. Het is dan ook logisch dat de mate van marktconcentraties een belangrijke prestatieindicator zijn in zo’n zorgsysteem. Het is dan ook terecht één van de zesentwintig indicatoren van de balanced scorecard.

Analyse en bespreking

De casus maakt duidelijk dat veel beleidsprocessen een combinatie zijn van dynamiek en geleidelijke ontwikkelingen. De hoeveelheid capaciteit is steeds een belangrijk beleidsitem geweest. In het begin van de jaren tachtig werd marktconcentratie als wenselijk gezien, maar inmiddels is men vooral bezorgd dat een te hoge mate van marktconcentratie een belemmering vormt voor gezonde concurrentie. De normen veranderen dus in de loop van de tijd. Hiermee zal bij de ontwikkeling van een balanced scorecard rekening moeten worden gehouden. Er liggen vaak impliciete beleidstheorieën achter de keuze voor en de vorm van een bepaalde prestatieindicator. Het is voor de effectiviteit van een balanced scorecard belangrijk dat deze achterliggende theorieën hierop aansluiten. Hiervoor moet de beleidstheorie worden geëxpliciteerd.

Het belang van prestatieindicatoren voor de concentraties en capaciteit van de ziekenhuizen wisselde in de afgelopen twintig jaar. De beddennorm is een tijd een belangrijke prestatieindicator geweest die erg relevant was voor het beleid, maar later verminderde dit belang aanzienlijk. Opvallend genoeg liep dit proces min of meer parallel met de vermindering van het budgettaire belang van het bed in de instellingsbekostiging. De beddennorm heeft nu veel minder betekenis dan vijftien jaar geleden. Het gebruik van prestatieindicatoren voor sturing lijkt derhalve deels samen te hangen met het feit of ze ook een rol in de financiering en bekostiging vervullen.

De concentratie van en de hoeveelheid ziekenhuiscapaciteit waren lange tijd een belangrijk beleidsonderwerp. Hierover zijn veel beleidsnota’s geschreven en het onderwerp kwam ook elk jaar terug in de begroting. Toch is er nooit geprobeerd om hiervoor geavanceerde prestatieindicatoren te ontwikkelen. Men stelde zich tevreden met algemene gegevens zoals het

aantal instellingen, bedden en specialistenplaatsen. Het gevolg was dat deze indicatoren, naast budgettaire sturing alleen geschikt waren voor algemene verantwoording en communicatie. De beddennorm is niet geschikt voor een evaluatie van de endogene werking van de mechanismen in het zorgsysteem of voor andere dan budgettaire sturing. Blijkbaar ging het hier echter niet om.

Terugblikkend kwam de relatief sterke kracht achter het beddenreductiebeleid vooral omdat zorginhoudelijke overwegingen (kwaliteit door concentratie) en budgettaire overwegingen elkaar versterkten. In de loop van de jaren negentig viel dit echter weg. Budgettaire overwegingen speelden sindsdien minder een rol en hingen bovendien niet meer zozeer samen met de reductie van bedden. Het paradigma van de gereguleerde marktwerking stelde andere eisen aan de concentraties op de ziekenhuismarkt.

3.3 Casus 2: Meerjarenafspraken in de zorg²

De casus

Het tweede paarse kabinet heeft in 1998 meerjarenafspraken gemaakt met verschillende sectoren in de gezondheidszorg. Dit vloeide voort uit het toenmalige Regeerakkoord waarin stond: “Het is van belang dat bestuurlijke rust wordt gecreëerd in het gezondheidszorgveld, via een nieuwe bestuurlijke aanpak. Allereerst stelt de overheid financieel en zorginhoudelijk een meerjarig kader vast. Vervolgens maakt de overheid meerjarenafspraken met de deelsectoren”. Het kabinet had behoefte aan een koppeling van resultaten aan de toegenomen financiële ruimte in de zorg.

De overheid en de zorgsector zouden gezamenlijk afspraken maken over de beleidsdoelstellingen en de financiële middelen die daarvoor noodzakelijk waren. Deze afspraken betroffen in principe de hele kabinetsperiode. Het betrof dus feitelijk een vorm van prestatie management, maar men hoopte vooral dat de duidelijkheid over het meerjarige extra geld ertoe zou leiden dat het traditionele claimgedrag sterk zou teruglopen. Prestatie management was daardoor feitelijk van het begin af aan een secundaire doelstelling.

Het ministerie van VWS stelde in augustus 1998 een interne werkgroep in, die verantwoordelijk was voor de begeleiding van de meerjarenafspraken. Er werd de hele tijd van een pro-

jectmatige aanpak gebruik gemaakt. De meerjarenaafspraken werden gemaakt over een aantal bovensectorale onderwerpen (werkdruk, wachtlijsten en kwaliteit van zorg) en meer sector-specifieke onderwerpen.

De werkgroep slaagde er al in november van dat jaar in om met drie sectoren (de curatieve zorg, de verpleging en verzorging en de gehandicaptenzorg) tot najaarsakkoorden te komen. Deze fungeerden als de beleidsagenda voor de verschillende sectoren. Alleen de geestelijke gezondheidszorg vond de financiële ruimte uit het Regeerakkoord te krap om met de overheid tot meerjarenaafspraken te komen en haakte af. Met deze sector werden over de beleidsuitgangspunten nog wel 'conclusies van overleg' vastgesteld. In een later stadium zijn binnen de geestelijke gezondheidszorg nog wel meerjarenaafspraken gemaakt met de vrijgevestigde psychiaters, toen hiervoor financiële ruimte beschikbaar kwam.

In het voorjaar van 1999 werkten de partijen de gemaakte afspraken verder uit. Daardoor was het mogelijk om voor de curatieve zorg, de verpleging en verzorging en de gehandicaptenzorg ook nog een voorjaarsakkoord te sluiten. De gehandicaptensector sloot in dat jaar ook nog een zomerakkoord. De gemaakte meerjarenaafspraken waren behoorlijk gedetailleerd en de overheid heeft in het totaal dan ook maar liefst 250 afspraken met het veld gemaakt (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2000).

De meerjarenaafspraken zijn vervolgens echter vrij snel dood gebloed en waren - twee jaar na hun aanvang - feitelijk non-existent. De meeste overlegplatforms werden opgeheven en er werd geen verder vervolg aan de gemaakte afspraken gegeven. De Tweede Kamer kreeg weliswaar rapportages over de procesgang en de gemaakte afspraken, maar prestatie-management is bij de meerjarenaafspraken nooit van de grond gekomen. Het was bijvoorbeeld al niet mogelijk om over de gehele linie werkbare prestatie-indicatoren te ontwikkelen.

Het eroderen van de meerjarenaafspraken werd bovendien nog versterkt doordat het kabinet al snel extra geld voor de zorg ter beschikking stelde, dat buiten dit overleg werd gehouden (wachtlijstmiddelen). De rechter zorgde er bovendien voor dat de budgettering eind 1999 de facto werd afgeschaft. Het budgettaire belang van de meerjarenaafspraken nam daardoor sterk af.

De meerjarenafspraken zijn in eerste instantie vooral begonnen met bilateraal overleg tussen het departement en de zorgaanbieders. De verzekeraars en de zelfstandige bestuursorganen werden pas in een later stadium bij dit overleg betrokken. Dit leidde tot de nodige bestuurlijke spanningen, die nooit helemaal zijn opgelost. Nog later schoven ook de patiënten- en cliëntenorganisaties bij dit overleg aan. De meerjarenafspraken gingen dan ook gepaard met uitgebreid overleg op allerlei niveaus. Hoewel dit tot een zekere stroperigheid bij de besluitvorming leidde, zorgde het er ook voor dat men meer en intensiever met elkaar in contact kwam en elkaars positie begreep.

Analyse en bespreking

De meerjarenafspraken zijn in 2002 door een externe commissie geëvalueerd (In 't Veld et al., 2002). De centrale conclusie van deze evaluatie is dat de meerjarenafspraken niet hebben geleid tot de gewenste bestuurlijke rust. De oorzaak hiervan zoekt de commissie vooral in externe factoren zoals het extra geld dat ter beschikking kwam en de manier waarop dit werd verdeeld. De brancheorganisaties beschouwden de meerjarenafspraken bovendien vooral als een financieel herverdelingsinstrument en niet zozeer als een motor voor prestatie management. Het proces raakte daardoor van meet af aan sterk gepolitiseerd. De brancheorganisaties waren bovendien niet altijd in staat de gemaakte afspraken ook daadwerkelijk over te brengen op hun achterban.

De omvang en snelheid van het proces waarin het belang van de meerjarenafspraken verdampte, verschilde sterk per sector. De meerjarenplatforms met een homogeen karakter bleven langer actief dan die met een meer heterogeen karakter. Zo was de gehandicaptensector nog lange tijd actief bezig met de uitvoering van de afspraken, maar in de curatieve sector viel alles al weer snel uit elkaar. De gehandicaptensector was ook het meest positief over de meerjarenafspraken. Blijkbaar is er dus een grens aan de mate waarin dit soort processen in een heterogene omgeving kunnen functioneren.

Kleinere organisaties - met hun beperkte bestuurlijke ingangen - waren meer tevreden met de meerjarenafspraken dan de grote spelers. Deze hadden immers veelal al hechte bilaterale contacten met het ministerie. Vooral de patiëntenorganisaties waren erg blij met de meerjarenafspraken omdat zij daardoor voor het eerst de mogelijkheid kregen mee te praten over be-

langrijke beslissingen. De meerjarenaafspraken bevorderden dus de emancipatie van de kleinere partijen in de sector.

De meerjarenaafspraken waren niet alleen een politiek proces, maar waren ook zo opgezet dat het departement in een sterk sturende rol kwam te zitten. Dit was ook zo bij de meer operationele onderwerpen. Zo werden er bijvoorbeeld afspraken gemaakt over de precieze hoogte van de vergoedingen voor de praktijkverpleegkundigen in de huisartspraktijk (een bevoegdheidscaan het CTG). Deze betrokkenheid van het ministerie zorgde voor aanzienlijke verwarring, omdat deze tot op zekere hoogte interfereerde met de officiële beleidsboodschap dat de zorgverzekeraar de regierol had en dat het ministerie alleen verantwoordelijk was voor het functioneren van het systeem.

De sturingspretenties van het departement liepen echter stuk op het politieke karakter van het proces, de veranderingen in de budgetallocatie en het onvermogen van de brancheorganisaties om de afspraken door hun achterban te laten implementeren. De evaluatie van deze afspraken was bovendien erg gebrekkig. Het bleek niet mogelijk een werkbaar stelsel van prestatie-indicatoren voor de gemaakte afspraken te ontwikkelen en dit had gaandeweg het proces ook geen prioriteit meer. Hierdoor heeft er ook nooit een goede verantwoording plaatsgevonden.

De meerjarenaafspraken kenden dus grote problemen bij de sturingsdoelstellingen en de verantwoording. Toch waren ze zeker geen totale mislukking. Ze bleken namelijk op een aantal andere terreinen zeer waardevol. Op het gebied van de communicatie, de transparantie van de besluitvorming en de participatie van de patiëntenorganisaties zijn goede resultaten geboekt. Het overleg was buitengewoon waardevol.

De commissie in 't Veld adviseerde het ministerie daarom vooral de communicatierijkdom die de meerjarenaafspraken hadden opgeleverd uit te buiten. Dit zou bijvoorbeeld kunnen met een stelsel van aanvullende meerjarenaafspraken (in 't Veld, et al., 2002). Deze afspraken zouden aanvullend moeten zijn op het bestaande beleidsinstrumentarium en kunnen bijvoorbeeld gaan over de onderlinge relaties tussen de verschillende actoren, het informatieverkeer, de kwaliteitszorg en de overige sectoroverschrijdende thema's. Centraal staat het stimuleren van een rijk communicatief proces op de verschillende bestuurlijke niveaus. De meerjarenaafspraken moeten om deze

reden dan ook niet beperkt blijven tot het centrale niveau, ze zijn ook nuttig op het regionale niveau.

De commissie constateerde bovendien dat het onderlinge vertrouwen in de zorgsector zo laag is, dat ieder toekomstig bestuurlijk instrument dit vertrouwen zal moeten voeden in plaats van het verder te ondergraven. Het maken van wederzijdse meerjarenafspraken kan zo'n instrument zijn, maar dan nog is er een 'Commissie van Wijzen' nodig om mogelijk opportunistisch gedrag aan de kaak te stellen.

De ervaringen met de meerjarenafspraken laten zien dat de meeste winst van een balanced scorecard waarschijnlijk ook te behalen valt op het (bestuurlijk) communicatieve vlak. We kunnen daarbij bijvoorbeeld denken aan bestuurlijk vertrouwen, eenheid van bestuurlijke taal en een minder ideologisch politiek-maatschappelijk debat. De voordelen van de balanced scorecard moeten in eerste instantie dan ook niet zozeer bij de sturing worden gezocht. Het noodzakelijke ontwikkelproces zal dan sterk politiseren en krijgt daardoor een groot afbreukrisico of verwordt tot 'window dressing'. Bovendien wordt het proces dan kwetsbaar voor allerlei externe bestuurlijke besluiten.

Om de voordelen op het communicatieve terrein ten volle uit te buiten is het wel noodzakelijk dat hieraan een adequate bestuurlijke overlegstructuur wordt gekoppeld. Deze mag zich uiteraard niet alleen richten op 'praten om het praten'. De balanced scorecard moet daarom ook een volwassen functie krijgen op hoog bestuurlijk niveau, bijvoorbeeld in de verantwoording van het ministerie naar de Tweede Kamer en samenleving. Een balanced scorecard op systeemniveau kan immers prima de functie van algemeen verantwoordingsinstrument vervullen. De *'raison d'être'* van de balanced scorecard is waarschijnlijk het best gediend met een structurele en geen projectgebonden positie binnen de organisatie van het departement.

Indien de overheid toch de ambitie heeft om te sturen moet zij de communicatieprocessen als input gebruiken voor de diverse beleidscyclussen. Het is dan wel van belang om verschillende balanced scorecards te maken die meer specifiek aansluiten bij de objecten van de sturing. De uitgangspunten van de meerjarenafspraken kwamen namelijk beter tot hun recht in een meer homogene sector.

3.4 Conclusies

In dit hoofdstuk is bekeken hoe prestatieinformatie in de bestuurlijke praktijk wordt gebruikt. We hebben dit gedaan door naar de rol van prestatieinformatie in een tweetal casussen te kijken. De eerste casus had betrekking op het beleid rondom marktconcentraties, tevens één van de zesentwintig prestatie-indicatoren van de balanced scorecard. De tweede casus ging over de meerjarenafspraken van het tweede paarse kabinet. Dit is te beschouwen als een poging om op systeemniveau een vorm van prestatie management in te voeren.

Het heeft zeker zijn beperkingen om gebruik te maken van beperkte casuïstiek, maar naast de zelfstandige conclusies die hieruit voor de beide casussen kunnen worden getrokken, functioneert het ook als een bevestiging van meer algemene en ingeburgerde bestuurskundige theorieën. De beide casussen maken duidelijk dat prestatie management op dit moment nog geen dominante rol speelt in de bestuurlijke processen in de gezondheidszorg. De totstandkoming van prestatie management is bovendien een moeizaam proces waarin ‘window-dressing’ een belangrijke verborgen doelstelling lijkt. Deze constatering onderschrijft de bestuurskundige theorieën die menen dat de belangrijke beslissingen meestal ontstaan in de wisselwerking tussen ideologische abstracties, deelbelangen en (politiek belangrijke) incidenten in combinatie met budgettaire argumenten. Deze gegroeide bestuursrationaliteit staat op gespannen voet met de logica van rationele bedrijfsvoering-processen waarin goede en geavanceerde prestatieinformatie onmisbaar is.

Rationele bedrijfsvoeringstrategie is gebaseerd op het vaststellen van doelen en deze vervolgens zo efficiënt mogelijk bereiken. Een evaluatie en verantwoording sluit dit proces af en vormt tevens input voor een nieuw beleidsproces. In de gezondheidszorg zijn veel doelstellingen echter helemaal niet zo duidelijk. De eerste casus maakt bovendien duidelijk dat doelstellingen op de lange termijn nogal eens kunnen verschuiven. Korte termijndoelstellingen leiden hiernaast tot een eigen dynamiek, zoals bleek bij de meerjarenafspraken. Hier ging het de betrokkenen vooral om hun korte termijn budgettaire belangen en veel minder om het lange termijnbeleid. Het gevolg was dat het instrument ineffectief bleek voor de sturing van de gezondheidszorg.

De ontwikkeling van een balanced scorecard in de gezondheidszorg zal daarom met een aantal zaken rekening moeten houden. De normen en de beleidstheorieën onder het zorgsysteem zullen in de loop van de tijd veranderen. Om de aansluiting hiermee te behouden, moeten deze normen en theorieën tijdens de ontwikkeling van de balanced scorecard continu worden geëxpliciteerd. Een succesvolle ontwikkeling van de balanced scorecard is er bovendien mee gebaat dat dit proces niet al te zeer gepolitiseerd raakt. Dit zorgt voor de rust die nodig is om meer geavanceerde indicatoren te ontwikkelen.

De balanced scorecard zal voor een maatschappelijk systeem, zoals de totale gezondheidszorg, anders functioneren dan voor een particulier bedrijf, waar die oorspronkelijk voor is ontwikkeld. Dit komt omdat de (formele) verhoudingen door allerlei redenen minder hiërarchisch zijn. Bovendien betreft het een sterk heterogeen systeem met zo mogelijk een nog heterogene output. De balanced scorecard zal mede daardoor in het algemeen niet zo geschikt zijn voor sturing van de gezondheidszorg. Meer specifieke balanced scorecards op sectorniveau of indicatoren met een sterke link met de bekostiging lossen dit probleem waarschijnlijk slechts gedeeltelijk op.

Dit betekent echter niet dat het ministerie van VWS nu maar af moet zien van de introductie van een balanced scorecard. Deze conclusie is veel te voorbarig. De tweede casus heeft namelijk duidelijk gemaakt dat goede bestuurlijke communicatie een intrinsieke waarde voor een effectieve beleidsvoering vormt. De komst van een of meerdere balanced scorecards kan dit proces aanjagen en versterken. In de relatie tussen de overheid en de zorgsector is dit een ondergeschoven kindje waarbij bovendien veel ruis ontstaat dat het onderlinge vertrouwen aantast.

Het is daarom wel belangrijk dat het bestuurlijke overleg over de balanced scorecard goed wordt geregeld. De balanced scorecard moet gebruikt worden bij bestuurlijk overleg met de sector, maar moet niet enkel als een 'praatdocument' in achterkamertjes worden gebruikt. Dit kan door de balanced scorecard ook een duidelijke functie te geven als verantwoordingsinstrument voor het afleggen van verantwoording op het systeemniveau. Het model van de huidige balanced scorecard is hier in beginsel voor geschikt. Het parlement, media en de burger krijgen daardoor bovendien een instrument in handen waarmee ze een beter inzicht krijgen in het algehele functioneren van de gezondheidszorg. Hierdoor kunnen ze hun contro-

lerende taken beter uitoefenen. Ook op deze manier kan de balanced scorecard het functioneren van de politiek strategische besluitvormingsprocessen in de gezondheidszorg ondersteunen.

4 Prestatieinformatie in andere zorgsystemen

4.1 Inleiding

Dit hoofdstuk beantwoordt het tweede deel van de tweede onderzoeksvraag. Deze luidt:

Hoe wordt prestatieinformatie op systeemniveau gebruikt in andere zorgsystemen en wat zijn de belangrijke ervaringen?

Nederland loopt internationaal gezien zeker niet voorop met het gebruik van prestatieinformatie in de gezondheidszorg. Vooral in de Angelsaksische wereld bestaat hiermee immers al de nodige ervaring (Roper en Cutler, 1998; Crommentuyn, 2003; Department of Health Australia, 2000). Het aantal evaluaties hierover is overigens nog beperkt.

“Yet, for all the interest in the development and use of performance measurement systems, the science of health care performance measurement is still relatively embryonic, and there remains a paucity of hard evidence to guide policy in this area. In the United States for example, despite there being several hundred separate performance reporting programmes in operation, a recent systematic review concluded that only seven had been subject to any formal published evaluation” (Marshall et al., 2001).

Desalniettemin is het toch mogelijk om de beperkte nationale ervaringen uit het vorige hoofdstuk aan te vullen met enige internationale casuïstiek. Deze ervaringen kunnen vervolgens worden gebruikt bij de ontwikkeling van de Nederlandse balanced scorecard. We richten ons daarbij vooral op de rol die prestatieinformatie speelt in de bestuurlijke praktijk van het hele zorgsysteem.

In dit hoofdstuk diepen we een tweetal casussen verder uit. Onze eerste casus behandelt de prestatieinformatie van Oregon. Oregon is de staat in de Verenigde Staten die het meeste werk heeft gemaakt van prestatieinformatie in de publieke sector. Sinds 1989 worden er *performance reports* gemaakt over het functioneren van de staat. Dit initiatief heeft, vanwege haar innovatieve karakter, nog recentelijk een prestigieuze prijs gewonnen van de Universiteit van Harvard (www.econ.state.or.us/opb). Verschillende andere staten hebben de aanpak van Oregon inmiddels gekopieerd (Connecticut,

Florida, Maine, Minnesota, North Carolina en Vermont). Het valt daarbij op dat de politieke steun in de democratisch bestuurde staten meestal groter is dan in republikeinse staten (paragraaf 4.2).

De tweede casus gaat over de *National Health Service* (NHS) in Engeland. Dit is een interessante casus omdat generationaliseerde systemen traditioneel beschikken over een ruime hoeveelheid prestatieinformatie. In Engeland is het gebruik van prestatieinformatie bovendien ook een belangrijk onderwerp in het debat over hervorming van de NHS. Dit heeft bijvoorbeeld geleid tot de bekende sterrenratings van de Engelse ziekenhuizen (paragraaf 4.3).

De afsluitende paragraaf bevat een beschouwing over de functie die prestatieinformatie in de beide internationale casussen heeft gehad en wat we hiervan kunnen leren voor de ontwikkeling van een balanced scorecard voor de Nederlandse gezondheidszorg. Dit doen we middels een vergelijking tussen de plannen voor de Nederlandse balanced scorecard en de Amerikaanse en Engelse ervaringen (paragraaf 4.4).

4.2 Casus 1: Oregon: prestatieinformatie voor maatschappelijke inspiratie³

Uitgangspunten en achtergronden

Honderd prestatieindicatoren meten in de Amerikaanse staat Oregon het functioneren van de economie, het onderwijs, het milieu, de veiligheid, de ruimtelijke ordening, de maatschappelijke cohesie en de sociale zekerheid en de gezondheidszorg. De hele publieke sector wordt daar dus onderworpen aan prestatie management.

Het prestatie management is in Oregon ontstaan tijdens de diepe economische crisis die de staat in het midden van de jaren tachtig doormaakte. De charismatische gouverneur Goldsmith maakte in 1988 zijn strategische plan *Oregon Shines* tot inzet van zijn verkiezingscampagne. Prestatieindicatoren moesten elke twee jaar de voortgang van dit ambitieuze project monitoren. De prestatieindicatoren werden daardoor vanaf het begin sterk gepolitiseerd. Het was een instrument om samen met de kiezers en belanghebbenden een toetsbare visie te ontwikkelen om Oregon de 21^e eeuw binnen te loodsen. Het onderliggende strategisch plan wordt maar eens in de acht jaar

vastgesteld, maar de prestaties worden elke twee jaar in een lijvig rapport gepubliceerd.

De *Oregon Progress Board* (OPB) is speciaal opgericht om de indicatoren te ontwikkelen en bij te houden. Deze *board* bestaat uit 12 leden (de gouverneur als voorzitter, negen vooraanstaande burgers met specifieke kennis en ervaring, twee parlementariërs en twee leden zonder stemrecht, een student en de secretaris van het ambtelijk apparaat. De *board* heeft burgers, bedrijfsleven en maatschappelijke groeperingen consequent betrokken bij de totstandkoming van indicatoren en beleidsdoelstellingen. De *board* wordt ondersteund door een secretariaat van vier medewerkers.

Het proces begon met ambitieuze doelstellingen en hoge verwachtingen. Na enkele jaren volgde een periode van teleurstelling en het bijstellen van deze verwachtingen. Men koos voor realistischere doelstellingen en de relatie met de beleidsmakers werd versterkt. Tegelijkertijd kreeg de OPB een structurele positie binnen het belangrijke departement van algemene zaken. We moeten desalniettemin concluderen dat de gezondheid van de bewoners in Oregon zich in de jaren negentig niet aantoonbaar beter heeft ontwikkeld dan in de rest van het land. De belangrijkste actoren blijven echter overtuigd dat de prestatieindicatoren een positieve invloed op de gezondheid van de inwoners hebben gehad. Met name op het lokale niveau zouden de slecht presterende counties zich, door een integrale aanpak van publieke en particuliere instanties hebben opgetrokken. De prestatieindicatoren zijn na vijftien jaar dan ook stevig verankerd in de bestuurlijke praktijk van Oregon en de meeste actoren zijn er nog steeds buitengewoon lovend over.

We beschrijven nu eerst kort de gezondheidszorgindicatoren binnen het prestatie-managementsysteem. Daarna concentreren we ons op de bestuurlijke ervaringen en we sluiten af met een vergelijking van de situatie in Oregon met de plannen van het ministerie van VWS voor een balanced scorecard in de gezondheidszorg.

De prestatieindicatoren

Oregon hanteert momenteel negentig indicatoren voor zijn systeem met prestatie-informatie. Hiervan heeft een tiental expliciet betrekking op gezondheidsuitkomsten. Deze indicatoren liggen vooral op het terrein van de *public health* en veel minder op de individuele gezondheidszorg. Hiernaast zijn er

nog enkele indicatoren die in een andere categorie vallen, maar raken aan het functioneren van de gezondheidszorg.

**Box 1 Indicatoren van de Oregon Progress Board
aan het functioneren van de gezondheidszorg**

Health

- 39 Teen pregnancy
- 40 Prenatal care
- 41 Infant mortality
- 42 Immunizations
- 43 HIV diagnosis
- 44 Adult non-smokers
- 45 Premature death
- 46 Perceived health status
- 47 Affordable child care
- 48 Available child care

Overige

- 30 Volunteering
- 49 Teen substance abuse
- 50 Child abuse
- 51 Elder abuse
- 52 Abstinence during pregnancy
- 54 Health insurance

Bron: Oregon Progress Board, 2003

Oorspronkelijk begon men met 259 indicatoren, maar dit bleek in de praktijk onhanteerbaar en het aantal indicatoren is nu gemaximeerd op 100. De maatschappelijke organisaties en de burgers worden periodiek betrokken bij de keuze en de ontwikkeling van de indicatoren (hoorzittingen en dergelijke). Enkele voorbeelden van de gezondheidsindicatoren uit het meest recente rapport van de OPB staan hieronder. Zoals valt te zien, presenteren de indicatoren de trend van de afgelopen jaren ten opzichte van de doelstelling uit het strategische plan.

42 Immunizations
 Percent of two-year-olds who are adequately immunized
Making Progress? Yes

Oregon's early immunization rate has risen only modestly over the decade despite significant efforts to increase it.

42. Percent of Two-Year-Olds Who Are Adequately Immunized

U.S. Centers for Disease Control and Prevention

State Agencies Linked
 - Human Services

43 HIV Diagnosis
 Number of 1st time positive HIV test results among Oregonians age 13 and older
Making Progress? Yes

The number of persons with new HIV positive tests fell steadily during the 1990s.

43. # of 1st Time Positive HIV Test Results Age 13 and Older

Oregon Department of Human Services

State Agencies Linked
 - Human Services

44 Adult Non-Smokers
 Percent of Oregonians 18 and older who do not smoke cigarettes
Making Progress? Yes, but

Oregon has made a modest two percent improvement in adult non-smoking over the decade. Oregon's tobacco prevention and education program was instituted in 1997.

44. Percent of Oregonians 18 and Older Who Do Not Smoke Cigarettes

Oregon Department of Human Services

State Agencies Linked
 - Human Services

How Oregon Compares
 In 2000, 20.7 percent of adult Oregonians smoked, versus 23.2 percent of adults nationwide.

Behavioral Risk Factor Surveillance System

45 Premature Death
 Premature Death: (rate per 1,000) Years of life lost before age 70
Making Progress? Yes

Fewer Oregonians (per 1,000) are dying prematurely today than in 1991. Leading causes in the U.S. and Oregon are cancer, injury and heart disease.

45. Premature Death: Years of Life Lost Before Age 70 (rate per 1,000)

Oregon Department of Human Services

State Agencies Linked
 - Human Services
 - Medical Examiners Bd.
 - Transportation
 - State Police

How Oregon Compares: Age-adjusted rates per 100,000

	OR	WA	US
1999	5,156	4,819	5,936
2000	5,058	4,796	5,917

Centers for Disease Control and Prevention
<http://nchsapp.cdc.gov/stateweb/inpc/typl10.html>

46 Perceived Health Status
 Percent of adults whose self-perceived health status is very good or excellent
Making Progress? No

Oregonians' perceived health status has fallen steadily over the past decade. Oregonians are at the national average on this indicator of health.

46. Percent Perceiving Their Health Status as Very Good or Excellent

Oregon Department of Human Services

State Agencies Linked
 - Medical Examiners Bd

How Oregon Compares
 Perceived health status

Year	OR	WA	U.S.
2001	55%	60%	56%

National Center for Health Statistics
 Behavioral Risk Factor Surveillance System

47 Affordable Child Care
 Percent of families with incomes below the state median income for whom child care is affordable
Making Progress? No

Roughly one third of lower income households with children under 13 find child care affordable. This means they spend less than 10% of household income on child care. This is down from 40% in 1992.

47. Percent of Low Income Families for Whom Child Care is Affordable

Oregon Population Survey

State Agencies Linked
 - Employment

48 Available Child Care
 Number of child care slots available for every 100 children under age 13
Making Progress? Unknown

Since 1999, the supply of child care has declined. New regulations in 1999 flaked out inactive providers and those unwilling to comply. Targets aim for the national standard of 25 slots per 100 children.

48. Number of Child Care Slots Available for Every 100 Children Under Age 13

Child Care Research Partnership & Oregon Employment Department

State Agencies Linked
 - Employment Department
 - Children and Families (Commission)
 - Human Services

49a Teen Substance Abuse - Alcohol
 Percent of 8th grade students who report using alcohol in the previous month
Making Progress? No, but

The trend since 1996 has been positive. Oregon tends to run several percentage points above the US average.

49a. Percent of 8th Graders Who Report Using Alcohol

Oregon Department of Human Services

State Agencies Linked
 - Criminal Justice
 - Human Services

How Oregon Compares

Alcohol	1998	1999	2000	2001
OR	26.0%	N/A	26.4%	24.8%
U.S.	23.0%	24.0%	22.4%	21.5%

Monitoring the Future Study
 University of Michigan

Bron: The 2003 Benchmark Performance Report, www.econ.state.or.us/opb
Bestuurlijke ervaringen

Het ontstaan van de prestatieinformatie in Oregon hing sterk samen met een politieke visie van meer en beter. Het was een communicatieinstrument dat zowel de bevolking als de ambtenarij moest inspireren doelen te stellen en deze vervolgens te evalueren. Er waren dan ook geen individuele overheidsinstanties verantwoordelijk voor specifieke indicatoren, alhoewel dit van tijd tot tijd wel zo werd gevoeld. De bedoeling was vooral dat iedereen meedeed. De doelstellingen met *Oregon Shines* sloten goed aan bij twee belangrijke bestuurlijke tradities in de staat, namelijk het vertrouwen in de directe democratie en het gebruik van innovatieve bestuursinstrumenten.

De behaalde gezondheidsscores vielen op het eerste gezicht tegen. Van alle oorspronkelijke doelstellingen is alleen de gewenste afname van de kindersterfte daadwerkelijk gehaald. Het alcoholgebruik onder jongeren, een andere indicator nam zelfs toe. Vooruitgang was er ook bij de vaccinatieprogramma's en de tienerzwangerschappen. In vergelijking met de rest van het land deed Oregon het echter niet beter hoewel hier recentelijk enige verandering in lijkt te komen.

De oorspronkelijke doelstellingen zijn medio jaren negentig neerwaarts aangepast. Daar kan je negatief tegenover staan, maar dat moet toch vooral worden gezien in het licht van de andere bestuurlijke functie die prestatie management kreeg. De indicatoren ontwikkelden zich van een meer ideologisch instrument dat de burgers moest inspireren naar een instrument dat niet alleen inhoud gaf aan communicatieve functies, maar ook een rol had bij de verantwoording van de prestaties van het overheidsapparaat. Het bleek onontkoombaar om het instrument aan te laten sluiten bij zijn primaire bestuurlijke functie. De nadruk kwam daardoor meer te liggen op verantwoording en beleidsrelevante informatie en minder op de strategische vergezichten!

Hoewel het succes van de indicatoren nog niet duidelijk uit de scores zelf blijkt, is er wel veel kwalitatief bewijs dat prestatie-indicatoren het bestuurlijke proces hebben verbeterd. Op het terrein van de gezondheidszorg had men bovendien het voordeel dat men daar al relatief ver was op het terrein van de informatievoorziening en de genoemde indicatoren al verzamelde. De *Oregon Health Division* was hiernaast een groot voorstander omdat de indicatoren goed aansloten bij haar

public health doelstelling. Kwalitatief onderzoek naar de rol van de volksgezondheidsindicatoren maakt het volgende duidelijk.

- Deze indicatoren leiden tot een beter debat over de doelstellingen van beleid en de oorzaken van problemen. The *civil society* is veel beter geïnformeerd geraakt over de *key issues* en omdat deze vaak breed gedeeld worden ontstaan er allerlei nieuwe verbindingen en initiatieven.
- Op lokaal niveau werkt de schandpaalfunctie als een sterke motivatie om het in het vervolg beter te doen. Een aantal *counties* heeft bovendien, als gevolg van de centrale prestatieinformatie haar eigen beleidsinformatie veel geavanceerder gemaakt.
- Op lokaal niveau ontstaat eveneens meer samenwerking tussen de overheid en de *civil society*. Dit omdat de communicatie over beleidsproblemen sterk wordt gevoed en gestimuleerd. Dit proces hangt overigens mede af van de aanwezigheid van lokale krachten die de handschoen daadwerkelijk oppakken.
- De indicatoren gingen onbedoeld ook een rol spelen bij het begrotingsproces. In 1992 werden bijvoorbeeld alle beleidsterreinen - op onderwijs na - met vijftien procent gekort. Kon men echter duidelijk maken dat dit negatieve gevolgen had voor de prestatieindicatoren, dan werd een gedeelte van de taakstelling kwijtgescholden.
- Elk overheidsonderdeel ging om redenen van budget en prestige op zoek naar zijn eigen indicator. Het aantal indicatoren steeg daardoor in twee jaar tijd van 158 naar 272. Deze populariteit ondermijnde echter tegelijkertijd de bestuurlijke effectiviteit van het systeem. Een nieuwe gouverneur en een nieuwe directeur moesten het proces daardoor opnieuw stroomlijnen (minder indicatoren, een nieuw strategisch plan en een gemoderniseerd proces waarbij departementen eigen prestatieindicatoren moeten linken aan het centrale systeem).

De nauwe band die op een zeker moment ontstond tussen de prestatieindicatoren en het budgettaire proces was controversieel en had belangrijke nadelen. Het begrotingsproces wordt in de praktijk gedomineerd door politieke en budgettaire overwegingen. Kwantitatieve beleidsdoelstellingen sluiten hier niet altijd goed op aan. Bovendien werd het creatief boekhouden gestimuleerd doordat symbolische relaties tussen de budgetvoorstellen en de prestatieindicatoren werden gelegd. De departementen gebruiken de indicatoren daardoor ook minder voor hun eigen beleidsprocessen.

De belangrijkste verbeterpunten die de betrokkenen nu nog zien voor het prestatieindicatorensysteem van Oregon zijn:

- Betere analyses en verklaringen van de betekenis van de scores.
- Nauwkeuriger uitsplitsing van de data (naar postcodes) zodat specifiekere beleidsmaatregelen kunnen worden getroffen.
- Continue evaluatie en aanpassing van de indicatoren.
- In kaart brengen van de relatie van de zorgindicatoren van de indicatoren van aanpalende beleidsterreinen (*public-health* motief).
- Verdere versterking van de relatie met de *civic society*.
- Verder versterken van de betrokkenheid van het parlement
- Sommigen willen een verdere versterking van de link met het budgettaire, maar anderen hebben hier juist grote problemen mee.

4.3 Casus 2: De National Health Service, prestatie-informatie voor betere resultaten?⁴

Uitgangspunten en achtergronden

De prestatie-indicatoren in Engeland zijn ontwikkeld als alternatief van de nieuwe labourregering voor de door de conservatieven in het begin van de jaren negentig geïntroduceerde interne marktwerking in de *National Health Service*. De politiek voor deze interne markt leidde namelijk niet tot de gewenste resultaten (Propper et al., 2003). Het nieuwe beleid had eveneens tot doel om het presteren van de NHS te verbeteren en was gebaseerd op de notitie *A first class service: quality in the NHS* uit 1998. Deze notitie ging uit van een drietal elementen, namelijk het stellen van duidelijke doelen, bestuurlijke decentralisatie en professionele autonomie en tot slot het monitoren van de prestaties. Voor de monitoringfunctie was een systeem met prestatie-informatie noodzakelijk.

In 1998 werd voor daarom de eerste *national performance assessment framework* (PAF) ontwikkeld. Een paar jaar later begon men in de NHS ook de individuele ziekenhuizen te waarderen met behulp van een sterrenstelsel. Elk ziekenhuis kan tussen de nul en drie sterren behalen. De ziekenhuizen met drie sterren krijgen meer beleidsautonomie, maar de ziekenhuizen met nul sterren komen juist onder curatele te staan. Het PAF richt zich op het functioneren van het hele zorgsysteem, maar kent ook een regionale onderverdeling. Het sterrenstelsel voor de

ziekenhuizen kent veel andere prestatieindicatoren dan het PAF. Zij concentreert zich vooral op de wachtlijsten, het personeel en de bedrijfseconomische prestaties van de ziekenhuizen. Er bestaat daardoor betrekkelijk weinig verband tussen de strategische doelen van de NHS en het sterrensysteem voor de ziekenhuizen.

In Engeland bestaan derhalve meerdere systemen voor prestatie-management. Deze zijn met elkaar verwant en vertonen ook overlappingen, maar de centrale bestuurlijke organisatie van de NHS maakt desondanks een gecoördineerde aanpak mogelijk. In de rest van deze paragraaf concentreren we ons op de prestatie-informatie op het nationale niveau, het *national performance assessment framework*. Deze indicatorenset is, net als die van Oregon sterk gericht op het verbeteren van de prestaties. Er bestaan echter geen concrete streefcijfers, maar van elke indicator wordt de feitelijke verbetering of verslechtering per regio inzichtelijk gemaakt.

De prestatieindicatoren

Het *performance assessment framework* van de *National Health Service* bestaat momenteel uit eenenvijftig indicatoren en is nog steeds sterk in ontwikkeling. In eerdere versies is dan ook nog van andere indicatoren gebruik gemaakt. De indicatoren zijn gegroepeerd onder zes perspectieven (box 2a). De overheid spreekt daarom zelf van een *balanced scorecard*, maar dit is wel een vrije vertaling. Er ontbreekt bijvoorbeeld een perspectief over keuze-informatie. Traditioneel was keuzevrijheid echter ook nooit een belangrijke doelstelling van de NHS.

In Engeland is net als in Oregon sprake van een hoop public health indicatoren, maar men heeft deze aangevuld met gegevens over veel voorkomende medische handelingen (productiecijfers). De klantgerichtheid, de efficiency en de effectiviteit van het systeem worden eveneens met *public health* en productie-indicatoren beschreven. Eerdere versies van het PAF bevatten weliswaar ook gegevens over de kosten van bepaalde behandelingen, maar deze zijn vanwege hun controversiële karakter weer geschrapt.

De ontwikkeling van de indicatoren vindt hoofdzakelijk plaats binnen de centrale administratieve organisatie van de NHS in samenspraak met de professionals en lokale managers. Het ontwikkeltraject is dus in - tegenstelling tot in Oregon waar ook de *civil society* nadrukkelijk bij de ontwikkeling werd betrokken - meer een interne NHS aangelegenheid. Op de vol-

gende pagina's staan een tweetal voorbeelden uit het meest recente rapport over het *performance assessment framework*. Deze geven een indruk over de opzet en vormgeving van de prestatie-indicatoren in Engeland.

Box 2a Indicatoren in het Performance Assessment Framework

- A. Health improvement*
 1. levensverwachting mannen
 2. levensverwachting vrouwen
 3. mortaliteit maligne nieuwvormingen
 4. mortaliteit hart- en vaatziekten
 5. mortaliteit zelfmoordpogingen
 6. mortaliteit (verkeers)ongelukken
 7. gestandaardiseerde tienerzwangerschappen
 8. beschadigde tanden bij vijf jaar oude kinderen
 9. kindersterfte

- B. Fair acces*
 1. screeningsgraad borstkanker
 2. screeningsgraad baarmoederhalskanker
 3. gestandaardiseerde CABG's en PTCA's
 4. gestandaardiseerde heup- en knieoperaties
 5. gestandaardiseerde cataracten
 6. aantal huisartsen per 100.000 inwoners
 7. gestandaardiseerde intakes verslavingszorg

- C. Effective delivery of appropriate health care*
 1. vaccinatiegraad kinderziekten
 2. vaccinatiegraad griep
 3. % patiënten dat binnen 56 dagen na CVA naar huis kan
 4. % patiënten dat binnen 28 dagen na heupfractuur naar huis kan
 5. EHBO-consulten voor acute infecties en infarcten
 6. EHBO-consulten voor astma en diabetes
 7. gestandaardiseerde voorschrijving slaapmedicatie
 8. gestandaardiseerde voorschrijving anti-bacteriële medicatie
 9. gestandaardiseerde voorschrijving maagzweermedicatie
 10. aantal orgaandonoren

- D. Efficiency*
 1. gestandaardiseerd aantal dagbehandelingen 25 procedures
 2. gestandaardiseerde opnameduur 25 procedures
 3. percentage generieke medicatie
 4. no-show eerste poliklinieken

5. kwaliteit aangeleverde data

E. Patient/ carer experience

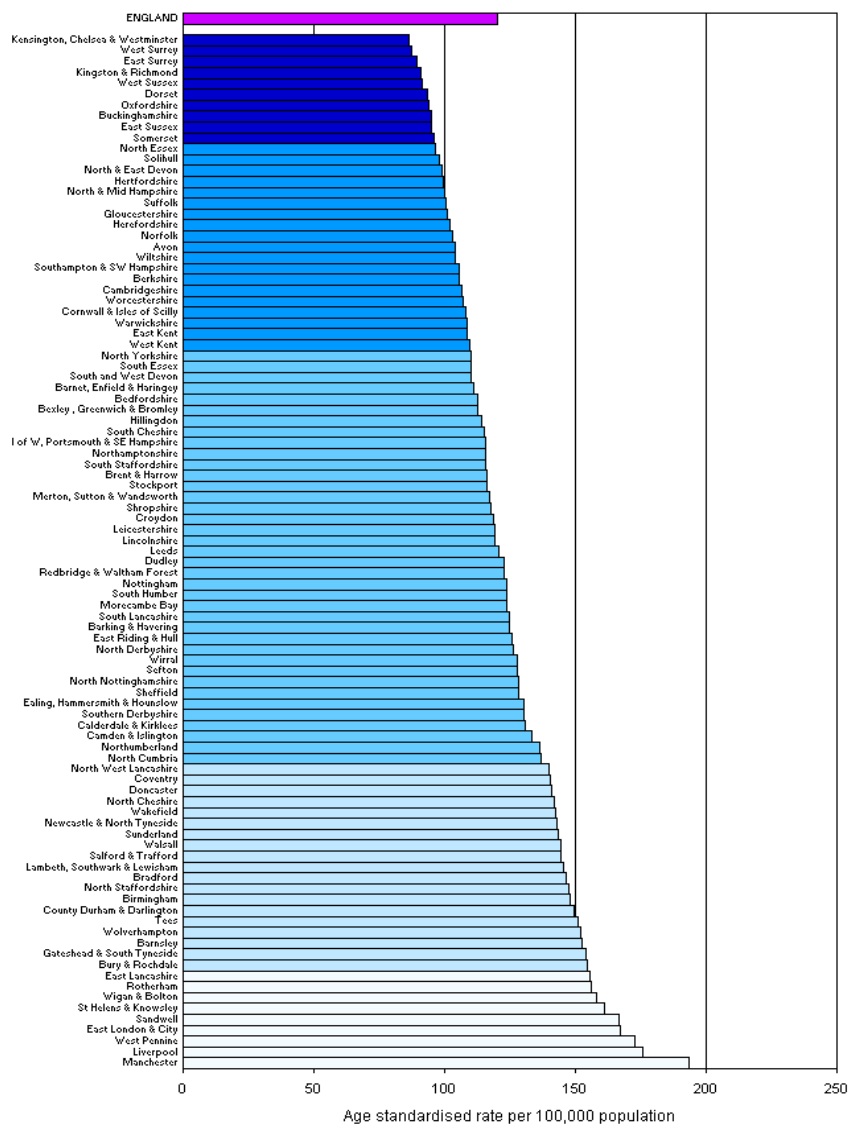
1. % wachttijd korter dan zes maanden voor opnames
2. % wachttijd korter dan 13 weken voor eerste consult
3. % wachttijd korter dan 2 weken voor acute oncologie
4. % patiënten die later dan verwacht zijn ontslagen
5. % huisartsenpraktijken die binnen 2 dagen afspraak maken

F. Health outcomes of NHS care

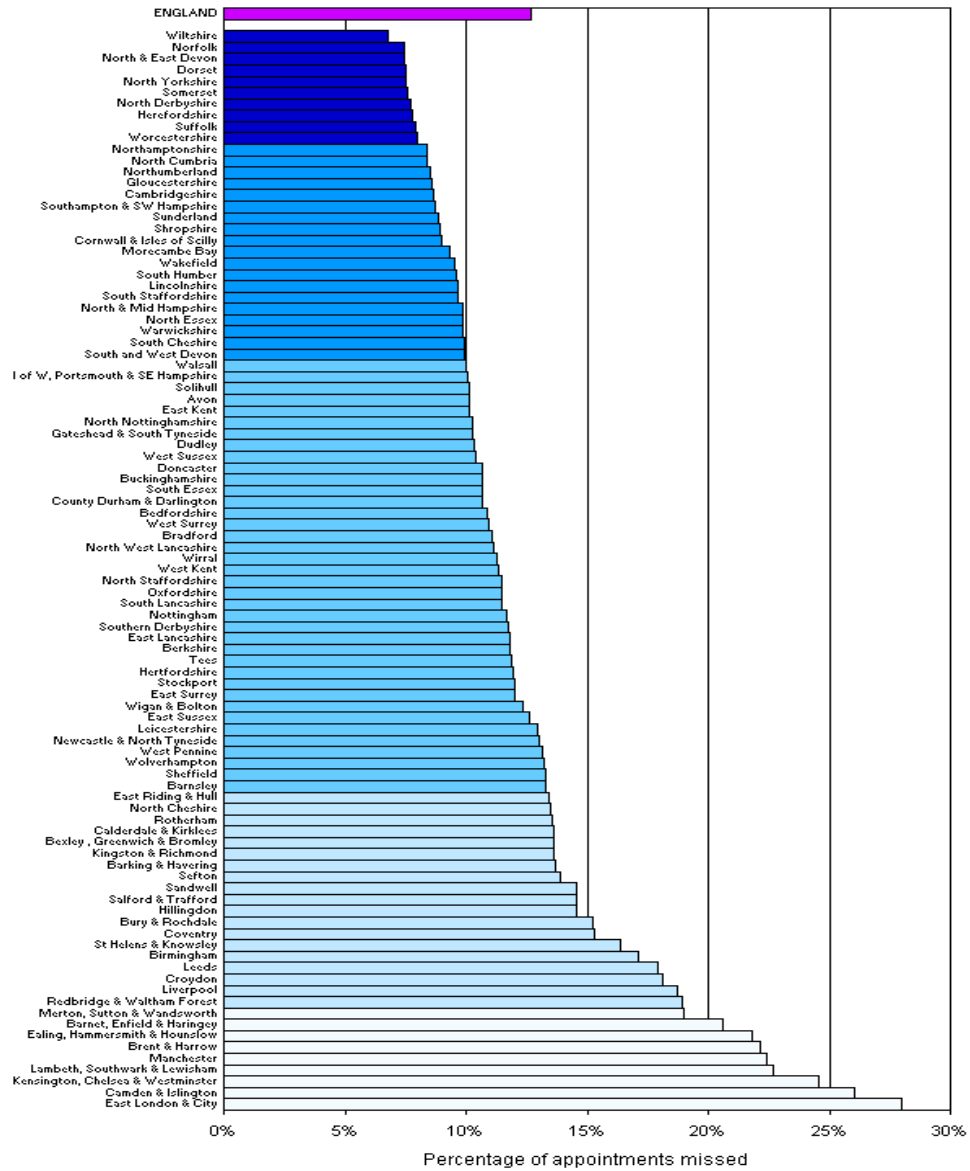
1. gestandaardiseerde opnames
2. acute opnames kinderen met ademhalingsmoeilijkheden
3. gestandaardiseerde heropnames psychiatrie
4. gestandaardiseerde heropnames ziekenhuizen
5. gestandaardiseerde heropnames ziekenhuizen/heupen
6. gestandaardiseerde heropnames ziekenhuizen/CVA
7. vijfjaarsoverleving borstkanker
8. vijfjaarsoverleving longkanker
9. vijfjaarsoverleving darmkanker
10. gestandaardiseerde mortaliteit non-electieve opnames
11. gestandaardiseerde mortaliteit CABG
12. gestandaardiseerde mortaliteit heupfractuur
13. gestandaardiseerde mortaliteit CVA
14. gestandaardiseerde mortaliteit non-electieve chirurgie
15. gestandaardiseerd aantal mensen dat is gestopt met roken na anti-roken cursus

Bron: Department of Health. NHS performance indicators 2003.

Figuur 4.3 Death from circulatory diseases (mortality rate from all circulatory diseases in persons aged under 75 per 100,000 population (age-standardised), 1998-00)



Figuur 4.4 Missed outpatient appointments (percentage of first outpatient appointments for which patient did not attend, 2000/01)



Bestuurlijke ervaringen

De prestatieinformatie in Engeland is sterk gepolitiseerd. Het speelt een belangrijke rol binnen het ideologische debat over hervormingen van de *NHS*. Deze initiatieven zijn daarom erg controversieel. Dec zien het als een vorm van *big-government* terwijl labour het juist ziet als een zeer belangrijk instrument om de prestaties van de *NHS* te verbeteren. Het gevolg van de sterke politisering is dat het effect van de prestatieinformatie vooral wordt afgemeten in sturingsdoelstellingen en volledige transparantie. *Benchmarking* speelt daardoor een grote rol in bijna alle systemen met prestatieinformatie. Er bestaat inmiddels ook enig bewijs dat men zich in de *NHS* daadwerkelijk focust op de scores van de indicatoren. Critici wijzen erop dat dit ook negatieve consequenties heeft. De sterke politisering van dit onderwerp blijkt ook uit de volgende koppen uit de *British Medical Journal* van 2003:

- *NHS staff cheat to hit government targets, MP's say*
- *Need good results? Fiddle them*
- *Hospitals take short term measures to meet targets*
- *NHS too target driven*

Het is verder opvallend dat ook de meer technische kant van de ontwikkeling van de indicatoren sterk gepolitiseerd is. Er zijn daardoor ook vraagtekens bij de representiviteit en objectiviteit van de gegevens. Inmiddels zijn er bovendien ook private partijen die zich op de markt voor zorginformatie hebben begeven, zoals *Dr. Foster* (www.drfooster.co.uk).

De *Royal Statistical Society* heeft - als antwoord op de sterke politisering - gepleit voor een onafhankelijk orgaan voor de ontwikkeling van prestatieinformatie. Inmiddels is ook besloten dat de ontwikkeling van de prestatieindicatoren inderdaad meer op afstand van het ministerie van volksgezondheid wordt geplaatst. Er komt een nieuw orgaan: de *Office for information on health care performance*. Deze zal het parlement jaarlijks berichten over de prestaties van de *NHS*.

Het gevolg van de concurrentie van private partijen en de belangstelling voor de technische ontwikkeling van de indicatoren, heeft er overigens wel toe geleid dat er in Engeland – in tegenstelling tot de Verenigde Staten (Mc Glynn en Adams, 2001)- een redelijke controle bestaat op de kwaliteit van de informatie. Zo bleek bijvoorbeeld uit onafhankelijk onderzoek van enkele jaren geleden dat een ziekenhuis met één ster de beste klinische resultaten had.

De ontwikkeling van prestatieindicatoren kreeg in 2001 een sterke impuls door het bekend worden van een schandaal in een ziekenhuis in Bristol. Het bleek dat daar bij de congenitale hartaandoeningen jarenlang slechte zorg was geleverd. Minstens dertig procent van de kinderen kreeg niet de zorg die eigenlijk nodig was en velen zijn daardoor onnodig overleden. Doordat de informatievoorziening bovendien zo versnipperd was kon het vele jaren duren voordat dit werd ontdekt. De noodzaak van heldere prestatieindicatoren heeft hierdoor in Engeland toch breed wortel geschoten, maar men blijft sterk verdeeld over de opzet, taak en functie van het *performance assessment framework*.

In Engeland dringt inmiddels ook meer en meer het besef doordat de prestatieindicatoren vooral positief werken als deze de communicatie tussen de betrokken verbeteren. Men vraagt zich af wat bepaalde scores betekenen en welke acties gepast zijn. Dit kan vervolgens tot betere prestaties leiden. De rapporten over de nationale scores besteden daarom ook ruimschoots aandacht aan hoe de indicatoren moeten worden geïnterpreteerd en wat de belangrijkste methodologische problemen zijn. Het gevolg is lange rapporten, zodat er geen invulling kon worden gegeven aan een balanced scorecard die sturing vanuit de ‘cockpit’ mogelijk maakt.

Hoe belangrijk communicatie eigenlijk is bij het effectief gebruik van prestatie management maakt ook de *Royal Statistical Society* duidelijk als zij in een evaluatie over prestatie management in de NHS concludeert:

“Before introducing performance monitoring (PM) in any public service, a PM protocol should be written.(...) A PM protocol should cover objectives, design considerations and the definition of performance indicators, sampling versus complete enumeration, the information to be collected about context, the likely perverse behaviours or side-effects that might be induced as a reaction to the monitoring process, and also the practicalities of implementation. (...) Because of their usually tentative nature, PI’s should be seen as ‘screening devices’ and not over-interpreted. Inspirational targets have a distinctive role, but one which is largely irrelevant in the design of a PM procedure. (...) The Royal Statitital Society considers that attempts to educate the wider public, as well as policy makers, about the issues surrounding the use of PI’s are very important. High priority should be given to sponsoring well-informed public debate, and to disseminating good practices by implementing them across government” (RSS, 2003).

In Engeland is de prestatieinformatie inmiddels de kinderschoenen ontgroeid. In Box 2b staan de belangrijkste lessen over hoe men een systeem van prestatieinformatie moet ontwikkelen en hoe men hiermee om moet gaan.

Box 2b Lessen van uit de Engelse situatie

1. Helder maken voor wie de prestatieinformatie is en het systeem daarop inrichten.
2. Vermijd indicatoren omdat deze data toevallig al bestaan en zorg voor een werkelijk balanced perspectief.
3. Gebruik 'harde' en 'zachte' prestatieinformatie.
4. Indicatoren zijn niet meer dan indicatoren.
5. Wees uiterst zorgvuldig met het toepassen van incentives.
6. Houd rekening met ongewenste effecten.
7. Zorg ervoor dat het publieke domein weet krijgt hoe ze met de prestatieinformatie moet omgaan.

4.4 Conclusies

In dit hoofdstuk hebben we gezien hoe prestatieinformatie in een tweetal andere zorgsystemen wordt gebruikt en wat daarbij de belangrijkste ervaringen zijn. We hebben dit gedaan door te kijken naar de situatie in Oregon en Engeland. Dit betreft slechts twee casussen, maar desalniettemin ontstaat in combinatie met de casussen uit het vorige hoofdstuk toch een eenduidig beeld dat ook relevant is voor de ontwikkeling van een Nederlandse balanced scorecard.

De beide casussen maken duidelijk dat de verwachtingen rondom prestatie management hooggespannen zijn, maar dat er in de praktijk sprake is van een moeizaam ontwikkelproces. De winst wordt in eerste instantie vooral behaald door een betere bestuurlijke communicatie en niet zozeer door een directe aansturing van de gezondheidszorg en een snel stijgend prestatieniveau. Het is daarom aan te bevelen om hier al bij de ontwikkeling van de prestatieinformatie rekening mee te houden. Dit voorkomt teleurstellingen en vergroot de kans op succes.

Een succesvolle implementatie van prestatieinformatie is bovendien gebaat bij sterke politiek-bestuurlijke steun, maar dit moet er niet toe leiden dat het onderwerp zelf gepolitiseerd raakt. Dit kan door bijvoorbeeld uit te gaan van reële opvattingen over de werking van het instrument en de ontwikkeling en implementatie op afstand van het politiek-bestuurlijke proces te plaatsen. Tot slot zijn een cultuur van bestuurlijke inno-

vatie (Oregon) of de mogelijkheid om informatie makkelijk te krijgen (Engeland) belangrijke stimulansen voor de ontwikkeling van prestatie management.

In het vervolg van deze afsluitende beschouwing maken we de koppeling tussen de ervaringen in Oregon en Engeland en de Nederlandse plannen voor een balanced scorecard in de gezondheidszorg. We kijken eerst naar Oregon en tot slot naar Engeland.

Vergelijking tussen Oregon Shines en de Nederlandse plannen voor de balanced scorecard

Een vergelijking tussen Oregon Shines en de plannen voor de balanced scorecard is natuurlijk enigszins speculatief omdat de balanced scorecard zich nog in het ontwikkelstadium bevindt. Belangrijk is in ieder geval dat de politiek-bestuurlijke cultuur die zo belangrijk was voor de totstandkoming van Oregon Shines in ons land grotendeels ontbreekt. In Nederland bestaat geen traditie van directe democratie en transparantie van bestuur. De zorg in ons land is stevig geworteld in een neocorporatistisch bestuursmodel. Dit leidt ertoe dat de legitimiteit en het draagvlak onder dit type instrumenten zwak zijn ontwikkeld.

In tabel 4.1 staan de belangrijkste overige verschillen tussen Oregon en de Nederlandse plannen. Op de eerste plaats zijn de indicatoren niet goed met elkaar te vergelijken. Oregon heeft gekozen voor een *public health* perspectief met een eenvoudige opzet. In Nederland moet het om het hele zorgsysteem gaan en is de opzet toch minder *straight forward* wat een zeker afbreukrisico kan zijn. In Oregon zijn de bestuurlijke functies van de prestatieindicatoren bovendien goed uitgekristalliseerd en met deze functies wordt bij de verdere ontwikkeling ook expliciet rekening gehouden. In Nederland ontbreekt een duidelijke visie op de bestuurlijke rol van de balanced scorecard. In Oregon komen de indicatoren ook tot stand in wisselwerking met de *civil society*, terwijl het bij ons veel meer een project 'van het ministerie' is. Wij verbinden hieraan de algemene conclusie dat de balanced scorecard in Nederland op dit moment bestuurlijk nog te veel in de lucht hangt.

Tabel 4.1 Enkele verschillen tussen Oregon Shines en de balanced scorecard in Nederland

	<i>Oregon Shines</i>	Nederland
Domein	Totale publieke sector	Gezondheidszorg
# indicatoren zorg	10 van de 90	26
Opzet	Eenvoudig	Minder eenvoudig
Perspectief	Vooral <i>public health</i>	Consument, bedrijfsvoering, financiën en innovatie (op systeemniveau)
Openbaar	Ja	Ja
Bestuurlijke functies	Ideologisch, communicatief en verantwoording	Onduidelijk
Legitimatie	Sterk	Onduidelijk
Uitvoering	Onafhankelijk bureau met sterk politiek-bestuurlijk <i>commitment</i> en participatie <i>civil society</i> en burgers	Ministerie van VWS met nauwelijks participatie binnen de sector
Track record	Ja	Nee
Impact op ontwikkeling volksgezondheid	Niet aantoonbaar	Nog niet bekend
Belangrijkste gevolgen	Verdieping bestuurlijke communicatie, meer participatie <i>civil society</i> en budgetrelevantie	Nog niet bekend

Vergelijking tussen de PAF en de Nederlandse plannen voor de balanced scorecard

Prestatieinformatie is in Engeland een sterk gepolitiseerd onderwerp. Hoewel dit een nadeel is, heeft men wel het voordeel dat de bestuurlijke opzet van de *NHS* weinig problemen oplevert voor het verkrijgen van relevante informatie. In Nederland heeft de overheid maar beperkte eigendomsrechten over veel zorginformatie, zodat of de samenwerking met het veld moet worden gezocht of we ons moeten tevredenstellen met globale informatie met een algemeen karakter.

In Engeland is het hele systeem van prestatieinformatie nog steeds sterk gefocust op betere prestaties. In Orgeon, waar prestatieinformatie al aanzienlijk langer bestaat was dat aanvankelijk ook het geval, maar daar heeft de prestatieinformatie inmiddels ook veel meer een maatschappelijke en communicatieve functie gekregen.

In tabel 4.2 staan de belangrijkste verschillen tussen de *NHS* en de Nederlandse plannen voor een balanced scorecard. In Engeland wordt vooral gebruik gemaakt van productiecijfers en *public health* gegevens. Personele en bedrijfseconomische gegevens krijgen een plaats in de sterrenrating van de individuele ziekenhuizen. In Nederland worden deze gegevens ook gebruikt voor de balanced scorecard op systeemniveau. In Engeland kan het PAF ook worden gebruikt voor *benchmarking* tussen regio's. In Nederland ontbreekt deze mogelijkheid vooralsnog.

Engeland heeft inmiddels ook enige ervaring met de bestuurlijke mogelijkheden en onmogelijkheden van prestatieinformatie op systeemniveau. In Nederland ontbreekt op dit moment een heldere visie op de bestuurlijke functies van de balanced scorecard. Ook uit deze vergelijking blijkt derhalve dat de bestuurlijke kant van de balanced scorecard in Nederland nog de nodige aandacht behoeft.

Tabel 4.2 Enkele verschillen tussen het National performance assessment framework en de balanced scorecard in Nederland

	<i>PAF</i>	Nederland
Domein	Gezondheidszorg	Gezondheidszorg
# indicatoren zorg	51	26
Opzet	Relatief eenvoudig	Relatief eenvoudig
Perspectief	Health improvement, fair acces, effectiveness, efficiency, patient/carer experience en health outcomes (systeemniveau en per regio)	Consument, bedrijfsvoering, financiën en innovatie (op systeemniveau)
Openbaar	Ja, ook regionaal	Ja, op systeemniveau
Bestuurlijke functies	Communicatie en prestatieverbetering	Onduidelijk
Legitimatie	Op hoofdlijnen aanwezig, maar uitwerking is sterk gepolitiseerd	Onduidelijk
Uitvoering	Aanvankelijk ministerie van volksgezondheid, nu onafhankelijk orgaan	Ministerie van VWS met nauwelijks participatie binnen de sector
Track record	Ja	Nee
Impact op ontwikkeling volksgezondheid	Enig voorzichtig bewijs	Nog niet bekend

	<i>PAF</i>	Nederland
Belangrijkste gevolgen	Ondanks sterke politisering ontwikkeld tot zelfstandig bestuurlijk instrument, verbreding communicatie	Nog niet bekend

5 De plaats van de balanced scorecard in de praktijk van bestuur en beleid

5.1 Inleiding

In dit hoofdstuk komt onze laatste vraag aan de orde. Deze vraag heeft een meer normatief karakter, maar we borduren tevens voort op de conclusies van de beide andere onderzoeksvragen. De vraag luidt:

Hoe past de (huidige) balanced scorecard op zo optimaal mogelijke wijze in de praktijk van bestuur en beleid?

We beginnen de beantwoording van deze vraag met een bespreking van de twee belangrijkste impliciete uitgangspunten onder de balanced scorecard, namelijk prestatie management en systeemverantwoordelijkheid. Hoe moet de balanced scorecard eruit zien om bij te dragen aan deze twee uitgangspunten? We kijken dan vooral of we hiervoor met deze balanced scorecard genoeg te weten komen (paragraaf 5.2).

Het ministerie van VWS heeft een buitengewoon ambitieuze doelstelling met de balanced scorecard. Men wil ook sturing geven aan het zorgsysteem. Het gaat derhalve dus ook om het determineren van gedrag. Dit betekent dat we niet alleen naar het ‘weten’ moeten kijken, maar ook naar het ‘willen’ en het ‘kunnen’. ‘Weten’ leidt immers niet automatisch ook tot ‘willen’ en ‘kunnen’ (Ajzen, 1991; Bandura, 1986). Hierdoor wordt dus ook de bestuurlijke context van de balanced scorecard relevant.

De betrokkenen in de gezondheidszorg hebben veelal eigen opvattingen over het beleid, de informatie die daarvoor noodzakelijk is, wie voor deze informatie moet zorgen en wie daar toe toegang moet hebben. Een korte analyse moet duidelijkheid verschaffen over de wisselwerking tussen de balanced scorecard en haar functie voor (de positie van) de belangrijkste actoren (paragraaf 5.3).

Vervolgens bezien we of de huidige plannen voor de balanced scorecard voldoen aan de uitgangspunten van deze notitie. We doen daarna voorstellen voor verbetering en de plaats in de praktijk van bestuur en beleid (paragraaf 5.4).

Dit hoofdstuk wordt beëindigd met een korte samenvatting en enkele conclusies (paragraaf 5.5).

5.2 Prestatiemanagement en systeemverantwoordelijkheid

Prestatiemanagement

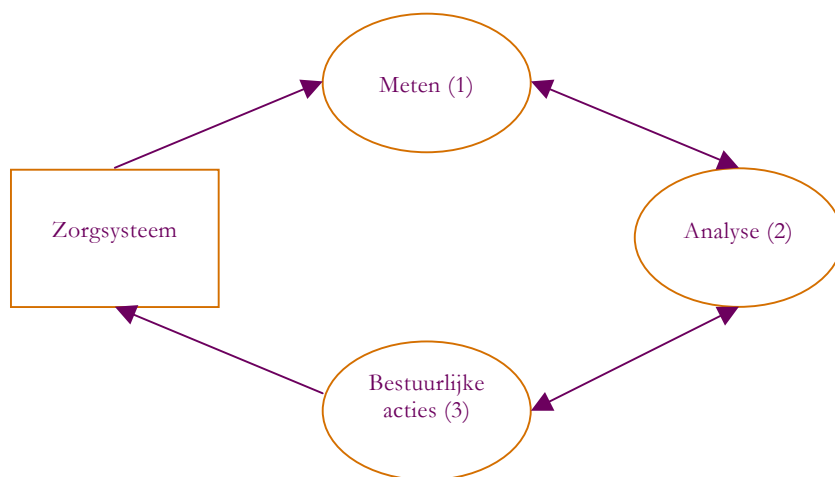
Prestatiemanagement is een idee van alle tijden. Het refereert vooral naar een zo rationeel mogelijke bedrijfsvoering. Het gaat erom de beleidsdoelstellingen zo effectief en efficiënt mogelijk te realiseren en daarvoor is het van belang om over goede informatie te beschikken. Deze informatie moet gaan over de prestaties (de bedoelde gevolgen), maar ook over de onbedoelde gevolgen. Hierdoor kan de informatieasymmetrie en de principaalagent problematiek verminderen.

“An efficient solution therefore requires either a reduction in the level of information asymmetry (eg through the collection and dissemination of information on the performance of providers) or attempts to align the objective functions of principals and agents via the instillation of new values and working assumptions (eg by a cultural transformation of the organisation)” (Davies, Nutley en Mannion, 2000).

Het gaat dus niet alleen om de beschikbaarheid van prestatie-informatie, maar ook om de bestuurlijke en culturele functies hiervan. Pogingen tot verdere rationalisering zijn vaak stuk gelopen op een gebrekkige informatie, maar bij sommigen bestaat nu de indruk dat de moderne informatie- en communicatietechnologie veel van deze problemen kan oplossen (Van de Donk, 1997). Hierdoor staat prestatimanagement momenteel sterk in de belangstelling.

Het ministerie van volksgezondheid wil met de balanced scorecard het zorgsysteem aansturen en tegelijkertijd verantwoording verkrijgen over het functioneren van dit totale systeem. Men concentreert zich dus vooral op de eigenlijke bestuurlijke en beleidsmatige acties en minder op de processen rondom meting, analyse en betekenis van de prestaties (figuur 5.1).

Figuur 5.1 Model van prestatie management met een balanced scorecard



Bron: Eigen bewerking RVZ

Het succes van een balanced scorecard hangt vooral af van het feit of de communicatieprocessen tussen de verschillende actoren, als gevolg van en over de feitelijke metingen en analyses daadwerkelijk worden verrijkt. Dan is er goede kans op een gedeelde perceptie van de beleidsproblematiek en de mogelijke oplossingen. De casus van Oregon laat zien dat dit vervolgens weer tot bestuurlijke actie kan leiden.

Dit betekent dat de indicatoren niet enkel kunnen worden beoordeeld op wetenschappelijke validiteit, betrouwbaarheid en de identificatie van externe oorzaken⁵. De indicatoren moeten vooral ook aansluiten bij de motieven en informatiebehoeften van de belangrijkste betrokkenen, waardoor ze bijdragen aan het bestuurlijk draagvlak. Bovenal moeten de communicatieprocessen fundamenteel worden vernieuwd. Dit gebeurt doordat indicatoren bijdragen aan nieuwe constructieve bestuurlijke communicatie en de problemen en oplossingen nieuwe gezichten kan geven. Het onderlinge vertrouwen en draagvlak verstevigt daardoor. De kans op dit soort ontwikkelingen is overigens het grootst als de gebaande paden worden verlaten.

Goede communicatie is dus een intrinsieke waarde binnen de praktijk van bestuur en beleid. Dit was ook de conclusie van in

de casus over de meerjarenafspraken. Het is bovendien een voorwaarde voor een succesvolle implementatie van de balanced scorecard en een *bottom-up* variant van prestatimanagement. De plannen van het ministerie zijn op dit punt echter niet concreet. We zullen hier daarom later op terugkomen met een aantal eigen suggesties.

Het ministerie van VWS is al wel concreet bezig met de ontwikkeling van prestatieindicatoren voor de balanced scorecard (tabel 5.1). Wij zijn van mening dat de huidige indicatoren in het algemeen niet zullen bijdragen aan een fundamentele verbetering van de bestuurlijke communicatie en daardoor aan het beleidsproces. Dit komt door een drietal redenen. Op de eerste plaats hebben veel indicatoren een wat statisch karakter. Zo zullen indicatoren over de effectiviteit van de zorg, het vertrouwen van de burger, de financiële toegankelijkheid of de procentuele kosten van jaar tot jaar niet zo sterk fluctueren. Dit betekent dat zij enkel relevant zijn voor de lange termijn. Op de tweede plaats appelleren veel indicatoren aan bestaande gegevens en *'common knowledge'*. Het voordeel hiervan is dat deze balanced scorecard snel valt te construeren. Omdat veel indicatoren echter aansluiten bij algemeen bestaande en diep gewortelde opvattingen, zoals de personeelstekorten en (het gebrek aan) innovatie zal de communicatie hierdoor waarschijnlijk niet vernieuwen. Tot slot zeggen de meeste indicatoren vooral iets over de uitkomsten, maar niet over het functioneren van het systeem zelf. Hierop zullen we in de volgende alinea's ingaan. Wij concluderen dat deze balanced scorecard slechts in beperkte mate zal bijdragen aan inhoudelijke vernieuwing van de communicatie en dat bovendien ook de procesmatige kant nog onduidelijk is.

Systeemverantwoordelijkheid

Het ministerie vindt zichzelf primair verantwoordelijk voor het adequaat functioneren van het zorgsysteem. De balanced scorecard moet ook een bijdrage leveren aan deze systeemverantwoordelijkheid. Het is echter buitengewoon complex en lastig om dit begrip te 'handen en voeten' te geven. Bovendien betreft het een domein met continu veranderende grenzen. De wereldgezondheidsorganisatie (WHO) definieert een zorgsysteem als: "*all the activities whose primary purpose is to promote, restore or maintain health*" (WHO, 2003). 'System governance' is een nieuw sturingsmechanisme dat zich kenmerkt door vrije interactie tussen vragers en aanbieders en een overheid op afstand die voorwaarden creëert en alleen in noodgevallen direct intervenueert (Vuursteen, 2001).

De conclusie die we daaraan verbinden is dat systeemverantwoordelijkheid niet alleen behoefte heeft aan een (kwantitatieve) beschrijving van de onderdelen van het systeem en zijn uitkomsten, maar vooral ook aan een adequate evaluatie van de dynamiek en werking van het systeem. In de woorden van Crombie en Davies:

“A fundamental choice intrinsic to the design of a performance measurement system is the decision on whether to focus on process or outcome measures of performance. Whilst a focus on outcomes may be intuitively appealing, because they appear to more closely linked with the ultimate objectives of a health system, there may be legitimate and compelling reasons why in some contexts a focus on processes is more appropriate” (Crombie en Davies, 1998).

Dit is bijvoorbeeld het geval als het om de werking van het systeem gaat. De huidige indicatorset speelt hierop nog onvoldoende in (tabel 5.1). De systeemverantwoordelijke heeft ook belang bij informatie die de dynamiek in de werking van het zorgsysteem evalueert. Vraagsturing en gereguleerde marktwerking zijn beide essentiële uitgangspunten van het gewenste zorgsysteem. Er moeten dus indicatoren ontwikkeld worden die aangeven of het systeem zich in die richting ontwikkelt. Dit zal ongetwijfeld een gecompliceerde operatie zijn.

Het valt buiten de doelstelling van deze achtergrondstudie om een alternatieve balanced scorecard te presenteren. We beperken ons daarom tot enkele indicatoren om onze bedoeling te illustreren (tabel 6). Het is weliswaar gecompliceerd dit type geavanceerde indicatoren te ontwikkelen, maar niet onmogelijk en bovendien onontkoombaar als het ministerie werkelijk de rol van systeemverantwoordelijke wil vervullen. De huidige balanced scorecard met vooral uitkomstindicatoren past paradoxaal genoeg eigenlijk beter bij resultaatverantwoordelijkheid dan bij systeemverantwoordelijkheid.

Tabel 5.1 Enkele voorbeelden van indicatoren over vraagsturing en geregleerde marktwerking in het zorgsysteem

indicator	operationalisatie
Ontwikkeling risicosolidariteit	Kosten duurste 10% verzekerden
Concurrentie tussen ziekenfondsen	Aantal verzekerden dat van ziekenfonds wisselt
Effectieve zorginkoop	Diversiteit in de zorgcontractering; toenemende verschillen in de zorgcontracten
‘Gepast’ zorggebruik	Aantal artsen dat aangeeft bij twijfel vaak gebruik te maken van de standaarden en aangeeft de kosten mee te laten wegen bij het voorschrijven van medicatie en behandelingen
Bestuurskracht beleidsinstrumentarium	Aantal beleidsregels met meer dan 95% rechtmatigheid
Administratieve lastendruk	Aantal nieuwe wettelijke bepalingen die tot extra administratieve last voor instellingen leiden
Concurrentie tussen instellingen	Percentage cliënten dat zich oriënteert op meerdere instellingen alvorens een keuze te maken
Marktconcentraties	Herfindahl-Hirschman Index
Arbeidsproductiviteit	Ontwikkeling arbeidsproductiviteit
Opportunistisch gedrag verzekeraar	Aantal potentiële cliënten dat een aanvullende verzekering is geweigerd

Systemverantwoordelijkheid is op dit moment geen relevant begrip voor de ontwikkeling van een balanced scorecard. We sluiten deze paragraaf dan ook af met de constatering dat het begrip systeemverantwoordelijkheid nog nader moet worden geëxpliciteerd en dat de indicatoren van de balanced scorecard hierop moet worden geënt. De huidige indicatoren sluiten onvoldoende aan bij de endogene werking van het systeem. Ze passen daardoor eigenlijk beter bij resultaatverantwoordelijkheid.

5.3 Systeeminformatie en actoren

Het is belangrijk om de goede indicatoren te ontwikkelen. Het is misschien nog wel belangrijker, gezien de communicatieve functies om deze indicatoren ook te laten aansluiten bij behoeftes en motieven van de bestuurlijke adressanten. Dit wordt ook door Kaplan en Norton zelf zo gezien:

“Therefore, the first step in designing a performance measurement system is to decide on the set of performance dimensions that need to be captured, and the quantitative indicators that best represent those dimensions. A performance measurement system should therefore aim to capture a ‘balanced scorecard’ of organisational performance, which reflects the motives and information needs of key audiences for these data” (Kaplan en Norton, 1992).

We maken daarom een korte rondgang langs de belangrijkste actoren, namelijk: de overheid, het parlement, de zorgsector, de burger/patiënt en tot slot de media. We inventariseren welke systeeminformatie voor hen feitelijk beschikbaar is en of de balanced scorecard hierin verbetering brengt.

De overheid

De overheid ziet zichzelf vooral als systeemverantwoordelijke en veel minder als verantwoordelijk voor (specifieke) resultaten. Om invulling te kunnen geven aan die verantwoordelijkheid is een algemene en integrale monitor van het functioneren van het zorgsysteem en de dynamiek daarin onontbeerlijk. Momenteel ontbreekt zo'n instrument. De balanced scorecard zou in principe in deze omissie kunnen voorzien, maar dan zijn er wel aanpassingen nodig.

De overheid heeft momenteel al veel informatie tot haar beschikking, maar deze is versnipperd en is bovendien veelal geen prestatieinformatie. Men maakt in de praktijk ook meer gebruik van specifieke stuur- en financieringsinformatie (de beddennorm uit de eerste casus) dan van informatie over de werking van het systeem. Kwalitatieve oordelen en wegingen voeren daarbij namelijk nog steeds de boventoon in de begrotingen en de nota's waarin de overheid haar beleid kenbaar maakt. Het gemis aan goede informatie werd duidelijk in de casus over de meerjarenafspraken. Het voorbeeld van Oregon laat bovendien zien dat prestatieinformatie kan bijdragen aan de effectiviteit van bestuurlijke processen.

Het parlement

Er bestaat veel kritiek op de ‘incidentenpolitiek’ die in het parlement domineert. Over deze incidenten wordt vaak meer en betere informatie verzameld dan over het hele zorgsysteem. Het parlement stelt hierover vragen en deze worden in de regel snel en accuraat beantwoord.

Op systeemniveau zijn veel zaken voor het parlement echter minder duidelijk. Weliswaar is er een stroom aan nota’s en begrotingen, maar toch is de kamer onzeker over het effectief functioneren van het systeem. Zo was de Tweede Kamer niet in staat om de effectiviteit van de meerjarenafspraken op basis van eigen informatie te beoordelen. Men heeft bovendien een parlementair onderzoek ingesteld naar het effect ‘van de vele extra miljarden, die de afgelopen jaren in de zorg zijn gestort’. Een adequate balanced scorecard draagt bij aan goede systeem-informatie en zal de parlementaire focus wellicht meer op het functioneren van het systeem en minder op incidenten richten. Prestatieinformatie kan hiernaast interessant zijn voor de ideologische functie van politieke partijen (Oregon) of zich ontwikkelen tot een sterk gepolitiseerd onderwerp (Engeland.)

De sector

De sector (aanbieders en verzekeraars) staat traditioneel wantrouwig tegen het verstrekken van informatie aan de overheid. Deze informatie kan immers tegen ze gebruikt worden. Bovendien is het vaak een verzwarende van de administratieve lastendruk. Doordat de balanced scorecard zich echter zo nadrukkelijk richt op het systeemniveau en de manier waarop ze dat doet, is deze balanced scorecard nauwelijks bedreigend voor de instellingen. Dit betekent dat de hoeveelheid weerstand in het veld waarschijnlijk meevalt.

De andere kant van deze medaille is echter dat veel instellingen zich niet in deze balanced scorecard zullen herkennen. Als de overheid de balanced scorecard wil gaan gebruiken om met het veld in gesprek te komen om deze aan te sturen, is een verdere detaillering van het instrument dan ook onontkoombaar. Dan kan aansluiting worden gezocht bij de brancherapporten die een verantwoording per sector leveren. Hiernaast kan worden gedacht aan afstemming met de *benchmark*trajecten die momenteel worden ontwikkeld. Dit kan zich ontwikkelen tot een uitgebreide informatiepiramide, zoals dat in de NHS van Engeland tot op zekere hoogte het geval is. Dit zal echter in Nederland op grote praktische bezwaren stuiten.

De burger/patiënt

De patiënt is vooral gebaat bij keuzeinformatie en informatie over zijn behandeling. Dit betekent gedetailleerde informatie over instellingen en behandelaars. Een balanced scorecard met informatie op systeemniveau is hiervoor minder geschikt.

De burger heeft natuurlijk in meer algemene zin wel belang bij het efficiënt en effectief functioneren van de gezondheidszorg. Hij betaalt immers de kosten en zal in beginsel willen dat zijn geld zo goed mogelijk wordt besteed. Als hij hiervan een beeld heeft kan hij proberen om met zijn stemgedrag of andere persmiddelen de besluitvorming te beïnvloeden. De balanced scorecard kan hierbij in beginsel een behulpzaam instrument zijn.

De media

De media horen bij de belangrijkste voorstanders van openbare prestatieinformatie. Dit heeft immers nieuwswaarde en vooral kwantitatieve informatie maakt immers snelle communicatie mogelijk met een enkel beeld of getal. Prestatieinformatie over de gezondheidszorg sluit ook goed aan bij de (maatschappelijke) functies van de media.

De media zijn bovendien erg belangrijk partij voor de totstandkoming en brede verspreiding van dit type informatie. Denk bijvoorbeeld aan de pioniersactiviteiten van Elsevier (beste ziekenhuis) en Algemeen Dagblad (wachlijsten). Internationaal onderzoek toont dan ook aan dat de media vaak een belangrijke rol hebben gespeeld bij (het openbaar maken van) prestatieinformatie (Marshall et al., 2003). Er is geen reden om te veronderstellen dat dit in Nederland anders zal zijn.

De conclusie die we aan deze korte analyse verbinden is een balanced scorecard voor het hele zorgsysteem en dat zeker deze balanced scorecard vooral interessant is voor de media en de Tweede Kamer. Individuele instellingen hebben er weinig belang bij, maar ook weinig last van. De overheid zal niet in staat zijn om met deze balanced scorecard de sector aan te sturen. Het is eerder te verwachten dat de overheid zich met deze balanced scorecard bij de Tweede Kamer en de publieke opinie zal moeten verantwoorden voor haar beleid. Dit komt door de systeemoriëntatie en de nadruk van de indicatoren op algemene verantwoording. In die zin kan de ontwikkeling van een balanced scorecard enigszins bedreigend zijn voor het ministerie van VWS.

5.4 De plaats van de balanced scorecard in de praktijk van bestuur en beleid

De verwachting over de huidige plannen

Deze paragraaf begint met een verwachting over de gevolgen van de huidige plannen van het ministerie van VWS voor een balanced scorecard van het gezondheidszorgsysteem. Dit is tot dusver al regelmatig aan de orde geweest, zodat we ons hier beperken tot de belangrijkste constatering.

Het ministerie heeft de indicatoren voor de balanced scorecard al grotendeels uitgewerkt. De meeste gegevens die nodig zijn voor deze balanced scorecard bestaan ook al, maar er zijn nog wel enkele witte vlekken op het terrein van de innovatie en het consumentenperspectief. Het betreft voornamelijk ‘harde’ prestatieinformatie, maar deze is wel algemeen van karakter. De indicatoren gaan bovendien meer over de uitkomsten van het systeem dan over de feitelijke werking van het systeem. Een goede invulling van systeemverantwoordelijkheid en de gevolgen daarvan voor de indicatoren ontbreekt. Deze balanced scorecard is daardoor op dit moment vooral geschikt voor een algemene verantwoording en voor communicatie in het publieke domein.

Deze balanced scorecard zal dus een zekere rol kunnen spelen in de relatie tussen het departement en de maatschappelijke opinie. De media en de Tweede Kamer zullen hierbij ook een functie vervullen. Het instrument is op dit moment minder geschikt in de relatie tussen departement en veld. Dit geldt vooral voor de sturing, maar in mindere mate ook voor de verantwoording. Hiervoor is een ander type indicatoren noodzakelijk. Bovendien zijn veel indicatoren statisch van karakter en bevestigen ze al breed bestaande kennis. Ze zijn daardoor weinig vernieuwend en dit vormt een nadeel voor een betere bestuurlijke communicatie. Juist van een betere bestuurlijke communicatie is een positieve invloed op het beleidsproces te verwachten. In de Nederlandse gezondheidszorg heerst bovendien geen bestuurscultuur waarin prestatie management zich makkelijk een centrale positie kan verwerven, zoals in Oregon. De casus over de marktconcentraties maakt duidelijk dat prestatie informatie alleen relevant wordt als er budgetten aan zijn gekoppeld. Bovendien beschikt de overheid niet over de ruime toegang tot informatie zoals in de Britse *National Health Service*.

Dit betekent dat de plannen voor de balanced scorecard moeten worden aangepast. Onze conclusie is dat er nog belangrijke verbeteringen mogelijk zijn. Deze richten zich niet alleen op de indicatoren (het 'weten'), maar ook op de uitgangspunten en de bestuurlijke inbedding (het 'willen' en 'kunnen'). De effectiviteit en de kans op succes kunnen daardoor zeker nog toenemen. Deze balanced scorecard zal vooral bijdragen aan het verbeteren van de maatschappelijke communicatie over het zorgsysteem, maar minder aan de effectiviteit van de beleidsprocessen. In het tweede deel van deze paragraaf concentreren we ons op de mogelijkheden om de effectiviteit van de balanced scorecard verder te vergroten.

Een adequate positionering van de balanced scorecard

De belangrijkste functie van de balanced scorecard ligt op het communicatieve terrein. Zij kan - binnen de wereld van het bestuur en beleid - bijdragen aan een betere en rijkere communicatie over de geleverde prestaties. Dit zal leiden tot een betere en breed gedragen perceptie over de belangrijkste beleidsproblemen, hun oorzaken en oplossingen. Dit is van groot belang om het beleidsproces in de zorg beter te laten verlopen. Hierdoor verbetert ook de aansturing van de zorg. Hiernaast heeft de balanced scorecard een functie als verantwoording van het ministerie van VWS over het door haar gevoerde beleid. Dit draagt bij aan een stroomlijning van het politiek-bestuurlijke proces tussen departement en parlement.

Het feit dat de balanced scorecard op de eerste plaats een communicatief instrument is, betekent dat deze ook primair moet worden beoordeeld op communicatieve doelstellingen. De balanced scorecard is vooral succesvol als zij helpt om de maatschappelijke en bestuurlijke communicatie te verrijken. Parlement, overheid, *civil society* en de media zijn de belangrijkste actoren in dit proces. De ervaringen in de verschillende casussen ondersteunen deze conclusies. Het is daarbij belangrijk om een onderscheid te maken tussen de communicatie tussen de verschillende bestuurlijke actoren, de communicatie met de politiek en de meer algemene communicatie in het publieke domein. Hiervoor zijn immers verschillende communicatieve strategieën nodig.

Deze balanced scorecard is minder geschikt voor de bestuurlijke communicatie met het veld. Daarvoor is ze te algemeen en statisch van karakter. De branches zullen zich onvoldoende herkennen in de indicatoren. Hier is een meer homogeen informatieinstrument op zijn plaats. Het ministerie kan voor de

communicatie met de sector beter aansluiting bij enkele lopende trajecten, zoals de brancherapporten en de *benchmark*onderzoeken. Op dit moment komt het bestuurlijke overleg over de bevindingen uit deze studies onvoldoende uit de verf. Daarom wordt voorgesteld om per branche een formele overlegstructuur te creëren. De ervaringen tijdens de meerjarenaafspraken en het advies van de Commissie-In 't Veld kunnen als leidraad hiervoor worden gebruikt.

De balanced scorecard moet het ministerie van VWS helpen met het invullen van haar systeemverantwoordelijkheid voor de gezondheidszorg. Dit betekent dat er geavanceerde indicatoren moeten worden ontwikkeld die ook daadwerkelijk iets moeten zeggen over de werking van het systeem. Bovendien moet dan duidelijk worden wat systeemverantwoordelijkheid nu eigenlijk is en welke beleidstheorieën er gehanteerd worden. Als de overheid bijvoorbeeld kiest voor gereguleerde concurrentie dan moeten de indicatoren de dynamiek hierbinnen in kaart brengen. De huidige indicatoren richten zich nog vooral op systeemuitkomsten, maar zijn bovendien ook nog statisch en erg algemeen. De laatste aspecten vormen overigens niet alleen een probleem voor de systeemverantwoordelijkheid, maar dragen ook niet bij aan de bestuurlijke verrijking van de communicatieve processen.

Er is dus nog veel ontwikkelwerk nodig voor de indicatorenset. De beide internationale ervaringen laten zien dat dit een continu proces is en dat het kan helpen om hiervoor een aparte organisatie op te richten. Deze functioneert als uitvoerder, coördinator, ontwikkelaar en aanjager van de balanced scorecard en kan waarschijnlijk beperkt blijven tot enkele fte's. Deze organisatie kan in principe worden ondergebracht bij het ministerie van VWS, maar het is wel belangrijk om deze een zekere onafhankelijkheid te geven en hierbij ook belangrijke *stakeholders* te betrekken. Dit verstevigt het draagvlak en de communicatie met de overige bestuurlijke belanghebbenden. Hiernaast moet men over de positie en bevoegdheden beschikken om deze taken daadwerkelijk te kunnen waarmaken. Dit betekent onder meer dat er committent van de politiek-ambtelijke top moet zijn. De beide internationale casussen vormen hiervoor een goede illustratie.

Tot slot kijken we naar de uiteindelijke feitelijke plaats van de balanced scorecard in het proces van bestuur en beleid. Er kan worden gekozen voor een zelfstandige positie of voor aansluiting bij bestaande trajecten. De Volksgezondheids Toekomst-

verkenningen (VTV) en de begrotingsstukken (begroting en jaarrekening) springen dan het meest in het oog. Beide trajecten hebben echter belangrijke nadelen. De VTV verschijnt niet elk jaar en sluit door haar omvang niet goed aan bij het ‘cockpit’ idee van de balanced scorecard. Bovendien richt de VTV zich vooral op public health thema’s en bergt daardoor het risico in zich dat andere onderdelen ondergesneeuwd kunnen raken. Als de balanced scorecard wordt ondergebracht in de begrotingscyclus is het risico levensgroot dat budgettaire argumenten gaan domineren en dat het proces sterk politiseert. Dit is nadelig voor een open communicatie. Eigenlijk alle casussen die we hebben beschreven ondersteunen deze constatering.

Het is daarom beter om de balanced scorecard in ieder geval voorlopig als een zelfstandig bestuurlijk instrument te positioneren. Dit doet meer recht aan het noodzakelijke ontwikkeltraject van het instrument en biedt meer flexibiliteit, bijvoorbeeld door het voeren van een eigen voorlichtings- en communicatiestrategie. Hiernaast kan net als in Oregon en Engeland gewerkt worden met eigen rapporten, zodat ‘harde’ en ‘zachte’ prestatieinformatie met elkaar kunnen worden gecombineerd. De zelfstandige positie van de balanced scorecard moet echter niet leiden tot vrijblijvendheid. De balanced scorecard moet ook formeel zijn weg vinden in de bestuurlijke gremia. Het valt daarom te overwegen de balanced scorecard te gebruiken om in het voorjaar een debat in de vaste kamercommissie te houden over de ‘staat van het zorgsysteem’. Dit geeft enerzijds bestuurlijk gewicht aan het instrument en anderzijds de mogelijkheid om de uitkomsten hiervan alsnog te betrekken in de begroting.

5.5 Samenvatting

Dit hoofdstuk geeft suggesties voor de feitelijke plaats die de balanced scorecard in de wereld van beleid en bestuur kan innemen. Het vormt daarmee het antwoord op onze laatste onderzoeksvraag.

Men moet zich realiseren dat een balanced scorecard op de eerste plaats een communicatief instrument is. Dit instrument is succesvol als het bijdraagt aan een betere bestuurlijke communicatie. Dit is niet alleen een waarde op zichzelf, maar heeft ook een gunstige uitwerking op het beleidsproces. Communicatie is immers onlosmakelijk verbonden aan sturing en ver-

antwoording. Al te ambitieuze doelstellingen over het direct besturen van de gezondheidszorg beperken echter de slagingskansen. Dit is belangrijk omdat er in Nederland toch al geen bestuurscultuur bestaat die positief staat ten opzichte van dit type instrumenten en ook omdat de controle van de overheid over de noodzakelijke informatie beperkt is.

Het is tevens belangrijk om duidelijkheid te krijgen over systeemverantwoordelijkheid en de beleidstheorieën hieronder. De indicatoren moeten hierop aansluiten. Dit vergt nog veel ontwikkelwerk. De balanced scorecard zal dan ook overigens zijn nut kunnen bewijzen in de verantwoordingsrelatie tussen het ministerie en het parlement.

De balanced scorecard moet de ruimte hebben om zich de komende jaren met kracht te kunnen ontwikkelen. Dit proces wordt geholpen door voldoende middelen (een aparte organisatie), consequente en duidelijke politiek-bestuurlijke steun en een flexibele positie. Dit laatste kan bereikt worden met een zelfstandige plaats van de balanced scorecard binnen het beleidsproces en deze niet te koppelen aan de begroting of de VTV. Ze moet echter niet helemaal los staan van een bestuurlijke behandeling. Daarom zou de vaste kamercommissie in het voorjaar kunnen debatteren over 'de staat van het zorgsysteem'. De balanced scorecard is de belangrijkste input voor dit debat.

De balanced scorecard blijft een goed idee, maar de huidige versie zal hooguit een zekere aanjaagfunctie vervullen voor het publieke debat. We staan dus nog maar aan het begin van deze veelbelovende ontwikkeling.

Literatuur

Ajzen I. The Theory of Planned Behaviour. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, 1991, no. 2, p. 179-211.

Bandura, A. *Social foundations of thought and action: a social cognitive theory*. Englewood Cliffs: NJ Prentice Hall, 1986.

Canadian Institute for Health Information. *Hospital Report 2002: Acute Care*. Ottawa: CIHI, 2002.

Cleverly, W.O. Financial dashboard reporting for the hospital industry. *Journal of health care finance*, 27, 2001, no. 3, p. 30-40.

Crombie, I.K. en H.T.O. Davies. Beyond health outcomes: the advantages of measuring process. *Journal of Evaluating Clinical Practice*, 4, 1998, no. 1, p. 31-38.

Crommentuyn, R. Canadees sterrensysteem gooit de luiken open: artseninbreng is cruciaal voor prestatievergelijkingen, *Medisch Contact*, 58, 2003, no. 23, p. 930-933.

Davies H., S. Nutley en R. Mannion. Organisational culture and quality of health care. *Quality in Health Care*, 9, 2002, p. 111-119.

Delnoij, D., et al. *Bakens zetten: naar een nederlands raamwerk van prestatie-indicatoren in de gezondheidszorg*. Den Haag: ministerie van VWS, 2002.

Department of Health (DOH). *NHS performance indicators 2003*. www.doh.gov.uk

Department of Health in Australia. *Measuring performance in the Australian Health System: Towards a National Performance Assessment Framework*. National Health Performance Committee, 2000.

Donk, W.B.H.J. van de. *De arena in schema: een verkenning van de betekenis van informatisering voor de verdeling van middelen onder verzorgingsorganisaties*. Lelystad: Koninklijke Vermande, 1997.

Hurst, J en M. Jee-Hughes. Performance measurement and performance management in OECD health systems. Labor market and Social Policy Occasional Paper nr. 47. Parijs: OECD, 2000.

Kaplan, R.S. en D.P. Norton. The balanced scorecard: Measures that drive performance. Harvard Business Review, 70, 1992, no. 1, p. 71-79.

Leichter, H.M. en J. Tryens. Achieving Better Health Outcomes: The Oregon Benchmark Experience. New York: Milbank Memorial Fund, 2002.

Mannion, R. en M. Goddard. Performance measurement and improvement in health care. Applied Health Economics and Health, 1, 2002, p. 13-23.

Marschall, M.N., et al. Public reporting on quality in the United States and the United Kingdom. Health Affairs, 3, 2003, p. 134-148.

McGlynn, E.A. en J.L. Adams. Public release of information on quality. In: Andersen, R.M., T.H. Rice en G.F. Kominski. Changing the U.S. health care system: key issues in health services, policy and management San Francisco: Jossey-Bass, 2001, p. 183-202.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Brief aan de vaste kamercommissie voor VWS, FEZ-U-2137095. Den Haag: ministerie van VWS, 2000.

Oregon Progress Board. Is Oregon Making Progress? : The 2003 Benchmark Performance Report.
www.econ.state.or.us/opb

Pineno, C.J. The balanced scorecard: an incremental approach model to health care management. Journal of Health Care Finance, 28, 2002, no. 4, p. 69-80.

Pink, G.H., et al. Creating a balanced scorecard for a hospital system. Journal of health care finance, 27,2001, no.3, p. 1-20.

Platform openbare gezondheidszorg. Een visie op de openbare gezondheidszorg. Den Haag: POG, 2000.

Propper, C., S. Burgess en D. Abraham. Competition and Quality: Evidence from the NHS Internal Market 1991-1999. Bristol: CMPO, 2002.

Roper, W.L. en C. Cutler. Health plan accountability and reporting: issues and challenges. Health Affairs, 17, 1998, no. 2, p. 152-155.

Royal Statistical Society. Working Party on Performance monitoring in the Public Services. Performance Indicators: Good, Bad and Ugly. Londen: RSS, 2003.

Schuyve, P. Models for relating performance measurement and accreditation. International Journal of Health Planning Management, 10, 1995, p. 277-310.

Strootman, C. Communiceren over prestaties: strategische bedrijfsvoering in de zorginstelling met behulp van de balanced scorecard. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 1999.

Veld, R.J. in 't, et al. Afspraak is afspraak? Evaluatie van de bestuurlijke effectiviteit van de meerjarenafspraken in de zorgsector. Den Haag: s.n., 2002.

Verkleij H., M.C.M. Busch en B.P.M. Bloemberg. Inventarisatie Structurele Informatie VWS. Den Haag: ministerie van VWS, 1998.

Vuursteen, K. - Naar een nieuw beleid voor consumenten - in: Winsemius, P., et al. - Naar een nieuwe maatschap - : Den Haag: ministerie van Economische Zaken, 2001.

World Health Organization, The World Health Report 2000. www.who.org.

Zelman, W.N., G.H. Pink en C.B. Matthias. Use of the balanced scorecard in health care. Journal of health care finance, 29, 2003, no. 4, p. 1-16.

Noten

- ¹ Deze paragraaf is gebaseerd op een analyse van de zorg nota's en begrotingen tussen 1984 en 2004.
- ² Deze paragraaf is voor een belangrijk gedeelte gebaseerd op het rapport “Afspraak is afspraak...?” Evaluatie van de bestuurlijke effectiviteit van de meerjarenafspraken in de zorgsector van Bestad en Berenschot Procesmanagement van april 2002.
- ³ Deze paragraaf is gebaseerd op een recente evaluatie door het Milbank Memorial Fund (Leichter en Tryens, 2002) en de rapporten die de “Oregon Progress Board” (de organisatie die de prestatieinformatie in Oregon implementeert) uitbrengt.
- ⁴ Deze paragraaf is gebaseerd op de meest recente performance assesment framework van de *National Health Service* en de artikelen van Marshall et. al, 2003; Mannion en Goddard, 2001) en het rapport van de Royal Statistical Society over prestatie indicatoren in de gezondheidszorg.
- ⁵ Externe verklaringen voor de ontwikkeling van de scores op een prestatie-indicator kunnen in verschillende richtingen worden gezocht. Voorbeelden zijn variaties in de case-mix van patiënten, schaaleffecten, of institutionele arrangementen.

Overeenstemming tussen beleid en beleidsstructuur

Mw. mr. M.W. de Lint

Inhoudsopgave

Overeenstemming tussen beleid en beleidsstructuur

1	Inleiding	85
2	Onderzoeksopzet	87
3	Onderzoeksbevindingen	88
3.1	Verantwoordelijkheidsverdeling binnen VWS voor de beleidsartikelen in de rijksbegroting (stap 1)	88
3.2	Invloed beleidsartikelen op uitkomst indicatoren (stap 2)	90
3.3	Indicatoren en hun uitwerking op beleidsartikelen (stap 3)	94
3.4	Gewicht en representativiteit van indicatoren (stap 4)	98
4	Analyse en conclusies	102

1 Inleiding

Het ministerie van VWS is van plan om de prestaties van de Nederlandse gezondheidszorg structureel te gaan meten aan de hand van de balanced scorecard (bsc). Het wil de uitkomsten van deze meting zowel gebruiken om verantwoording af te leggen als om te kunnen sturen. In deze voornemens ligt besloten dat de bsc niet alleen inzicht moet geven in de performance van de gezondheidszorg, maar ook in de effectiviteit van het overheidsbeleid terzake. Dit voornemen moet met ingang van 2005 zijn beslag krijgen.

Het welslagen van een dergelijk voornemen is van vele factoren afhankelijk, niet in de laatste plaats van de mate waarin het raamwerk van indicatoren van de bsc overeenkomt met de beleidsstructuur en het beleid van het ministerie van VWS. De overeenstemming met de beleidsstructuur is van belang omdat een indicator alleen dan een signaalfunctie kan vervullen, wanneer duidelijk is wie binnen het departement verantwoordelijk is voor de uitkomst en ontwikkeling van de betreffende indicator. Naarmate de verantwoordelijkheid diffuser is – d.w.z. meer verspreid over de verschillende directies van VWS – ligt het minder voor de hand dat een signaal wordt opgepakt: gedeelde verantwoordelijkheid appelleert immers minder sterk aan het verantwoordelijkheidsgevoel van de individuele portefeuillehouders, werkt afwentelingsgedrag in de hand en bemoeilijkt het ter verantwoording roepen. De match tussen de indicatoren van de bsc en (de inhoud van) het beleid is noodzakelijk omdat een signaal slechts dan tot actie zal leiden wanneer de onderliggende waarde of norm wordt onderschreven. Daarbij geldt bovendien dat naarmate de betreffende waarde of norm belangrijker gevonden wordt, eerder en/of stringenter maatregelen zullen worden genomen.

Het is daarom van belang te onderzoeken of en zo ja, in hoeverre, aan deze voorwaarden is voldaan. De centrale onderzoeksvraag laat zich dan ook als volgt stellen: *“Is er overeenstemming tussen het beleid en de beleidsstructuur van VWS enerzijds en de indicatoren van de balanced scorecard anderzijds?”* (en als afgeleide daarvan: is het reëel te verwachten dat met deze bsc in 2005 aan de slag gegaan kan worden?)

In deze notitie worden de resultaten van dit onderzoek gepresenteerd. De opbouw is als volgt: in hoofdstuk 2 wordt in het kort uiteengezet op welke wijze het onderzoek is opgezet en

uitgevoerd. In hoofdstuk 3 volgt de uitwerking van het onderzoek, waarna in hoofdstuk 4 de belangrijkste bevindingen van het onderzoek aan een analyse worden onderworpen en conclusies worden getrokken. Het geheel wordt afgesloten met een eindconclusie, waarin de onderzoeksvraag wordt beantwoord.

2 Onderzoeksopzet

Het onderzoek is opgezet en uitgevoerd als een quick scan. Daarbij is als volgt te werk gegaan:

Allereerst is onderzocht in hoeverre de indicatoren van de bsc en de organisatiestructuur van VWS op elkaar zijn afgestemd. Daartoe zijn de volgende stappen ondernomen:

- *Stap 1:* Het (voorgenomen) beleid van VWS is neergelegd in de Rijksbegroting VWS 2004. Deze begroting presenteert een beleidsagenda, waarin een korte weergave wordt gegeven van de beleidsprioriteiten waar het nieuwe kabinet vanaf 2004 mee aan de slag gaat. De agenda is verder uitgewerkt in de zogenoemde beleidsartikelen. Als eerste stap is in kaart gebracht welke beleidsdirecties verantwoordelijk zijn voor de verschillende beleidsartikelen in de Rijksbegroting VWS 2004.
- *Stap 2:* Daarna is per beleidsartikel onderzocht welke indicatoren van de bsc door het betreffende beleidsartikel worden beïnvloed.
- *Stap 3:* Op geleide van de bevindingen in stap 2 is vervolgens een overzicht samengesteld dat per indicator aangeeft welke beleidsartikelen relevant zijn voor de ontwikkeling van de betreffende indicator. In combinatie met de uitkomsten van stap 1 maakt dit schema tevens inzichtelijk welke indicatoren worden beïnvloed door de verschillende beleidsdirecties c.q. onder wiens verantwoordelijkheid binnen VWS de uitkomst en ontwikkeling van de indicatoren valt.

Vervolgens is onderzocht of het raamwerk van indicatoren het geheel van normen en waarden representeert die in het beleid voor de gezondheidszorg belangrijk gevonden worden en of alle indicatoren (c.q. perspectieven) even zwaar wegen in het beleid. Hiertoe is de volgende stap ondernomen:

- *Stap 4:* Aan de hand van de begroting van VWS voor 2004 is in de eerste plaats onderzocht of alle thema's, welke genoemd zijn in de beleidsagenda, terugkomen in de indicatoren van de bsc en in de tweede plaats of daarin bepaalde indicatoren dominant zijn.

3 Onderzoeksbevindingen

3.1 Verantwoordelijkheidsverdeling binnen VWS voor de beleidsartikelen in de rijksbegroting (stap 1)

Aan de hand van het organogram van het ministerie van VWS is nagegaan voor welke beleidsartikelen de verschillende directies van VWS verantwoordelijk zijn. Het onderstaande schema geeft de resultaten van deze toets weer.

Schema 3.1 Verantwoordelijkheidsverdeling binnen het departement van VWS voor de beleidsartikelen in de rijksbegroting 2004

Organisatiestructuur VWS		Beleidsartikelen begroting	
		nr	Omschrijving
Secretariaat-Generaal	Staf-/beleidsdirecties	nr	Omschrijving
	Macro-Economische Vraagstukken en Arbeidsvoorwaardenbeleid	Alle	--
	Financieel-Economische Zaken	Alle	--
	Wetgeving en Juridische Zaken	Alle	--
	Internationale Zaken	Alle	--
DG Volksgezondheid	Innovatie, Beroepen en Ethiek	29	Arbeidsmarktbeleid
		30	Opleidingen, informatie, kwaliteit- en patiëntenbeleid
	Preventie en Openbare Gezondheidszorg	21	Preventie en gezondheidsbescherming
	Voeding en Gezondheidsbescherming	21	Preventie en gezondheidsbescherming
DG Gezondheidszorg	Curatieve Zorg	22	Curatieve zorg
	Geneesmiddelen en Medische Technologie	23	Geneesmiddelen en medische technologie
	Zorgverzekeringen	25	Modernisering AWBZ Zorgverzekeringen
		31	Rijksbijdragen volksgezondheid
32		Tegemoetkoming buitengewone uitgaven	
		38	

Organisatiestructuur VWS		Beleidsartikelen begroting	
DG Maatschappelijke zorg	Geestelijke Gezondheidszorg, Verslavingszorg en Maatschappelijke Opvang	24	Geestelijke Gezondheidszorg, verslavingszorg en maatschappelijke opvang
	Gehandicaptenbeleid	26 28	Gehandicapten- en hulpmiddelenbeleid Wet voorzieningen gehandicapten
	Jeugdbeleid	33	Jeugdbeleid
	Sociaal Beleid	34	Sociaal beleid
	Sport	35	Sport
	Verpleging, Verzorging en Ouderen	27	Verpleging, verzorging en ouderen
	Verzetsdeelnemers, vervolgd en Burgeroorlogsgetroffenen	36	Verzetsdeelnemers, vervolgd en burgeroorlogsgetroffenen
Inspecties	Gezondheidszorg	--	--
	Jeugdzorg	--	--

Toelichting

Opmerking verdient het feit dat in deze toetsing is uitgegaan van de formele beleidsorganisatie, de zogenoemde lijnorganisatie, en dat geen rekening is gehouden met de functionele organisatie. Zo is bekend dat binnen het departement veelvuldig op projectbasis wordt gewerkt, waarin vertegenwoordigers van verschillende beleids- en stafdirecties participeren.

Bevindingen

Uit het schema komt naar voren dat de beleidsdirecties van VWS en de beleidsartikelen in de rijksbegroting vrijwel geheel met elkaar overeenstemmen; ze dragen in vele gevallen zelfs dezelfde naam. Wat daarbij opvalt is de sector- en doelgroepgerichte structuur van zowel de beleidsorganisatie als van het beleid.

Verder valt op dat een aantal directies van VWS in beginsel (mede) verantwoordelijkheid draagt voor alle beleidsartikelen c.q. het totale beleid van het departement. Zij worden om die reden ook wel stafdirecties genoemd. Als andere uiterste staan hier de Inspecties tegenover, die - uit de aard van hun taak -

geen rechtstreekse verantwoordelijkheid voor de ontwikkeling van beleid dragen.

3.2 Invloed beleidsartikelen op uitkomst indicatoren (stap 2)

Aan de hand van de doelstellingen zoals geformuleerd in de rijksbegroting VWS 2004 is van elk beleidsartikel consequent nagegaan of het voor de hand ligt dan wel aannemelijk is dat het voorgenomen of ontwikkelde beleid terzake de uitkomst van de verschillende indicatoren van de bsc beïnvloedt. Het hierna volgende schema geeft op geaggregeerd niveau een overzicht van het aantal indicatoren - van de in totaal 26 - dat door een bepaald beleidsartikel wordt beïnvloed. De gedetailleerde uitwerking van deze stap is opgenomen in bijlage 1.

Schema 3.2 Invloed beleidsartikelen op uitkomst indicatoren

Beleidsartikel	Aantal indicatoren
Preventie en gezondheidsbescherming	6
Curatieve zorg	25
Geneesmiddelen en medische technologie	10
Geestelijke Gezondheidszorg, verslavingszorg, maatschappelijke opvang	24
Modernisering AWBZ	15
Gehandicapten- en hulpmiddelenbeleid	24
Verpleging, verzorging en ouderen	24
Wet voorzieningen gehandicapten	9
Arbeidsmarktbeleid	19
Opleidingen, informatie-, kwaliteits- en patiëntenbeleid	22
Zorgverzekeringen	19
Rijksbijdragen volksgezondheid	7
Jeugdbeleid	17
Sociaal beleid	17
Sportbeleid	5

Beleidsartikel	Aantal indicatoren
Verzetsdeelnemers, vervolgd en burgeroorlogsgetroffenen	1
Inspecties: IGZ	4
Inspecties: Jeugdzorg	6
Tegemoetkoming buitengewone uitgaven	5

Toelichting

In deze stap ligt in wezen het antwoord op de vraag, in hoeverre er overeenstemming is tussen de indicatoren en de beleidsstructuur van VWS, besloten. In de inleiding is namelijk reeds gesteld dat er sprake is van ‘overeenstemming’ tussen indicatoren en de beleidsorganisatie indien de relatie tussen beide eenduidig is. In stap 2 is geredeneerd vanuit de beleidsartikelen (respectievelijk directies); naarmate één beleidsartikel c.q. –directie meerdere indicatoren ‘raakt’ betekent dit dat de verantwoordelijkheden van de directie waaronder het beleidsartikel valt meer divers en dus minder eenduidig zijn. De uitkomsten van stap 2 dienen tevens als input voor stap 3, waarin als het ware andersom te werk is gegaan, namelijk vanuit de indicatoren is geredeneerd.

Gezien de importantie van deze stap is het des te meer van belang te verantwoorden hoe deze toetsing is uitgevoerd. Hoewel het in het kader van deze quick scan te ver voert om het gehele redeneerproces te expliciteren, kan dit wel geïllustreerd worden aan de hand van enkele voorbeelden. Daartoe is gekozen voor twee uitersten: enerzijds een beleidsartikel dat het merendeel van de indicatoren beïnvloedt; anderzijds een beleidsartikel dat ‘slechts’ enkele indicatoren raakt.

Voorbeeld 1: Beleidsartikel Curatieve Zorg

De algemene doelstelling van het beleidsartikel Curatieve Zorg is het in stand houden en bevorderen van een kwalitatief verantwoorde en in financiële zin beheersbare zorgverlening ter bevordering van de lichamelijke gezondheidssituatie van de Nederlandse bevolking. In (meer) operationele zin worden de volgende doelstellingen nagestreefd:

- een optimale zorgverlening in eerste lijn;
- een optimale zorgverlening in tweede lijn;
- het stimuleren van een zo effectief en efficiënt mogelijke zorgverlening in eerste en tweede lijn door:
 - a. invoeren nieuw bekostigingssysteem (DBC-project);
 - b. zorginhoudelijke vernieuwing;
 - c. monitoring en transparantie

- een optimale spoedeisende medische zorgverlening.
Het beleidsartikel Curatieve Zorg beïnvloedt hiermee maar liefst 25 indicatoren. De invloed op de indicatoren consumenttevredenheid (1) en patiënttevredenheid (2) ligt voor de hand omdat de mate waarin het lukt om de zorgverlening in eerste en tweede lijn en de spoedeisende hulp te optimaliseren zeer bepalend is voor de tevredenheid van patiënten. Wanneer het bovendien lukt om dat op een in financiële zin beheersbare manier te doen, zal ook dit de tevredenheid van consumenten en patiënten in positieve zin beïnvloeden en vice versa. Het beleid inzake curatieve zorg is verder medebepalend voor het antwoord op de vraag of patiënten beter worden door de zorg (3a,) of de gezondheidszorg helpt om mogelijke gezondheid te realiseren (3b), en of de risico's van de zorg aanvaardbaar zijn (5).

Hoewel de verticale equity (6) en de financiële toegankelijkheid (ontwikkeling eigen bijdragen; 7) primair worden beïnvloed door het stelsel van ziektekostenverzekeringen en dus door de beleidsartikelen Zorgverzekeringen en Modernisering AWBZ, heeft ook het beleidsartikel Curatieve Zorg hierop invloed: immers, naarmate het beleid van Curatieve Zorg meer succesvol is zullen eigen bijdragen minder snel/hard stijgen. Het is verder zonder meer duidelijk dat het beleid inzake de Curatieve zorg bijdraagt aan de ontwikkeling van de kosten van de gezondheidszorg per hoofd van de bevolking (8). Het kan voorts bewerkstelligen - en dat is zelfs een expliciete doelstelling - dat de beschikbare zorg optimaal wordt gebruikt (9). Ook ligt het voor de hand dat de randvoorwaarden die met dit beleid worden geschapen van invloed zijn op de mate waarin zorgaanbieders financieel gezond genoeg zijn om aan hun maatschappelijke verplichtingen te kunnen voldoen (10).

Meer in het algemeen geldt dat het systeem - waarvan curatieve zorg een belangrijk onderdeel is - in hoge mate bepalend is voor het gedrag van partijen in het veld. Dus zelfs die indicatoren die vooral betrekking (lijken te) hebben op het presteren van de financiers en de zorgaanbieders - de indicatoren van het bedrijfsvoering - en het innovatieperspectief - worden beïnvloed door het beleid van VWS. Zo is het presteren van de financiers (11) mede afhankelijk van de randvoorwaarden waarbinnen zij moeten presteren, terwijl ook de accreditatie van instellingen (12) mede afhankelijk is van het gekozen sturingsmodel voor de zorg (de noodzaak tot accreditatie zal sterker worden gevoeld naarmate er meer concurrentie tussen instellingen is). Verder bepaalt het beleid inzake curatieve zorg

mede hoeveel zorgaanbieders zich (kunnen) vestigen en waar ze dat doen. Het beleid bepaalt namelijk de randvoorwaarden en daarmee het vestigingsklimaat; het kan zeer sturend zijn, door de vestiging afhankelijk te stellen van een vergunning, of minder direct sturend d.m.v. financiële (des-)incentives. Het beleid is daarmee van invloed op het aantal keuzemogelijkheden in het zorgaanbod (13) en op de aard en omvang van de concentratie van het aanbod (14). Indirect is dit beleid ook medebepalend voor het werkklimaat en voor de motivatie van personen om in de zorg te willen werken (15, 16, 17), alsmede voor de substitutie van beroepen en van plaats (18,19).

De randvoorwaarden die met het beleid worden gecreëerd zijn tenslotte ook mede bepalend voor de uitkomsten van de indicatoren die betrekking hebben op innovatie (20 t/m 26): hoeveel geld wordt uitgegeven aan R&D (20), hoe snel nieuwe technologische ontwikkelingen worden ingevoerd in de praktijk (21), of er een adequate informatiestructuur is (22), of professionals gemotiveerd zijn te vernieuwen (24), of organisatorische innovatie plaatsvindt (25) en of er nieuwe diensten ontstaan uit de samenwerking tussen industrie en aanbieders (26) is in ieder geval mede afhankelijk van het voorgestane sturingsmodel (wel of geen concurrentie tussen aanbieders) en de financieringsstructuur (wordt innovatie beloond?). Het beleid curatieve zorg is tenslotte ook van invloed op de vraag of voldoende mensen worden opgeleid in relatie tot de toekomstige vraag (23). Hoewel dit primair een taak is voor de directie Innovatie, Beroepen en Ethiek (IBE), zal het voorgestane beleid van Curatieve zorg zeker mede bepalend zijn voor de vraag hoeveel zorgverleners nodig zijn om optimale zorgverlening mogelijk te maken.

Voorbeeld 2: Tegemoetkoming buitengewone uitgaven

Doelstelling van het beleidsartikel Tegemoetkoming buitengewone uitgaven is om belastingplichtigen die geen of slechts gedeeltelijk voordeel hebben van de aftrek van buitengewone uitgaven een alternatieve tegemoetkoming te bieden.

Het moge duidelijk zijn dat dit beleidsartikel van invloed is op de tevredenheid van consumenten en met name patiënten (1, 2). Tevredenheid strekt zich immers niet alleen uit over de kwaliteit van het geleverde, maar ook over de prijs die daarvoor moet worden betaald (prijs/kwaliteitsverhouding).

Verder is dit beleid met name van belang voor de financiële indicatoren: de alternatieve tegemoetkoming weegt mee in de

verticale equity (6), bepaalt mede de financiële toegankelijkheid van de zorg voor de individuele burger (7), en is tevens van invloed op de kosten van de gezondheidszorg per hoofd van de bevolking (8); de alternatieve tegemoetkoming zal immers uit publieke middelen worden bekostigd.

Bevindingen

Gezien de samenhang met stap 3 worden de bevindingen aldaar gerapporteerd.

3.3 Indicatoren en hun uitwerking op beleidsartikelen (stap 3)

In deze stap zijn de uitkomsten van de toetsing in stap 2 gegroepeerd per indicator. Het onderstaande schema geeft aan hoeveel van de in totaal 19 beleidsartikelen worden geraakt door de uitkomst van één bepaalde indicator. Een uitgebreide weergave van de resultaten van deze stap is opgenomen in bijlage 2.

Schema 3.3 Invloed beleidsartikelen op uitkomst indicatoren, gegroepeerd per indicator

Perspectief	Domein	Nr.	(Omschrijving) indicator	Aantal beleidsartikelen
Consument	Patiëntgerichtheid	1	Consumenttevredenheid	19
		2	Patiënttevredenheid	19
	Effectiviteit	3a	Worden patiënten beter door de zorg?	3 indirect 3
		3b	Helpt gezondheidszorg mogelijke gezondheid te realiseren?	10 indirect 9
		4	Welzijn en care	7 indirect 9
Veiligheid	5	Zijn risico's van de zorg aanvaardbaar?	6 indirect 4	
Financieel	Verticale equity	6	Kakwani index	2
	Financiële toegankelijkheid	7	Ontwikkeling eigen bijdragen	12
	Kosten	8	Kosten gezondheidszorg per capita	19

Perspectief	Domein	Nr.	(Omschrijving) indicator	Aantal beleidsartikelen
Bedrijfsvoering	Allocatieve efficiëntie	9	Wordt beschikbare zorg optimaal gebruikt?	9
	Financiële positie zorgaanbieders	10	Financiële gezondheid zorgaanbieders	6 indirect 4
	Rolopvatting financiers	11	Rapportcijfer presteren	13
	Kwaliteit	12	Percentage geaccrediteerde instellingen	2 indirect 12
	Keuze	13	Keuzemogelijkheden in zorgaanbod en zorgverzekering	12
	Concentratie	14	Aard en omvang van de concentratie van het aanbod	13
	Personeel	15	Aantal professionals in opleiding en geregistreerd	4
		16	Percentage moeilijk invulbare vacatures	2 indirect 12
	Personeel, uitval	17	Ziekteverzuim en personeelsuitstroom	2 indirect 12
		18	Vindt het plaats?	4
Innovatie	Substitutie beroepen	19	Vindt het plaats?	15
	Omvang R&D	20	R&D-uitgaven als % totale uitgaven voor gezondheidszorg	13
	Diffusie innovaties	21	Hoe snel worden nieuwe technologische ontwikkelingen ingevoerd in de praktijk?	13
	Info infrastructuur	22	Bestaat adequate informatie infrastructuur	13
	Opleiding	23	Worden voldoende mensen opgeleid in relatie tot toekomstige vraag?	13
	Klimaat	24	Stimuleert werksfeer vernieuwingen en zijn	13

Perspectief	Domein	Nr.	(Omschrijving) indicator	Aantal beleidsartikelen
	Organisatorische innovatie	25	professionals gemotiveerd om te vernieuwen? Vindt het plaats?	13
	Link industrie	26	Ontstaan nieuwe diensten uit samenwerking tussen industrie en aanbieders?	13

Toelichting

In dit schema is de informatie uit stap 2 op een andere wijze gerangschikt: in onderhavig schema is per indicator aangegeven welke beleidsartikelen relevant zijn voor de ontwikkeling van de betreffende indicator. In combinatie met de uitkomsten van stap 1 maakt dit schema tevens inzichtelijk onder wiens verantwoordelijkheid binnen VWS de uitkomst en ontwikkeling van de indicatoren valt.

Ook voor stap 3 geldt dat het van belang is meer inzicht te verschaffen in de wijze waarop de score tot stand is gekomen. Volstaan wordt met enkele voorbeelden.

Voorbeeld: indicator 9, allocatieve efficiëntie

De uitkomst van de indicator allocatieve efficiëntie (nr. 9) wordt beïnvloed door het beleid inzake Zorgverzekeringen. Een belangrijke doelstelling van dit beleid is immers om voor iedere ingezetene van Nederland een zorgverzekering te bieden tegen een redelijke prijs, die zo wordt uitgevoerd dat tegemoet gekomen wordt aan de vraag van verzekerden. Om dat te kunnen bereiken moeten beslissingen over opname van bepaalde voorzieningen in het verzekerde pakket in ieder geval (mede) worden gebaseerd op de kosteneffectiviteit van de betreffende voorziening. Echter, ook (onder andere) het beleidsartikel Geneesmiddelen en medische technologie is van belang bij beslissingen omtrent opname in het verzekerde pakket. Eén van de doelstellingen van dit beleidsartikel is immers 'het aanpassen van het geneesmiddelenpakket'. Hetzelfde geldt voor de andere sectoraal opgezette beleidsartikelen (c.q. directies); zo stelt bijvoorbeeld het beleidsartikel Geestelijke Gezondheidszorg, Verslavingszorg en Maatschappelijke Opvang, zich ten doel 'een kwalitatief goed en toegankelijk aan-

bod' van GGZ, verslavingszorg en maatschappelijke opvang te realiseren.

Voorbeeld: indicator 11, presteren financiers

Het presteren van de financiers, waaronder zorgverzekeraars en gemeenten (indicator 11) is niet alleen afhankelijk van hun rolopvatting, maar wordt mede beïnvloed door het gevoerde beleid ten aanzien van de sector waarin zij moeten opereren. Dat geldt bijvoorbeeld voor het beleidsartikel Gehandicapten- en hulpmiddelenbeleid, waar één van de doelstellingen is het stimuleren van een zodanig aanbod van zorgvoorzieningen dat gehandicapten hiermee hun handicap kunnen compenseren. Uit deze doelstelling volgt dat de stimuleringsmaatregelen gericht kunnen zijn op zowel de aanbieders, als op de financiers. Daarmee is het aannemelijk dat de randvoorwaarden die met het beleid terzake worden gecreëerd mede bepalend zijn voor het presteren van zowel aanbieders als financiers. Verder moet nog worden gewezen op de toevoeging 'indirect' bij enkele rijen in de laatste kolom. Dit onderscheid hangt samen met de wijze waarop de betreffende indicator kennelijk moet worden geïnterpreteerd. Een voorbeeld ter verduidelijking.

Indicator 3a betreft de effectiviteit van de zorg; ze geeft antwoord op de vraag of patiënten beter worden door de zorg. Die vraag kan heel ruim worden opgevat, afhankelijk van de definitie van 'de zorg'. Uit de opbouw en systematiek van de bsc blijkt dat met dit begrip hier bedoeld wordt op de cure. Er wordt in de bsc immers een driedeling gemaakt in de vraag naar de effectiviteit: indicator 3a betreft de effectiviteit van de cure, 3b van preventie en 4 van welzijn en care. Verder is van belang of de vraag naar de effectiviteit 'louter' de zorgverlening sec betreft dan wel tevens de randvoorwaarden waaronder en het kader waarbinnen de zorg wordt verleend. In het eerste geval zijn het uitsluitend de beleidsartikelen die betrekking hebben op de zorgverlening in de cure sector (te weten Curatieve zorg; Geneesmiddelen en medische technologie; Geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg en maatschappelijke opvang (noot: voor zover gericht op genezing) die verantwoordelijk zijn voor de uitkomst van de indicator; in het tweede geval zijn ook de beleidsartikelen Arbeidsmarktbeleid; Opleidingen, informatie-, kwaliteits- en patiëntenbeleid; Zorgverzekeringen (zit bepaalde zorg wel of niet in het wettelijk verzekerde pakket) medeverantwoordelijk voor de uitkomst van de indicator, zij het indirect. In het schema zijn deze beleidsartikelen daarom vervat onder de aanduiding 'indirect'.

Bevindingen

Uit de schema's 3.2 en 3.3 kan worden afgeleid dat elke beleidsdirectie rekening zal moeten houden met een veelheid aan indicatoren, terwijl andersom geldt dat de uitkomst van elke indicator door een veelheid aan beleidsartikelen ofwel - directies wordt beïnvloed. De meest sprekende voorbeelden hiervan zijn de indicatoren 1, 2 en 8. Slechts bij wijze van uitzondering is de relatie tussen beide redelijk eenduidig; een voorbeeld is indicator 6, die wordt beïnvloed door de beleidsartikelen *Zorgverzekeringen* en *Modernisering AWBZ*, beide ressorterend onder de directie *Zorgverzekeringen*. Een belangrijke consequentie van dit gegeven is dat de verantwoordelijkheid voor de uitkomst en ontwikkeling van de genoemde indicatoren uiterst diffuus is.

Uit de stappen 2 en 3 kan weliswaar worden afgeleid dat een beleidsartikel de uitkomst van een bepaalde indicator beïnvloedt, maar niet in welke mate. Zelfs niet uit schema 3.3, waarin een onderscheid is gemaakt tussen directe en indirecte invloed. Wel is het evident dat het gewicht van de respectievelijke beleidsartikelen die een bepaalde indicator beïnvloeden verschilt. Zo ligt het zonder meer voor de hand dat het beleidsartikel *Verzetsdeelnemers, vervolgd en burgeroorlogsgetroffenen de consument- en patiënttevredenheid beïnvloedt*, maar slechts in geringe mate aangezien het aantal verzetsdeelnemers, vervolgd en burgeroorlogsgetroffenen een klein percentage van de totale Nederlandse bevolking vormt.

3.4 Gewicht en representativiteit van indicatoren (stap 4)

Aan de bsc ligt onder meer de veronderstelling ten grondslag dat de indicatoren het geheel van waarden en normen weerspiegelt die we van belang vinden voor de gezondheidszorg en dat alle indicatoren (c.q. perspectieven) bovendien even zwaar wegen. Dat is gezien de oorsprong van de bsc – het (commerciële) bedrijfsleven – wellicht een plausibele aanname, maar de vraag is of deze veronderstelling ook juist is als het gaat om toepassing van de bsc in een publieke sector, zoals de gezondheidszorg. Daarin spelen immers ook andere dan op groei gerichte doelstellingen een belangrijke – en zelfs doorslaggevende – rol.

In deze stap is aan de hand van de rijksbegroting van VWS 2004 onderzocht of alle thema's die in de beleidsagenda zijn

opgenomen terugkomen in de indicatoren van de bsc en is tevens onderzoek gedaan naar het 'soortelijk gewicht' van de verschillende indicatoren en perspectieven in deze thema's.

De beleidsagenda en de begroting van VWS presenteren een aantal belangrijke keuzes voor de komende jaren. De gekozen thema's wegen relatief zwaar in het totale beleid van VWS. Aan de hand van de toelichting op de thema's in de begroting van VWS is achterhaald wat de motieven zijn om juist deze thema's zo'n prominente plaats te geven in het beleid voor de komende jaren. Deze motieven laten zich vertalen in het perspectief van de bsc dat daarbij dominant is (te weten het perspectief van de consument, van de bedrijfsvoering, van innovatie of het financiële perspectief) en zelfs welke indicator binnen dat perspectief de boventoon voert.

Schema 3.4 Overzicht thema's beleidsagenda

Motto: zorg toegankelijk, solidair, betaalbaar, doelmatig	
A	Meer eigen verantwoordelijkheid burger
B	Vernieuwen stelsel: meer eigen verantwoordelijkheid aanbieder en verzekeraar
C	Minder regels en administratieve lasten
D	Wachttijden terugdringen, meer zorg
E	Werken, opleiden in zorg
F	Innovatie, kwaliteit, kennis en ICT
G	Ethische vraagstukken
H	Gezondheidsbevordering en publieke gezondheid
I	Nederlands voorzitterschap EU
J	Sport
K	Leefbaarheid en welzijn (community living)
L	Extra impuls jeugd, MO en vrouwenopvang
M	Nieuw subsidiebeleid

Gewicht van de indicatoren

Wat de motieven betreft om juist deze thema's op te nemen in de beleidsagenda het volgende. Opvallend is dat de motieven veelal financieel van aard zijn. Dat geldt in de eerste plaats voor de thema's die het hoogst op de agenda geplaatst zijn.

Zo zijn de doelstellingen van het thema 'meer eigen verantwoordelijkheid burger' (A) het beperken van de (medische)

consumptie en het bevorderen van kostenbewustzijn; beide dienen de beheersing van kosten. De bedoeling van de stelselvernieuwing (B) is aanbieders en verzekeraars meer vrijheid te geven om ondernemerschap te tonen. Ondernemerschap wordt gezien als de preferente manier om de productiviteit in de zorg te verhogen zonder navenante kostenstijging (meer waar voor geld); met andere woorden het is ten principale een middel om de doelmatigheid te bevorderen en aldus een bijdrage te leveren aan kostenbeheersing. In datzelfde licht dient het thema ‘nieuw subsidiebeleid’ (M) te worden geplaatst, dat in wezen moet worden gezien als verbijzondering van thema (B). Ook bij het thema ‘minder regels en administratieve lasten’ (C) staat het bevorderen van ondernemerschap voorop, teneinde de doelmatigheid te verhogen.

Ook ten aanzien van andere thema's valt op dat het motief veelal (mede) is ingegeven door financiële overwegingen. Zo is één van de motieven om het thema ‘werken, opleiden in de zorg’ (E) in de beleidsagenda op te nemen weliswaar gelegen in het beter doen aansluiten van het personeelsaanbod op de (toekomstige) vraag naar zorg, maar het financiële motief wordt als eerste genoemd: het beleid moet zich in de eerste plaats richten op een beheerste uitgaven- en kostenontwikkeling, door loonmatiging te bewerkstelligen en de arbeidsproductiviteit te verhogen. Het eerste motief dat genoemd wordt bij Gezondheidsbevordering en publieke gezondheid (H) is de gezondheidstoestand van individuen en van de bevolking in totaal te verbeteren. Naast dit (intrinsieke) motief blijkt bij dit thema echter ook een belangrijke drijfveer te zijn gelegen in het streven de kosten te beheersen; de aandacht in het beleid gaat namelijk uit naar zes ziekten die een groeiend beslag leggen op de zorgkosten. Ook ten aanzien van het thema Sport geldt dat behalve een intrinsiek motief (het bevorderen van de gezondheid van mensen) een belangrijk motief om dit thema op te nemen van financiële aard is: sport wordt gezien als middel om het beroep op de gezondheidszorg te voorkomen dan wel te verminderen.

Slechts bij enkele thema's wordt niet expliciet gerept over financiële overwegingen. Dat geldt onder andere voor het thema ‘innovatie, kwaliteit, kennis en ICT-innovatie’: op het eerste gezicht lijkt hierbij het innovatieperspectief voorop te staan. Bij nader inzien blijken zowel technologische als organisatorische innovaties hoger liggende doelen te dienen, namelijk betere kwaliteit van zorg (inclusief veiligheid) en een klantvriendelijker product enerzijds en uitdagender werk voor de

zorgverleners anderzijds. Het eerstgenoemde doel representeert het consumentenperspectief, het tweede vooral het bedrijfsvoeringperspectief. Verder geldt het voor het thema 'Leefbaarheid en welzijn (community living)', waarin als enige motief genoemd wordt het verbeteren van de leefomstandigheden en het welzijn van burgers met een beperking. Hetzelfde geldt voor de extra impuls jeugd, maatschappelijke opvang en vrouwenopvang, dat als een verbijzondering van het thema leefbaarheid en welzijn gezien kan worden.

Het feit dat bij deze thema's geen gewag wordt gemaakt van financiële overwegingen, betekent echter niet dat deze overwegingen geen rol spelen. In de inleiding op de beleidsagenda wordt namelijk nadrukkelijk gesteld dat de zorg in Nederland toegankelijk, solidair, betaalbaar en doelmatig moet zijn (motto). Dit houdt in dat de Nederlandse burger recht heeft op kwalitatief goede zorg en op gelijke toegankelijkheid tot de zorg, maar dat tegelijkertijd de kosten van de gezondheidszorg niet te zwaar mogen drukken op de economie en op de koopkracht van de burger. Hoewel toegankelijkheid, solidariteit, betaalbaarheid en doelmatigheid in veel opzichten op gespannen voet staan met elkaar komt uit deze inleiding duidelijk naar voren dat de betaalbaarheid van het zorgstelsel in het beleid te allen tijde dominant is. Dat lijkt ook logisch: immers, zonder financiële houdbaarheid kunnen andere (meer intrinsieke) doelstellingen niet gerealiseerd worden.

Representativiteit indicatoren

Tenslotte valt op dat enkele thema's die in het beleid van VWS een prominente plaats innemen niet terugkomen in de indicatoren van de bsc. Dat geldt in het bijzonder voor het thema Ethische vraagstukken (G). Geen van de indicatoren heeft specifiek betrekking op dit onderwerp. Hetzelfde geldt voor het thema Nederlands voorzitterschap EU (I), maar dit thema vormt een wat vreemde eend in de bijt, in die zin dat het niet primair gericht is op het verbeteren van (onderdelen van) de Nederlandse gezondheidszorg. Het heeft daarom geen enkele relatie met de bsc.

4 Analyse en conclusies

Uit de bevindingen van de verschillende stappen in het onderzoek kunnen de volgende conclusies worden getrokken:

Organisatiestructuur

1. De beleidsstructuur van VWS en de indicatoren van de balanced scorecard sluiten niet op elkaar aan. De beleidsstructuur is overwegend sector- en/of doelgroepgericht; slechts enkele beleidsdirecties kennen een sectoroverstijgende oriëntatie: de directies Zorgverzekeringen en Innovatie, Beroepen en Ethiek (IBE). De indicatoren zijn over het algemeen themagericht en veelal sectoroverstijgend.
2. Consequentie hiervan is dat er per indicator een veelheid aan (mede)verantwoordelijke portefeuillehouders binnen VWS is, terwijl (andersom) geldt dat elke beleidsdirectie verantwoordelijk is voor de uitkomst en ontwikkeling van een veelheid aan indicatoren.
3. Wat echter niet duidelijk is, is hoe zwaar het beleid van de verschillende directies weegt in de uitkomst van een bepaalde indicator. Als bijvoorbeeld de uitkomst van de indicator 'veiligheid' (5) verslechtert, is niet duidelijk welke beleidsdirectie daarop moet worden aangesproken. De verslechtering kan immers aan verschillende oorzaken te wijten zijn: o.a. aan het gebruik van hulpmiddelen, medische techniek, aan de deskundigheid van professionals of zelfs aan de organisatie van de zorg. Daarnaast kan de verslechtering zich in één van de deelsectoren (preventie, cure, care, welzijn) voordoen of juist in alle deelsectoren. Het merendeel van de indicatoren is derhalve zo algemeen dat niet duidelijk is waaraan een verbetering of verslechtering in uitkomst te danken c.q. te wijten is. Zonder nadere informatie over de oorzaak(en) van een verandering zal niemand zich verantwoordelijk voelen. Consequentie hiervan is dat gewerkt zal moeten worden met vele subindicatoren.
4. De indicatoren meten het uiteindelijke resultaat van het presteren van de gezondheidszorg. Veel indicatoren zijn niet rechtstreeks te beïnvloeden door VWS, maar wel via de randvoorwaarden waarbinnen het resultaat gerealiseerd wordt. Wanneer bijvoorbeeld blijkt dat veel instellingen financieel ongezond zijn (indicator 10) kan de oorzaak zijn gelegen in de randvoorwaarden waarbinnen de instellingen

moeten opereren, maar ook aan het management van de instelling of aan een combinatie van beide. Doordat de indicatoren uitsluitend het uiteindelijke resultaat meten kan uit de indicatoren niet worden afgeleid in hoeverre de uitkomst op conto van het beleid moet worden geschreven.

Inhoud

5. Ook inhoudelijk is er geen (volledige) overeenstemming tussen bsc en beleid. Aan de bsc ligt de veronderstelling ten grondslag dat er consensus is over de onderliggende normen van de verschillende indicatoren en dat de bsc het geheel van normen/waarden weergeeft die met het beleid voor de gezondheidszorg worden nagestreefd. Op de juistheid van die veronderstelling is het nodige af te dingen. Dat betreft allereerst de veronderstelde consensus. Zo zal er zonder meer overeenstemming zijn over de norm dat zorg veilig moet zijn (indicator 5), maar dit geldt bijvoorbeeld weer niet (per se) ten aanzien van de norm dat substitutie van beroepen of van plaats (indicatoren 18 en 19) nagestreefd moet worden. Laatstgenoemde indicatoren behoren tot het bedrijfsvoeringperspectief; de gedachte is dat als deze indicatoren stijgen – d.w.z. als meer substitutie van plaats en/of beroep plaatsvindt - de bedrijfsvoering in de gezondheidszorg verbetert. Niet iedereen is het er echter over eens dat substitutie van beroepen in alle omstandigheden leidt tot een verbetering van het presteren van de gezondheidszorg. Zo heeft de IGZ bedenkingen tegen sommige vormen van taakherschikking, juist vanuit een oogpunt van veiligheid. Als IGZ daarin gelijk heeft betekent dit dat een verbetering van het bedrijfsvoeringperspectief ten koste gaat van het consumentenperspectief, waartoe de indicator veiligheid behoort. Indicatoren kunnen bovendien dus ook conflicteren.
6. Daarnaast is de bsc niet representatief voor alle normen en waarden die we associëren met goede gezondheidszorg. Dit blijkt met name uit het feit dat bepaalde onderwerpen die politiek gezien van belang zijn en hoog op de beleidsagenda van VWS staan, niet of nauwelijks verdisconteerd zijn in de (indicatoren van de) bsc. Het meest sprekende voorbeeld daarvan vormt het thema ethische vraagstukken.
7. Ook zijn er twijfels omtrent de toekomstbestendigheid van deze balanced scorecard. Sommige indicatoren zijn sterk geënt op het bestaande stelsel van aanbodregulering; de vraag is in hoeverre deze indicatoren nog relevant zijn

naarmate de sturing van de gezondheidszorg verandert in de richting van meer marktwerking. Zo zal er in dat geval beduidend minder behoefte zijn de vinger aan de pols te houden ten aanzien van de rolopvatting van financiers en de financiële gezondheid van aanbieders, op grond van de overtuiging dat onder de maat presterende aanbieders en financiers zichzelf uit de markt prijzen.

8. Verder komt naar voren dat de verschillende perspectieven (resp. indicatoren) van de bsc niet alle even zwaar wegen in het beleid van VWS. Uit de beleidsthema's van de rijksbegroting komt naar voren dat het financiële perspectief (doelmatigheid en kostenbeheersing) sterk domineert. Dit brengt met zich mee dat in het beleid een hiërarchie wordt toegekend aan de verschillende indicatoren, welke niet tot uiting komt in de bsc.

De verklaring voor deze conclusie is de volgende. Het kunnen beoordelen van de ontwikkeling van de performance van de gezondheidszorg veronderstelt een set van normatieve indicatoren, die in tijd bezien onveranderlijk is; alleen dan is immers te beoordelen of de performance verbetert of verslechtert. Eén van de kenmerken van beleid is juist dat daarmee ingespeeld wordt op veranderende omstandigheden, zoals de intrede van een economische recessie, de veranderende bevolkingssamenstelling (toenemende vergrijzing) en bijgevolg veranderende zorgvraag etc. Het beleid zoals dat op een bepaald moment wordt voorgestaan is derhalve een weerspiegeling van de economische en politieke realiteit van dat moment. Daarbij komt dat beleidsvoornemens niet los kunnen worden gezien van reeds geïmplementeerd beleid; dit laatste vormt immers het vertrekpunt voor toekomstig beleid. Met andere woorden: de bsc is gericht op de lange termijn, terwijl het beleid van VWS sterk is gericht op de politieke realiteit en derhalve een relatief korte termijn bestrijkt.

Eindconclusie

Hoewel de gevolgde werkwijze met zich meebrengt dat op detailniveau discussie mogelijk blijft over de gegrondheid van de uitkomsten van het onderzoek, kan op grond van deze quick scan wel geconcludeerd worden dat er geen overeenstemming is tussen de beleidsstructuur en het beleid van VWS enerzijds en de indicatoren van de balanced scorecard anderzijds.

Omdat er geen één-op-één relatie is tussen de indicatoren en de beleidsdirecties is de verantwoordelijkheid voor de uitkomst van de verschillende indicatoren uiterst diffuus. Consequentie hiervan is dat de effectiviteit van de bsc als sturingsinstrument volledig afhankelijk is van de mate waarin de top van het departement leiding kan geven aan het geheel. Gezien de hoge mate van zelfstandigheid van de verschillende directies van VWS zal dit zeker geen gemakkelijke opgave zijn.

Het ontbreken van een match tussen de indicatoren en het beleid is in essentie terug te voeren op het feit dat het beleid rekening moet houden met de steeds veranderende politieke, maatschappelijke en economische omgeving, terwijl de balanced scorecard daar in beginsel verre van blijft. De vraag is dan wie (binnen VWS) geïnteresseerd is in de uitkomsten van de bsc.

Tabel 4.1 Invloed beleidsartikelen op uitkomst indicatoren

Algemene doelstelling	Operationele beleidsdoelstellingen	Indicator(en):
Preventie en gezondheidsbescherming	gezond gedrag bevorderen	CP: 1, 2, 3b
	gezondheidswinst door preventie, vroege opsporing en voorkomen complicatiestoegankelijkheid en kwalitatief hoogwaardige lokale voorzieningen van preventieve zorg	FP: 8
	activiteiten coördineren rond beheersing crisis en rampen en nazorg	BP: 11
	beleid gericht op bescherming gezondheid consument (voeding en voedselveiligheid; productveiligheid en letselpreventie)	IP: 20
Bevorderen en beschermen van de gezondheid van de burger in de Nederlandse samenleving	integrale programmering onderzoeks- en ontwikkelingsactiviteiten op terrein volksgezondheid en zorg	
	curatieve zorg	
	optimale zorgverlening in eerste lijn	CP: 1, 2, 3, 5
Instandhouden en bevorderen van een kwalitatief verantwoorde en in financiële zin beheersbare zorgverlening ter bevordering van de lichamelijke gezondheidssituatie van de Nederlandse bevolking	optimale zorgverlening in tweede lijn	FP: 6, 7, 8, 9, 10
	stimuleren zo effectief en efficiënt mogelijke zorgverlening in eerste en tweede lijn:	BP: 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19
	a. invoeren nieuw bekostigingssysteem (DBC project)	IP: 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26
	b. zorginhoudelijke vernieuwing	
	c. monitoring en transparantie	
	optimale spoedeisende medische zorgverlening	

Algemene doelstelling	Operationele beleidsdoelstellingen	Indicator(en):
Geneesmiddelen en medische technologie	<p>kwaliteit, toegankelijkheid en doelmatigheid geneesmiddelenvoorziening bevorderen:</p> <p>a. aanpassen prijs- en vergoedingssystematiek en versterken van sturing door verzekeraars</p> <p>b. aanpassen geneesmiddelenpakket</p> <p>c. versterken van kwaliteit en innovatie</p> <p>kwaliteit, veiligheid, beschikbaarheid en doelmatig gebruik van transplantaten en van medisch technologische toepassingen bevorderen</p>	<p>CP: 1, 2, 3, 5</p> <p>FP: 7, 8, 9</p> <p>BP: 13</p> <p>IP: 20, 26</p>
<p>GGZ, verslavingszorg, MO</p> <p>Een gezonde en veilige samenleving door preventie en behandeling van psychosociale en psychiatrische problemen</p>	<p>druggebruik voorkomen en gezondheidsrisico's beperken</p> <p>kwalitatief goed en toegankelijk aanbod van GGZ dat aansluit op zorgvraag</p> <p>kwalitatief goed en toegankelijk aanbod van verslavingszorg, dat aansluit op zorgvraag</p> <p>kwalitatief goed en toegankelijk aanbod in MO en vrouwenopvang, dat aansluit op zorgvraag</p> <p>kwalitatief goed en toegankelijk zorgaanbod dat aansluit op de zorgvraag van specifieke doelgroepen en samenleving</p>	<p>CP: 1, 2, 3, 4, 5</p> <p>FP: 7, 8, 9, 10</p> <p>BP: 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19</p> <p>IP: 20, 21, 22, 23, 24, 25, (26)</p>
<p>Modernisering AWBZ</p> <p>Vergroten keuzemogelijkheden en zeggenschap verzekerden; leveren flexibel en doelmatig aanbod op maat</p>	<p>verbeteren kwaliteit indicatiestelling en inrichting van een doelmatige organisatie</p> <p>zorgregistratie ondersteunt proces van zorgtoewijzing en wachtlijstbeheer (gehele keten)</p> <p>cliënt kan kiezen tussen PGB of ZIN (m.u.v. behandeling en verblijf)</p> <p>functiegerichte bekostiging</p>	<p>CP: 1, 2, 3, 4, 5</p> <p>FP: 6, 7, 8, 9, 10</p> <p>BP: 11, 12, 13, 14,</p> <p>IP: 25</p>
<p>Gehandicapten- en hulpmiddelenbeleid</p> <p>Stelselmatig bevorderen dat mensen met handicap volwaardig kunnen deelnemen aan de samenleving</p>	<p>zodanig aanbod van zorgvoorzieningen en dienstverlening stimuleren dat gehandicapten hiermee hun handicap kunnen compenseren</p> <p>rechtspositie gehandicapten versterken</p> <p>randvoorwaarden scheppen voor een samenhangende zorg en ondersteuning in de lokale samenleving</p> <p>kwaliteitstoetsing en –verbetering stimuleren vanuit cliëntenperspectief</p>	<p>CP: 1, 2, 3, 4, 5</p> <p>FP: 7, 8, 9</p> <p>BP: 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19</p> <p>IP: 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26</p>

Algemene doelstelling	Operationele beleidsdoelstellingen	Indicator(en):
Verpleging, verzorging en ouderen	randvoorwaarden bieden voor zorg- en dienstverlening binnen redelijke termijn	CP: 1,2, 3, 4, 5 FP: 7, 8, 9
Tijdige en adequate V&V en dienstverlening kunnen bieden aan mensen met objectief vastgestelde behoefte en samenhang aanbrengen in ouderenbeleid	keuzemogelijkheden bevorderen voor wonen, zorg en dienstverlening samenwerking tussen mantelzorgers en professionele zorg verbeteren stimuleren dat kwaliteit aansluit bij behoeften cliënt en bij professionele standaarden doelmatigheid zorg- en dienstverlening verbeteren	BP: 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19 IP: 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26
Wet voorzieningen gehandicapten	geen	CP: 1,2,3b, 4, 5 FP: 7, 9 BP: 11, 13, IP:
Zelfstandig functioneren van gehandicapten en ouderen bevorderen door voorzieningen te bieden op het gebied van wonen en vervoer		
Arbeidsmarktbeleid	de te verwachten personeelstekorten in VWS-sectoren terugdringen tot niveau van gebruikelijke fricties op arbeidsmarkt	CP: 1,2, 3, 4, 5 FP: 8, 9, 10
Beheerste ontwikkeling arbeidskosten, innovatief functioneren arbeidsmarkt, mede gericht op optimale allocatie; implementatie van het algemene arbeidsmarkt- en werkgelegenheidsbeleid	verhogen arbeidsproductiviteit in zorg en welzijnssector regulier maken van gesubsidieerde banen	BP: 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19 IP:22, 23, 14, 25
Opleidingen, informatie-, kwaliteits- en patiëntenbeleid	gebruik van zinvolle vernieuwingen in de zorg vanuit de invalshoeken ICT, kwaliteit en doelmatigheid moderne beroepenstructuur en evenwichtige capaciteit aan zorgverleners	CP: 1, 2, 3, 4, 5 FP: 8, 9, BP: 11, 12, 13, 14, 15, 17, 18, 19
Optimale zorg m.b.v. informatie-, communicatie- en technologiebeleid; capaciteit beroepsbeoefenaren; patiëntenbeleid en ethiek	bevorderen van ethisch verantwoord handelen in gezondheidszorg en bij medisch wetenschappelijk onderzoek sterke positie zorggebruiker	IP: 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26

Algemene doelstelling	Operationele beleidsdoelstellingen	Indicator(en):
Zorgverzekeringen	minder regels en administratieve lasten	
Iedere ingezetene van Nederland heeft een zorgverzekering tegen redelijke prijs, die zo wordt uitgevoerd dat de verzekerde de zorg krijgt die nodig is en de kosten beheersbaar zijn	er is een zorgverzekering voor iedere ingezetene van Nederland die, gegeven het wettelijk pakket, tegemoet komt aan de vraag van verzekerden	CP: 1,2,3, 4 FP: 7,8,9,10
Rijksbijdragen volksgezondheid	de inzet van instrumenten leidt tot een redelijke prijs van de zorgverzekering	BP: 11, 13, 14, 17, 18, 19
Het medebekostigen van sociale ziektekostenverzekeringen uit de schatkist, met als doel de premiedruk binnen maatschappelijk aanvaardbare grenzen te houden	de zorgverzekering wordt goed uitgevoerd	IP: 20, 21, 22, 24, 25
Jeugdbeleid	gedeeltelijke dekking van de uitgaven van de ziekenfondsverzekering	CP: 1,2 3b, 4 FP: 6, 7, 8
Positie van jeugdigen in samenleving versterken, hun kansen vergroten en uitval tegengaan	gedeeltelijke dekking van de uitgaven van het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten	BP: -- IP: --
Sociaal beleid	ontwikkelen en waarborgen van een adequaat stelsel van jeugdzorg	CP: 1, 2, 3, 4 FP: 7, 8, 9,
Versterking van de leefsituatie in Nederland	toereikend voorzien in financiering van opvang in internaten voor kinderen van binnenschippers en kermisexploitanten, voor zover deze opvang nodig is voor hun minderjarige schoolgaande kinderen	BP: 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17 IP: 22, 23, 24,
	bevorderen van participatie en toegankelijkheid	
	ondersteunen van lokaal sociaal beleid	
	stimuleren van onderzoek, monitoring en informatievoorziening	
	vergroten maatschappelijke participatie van burgers in buurt en vereniging door vrijwilligerswerk	CP: 1,2, 3b, 4, FP: 7, 8, 9
	beschikken over toegankelijke kennis voor het uitvoerend werk voor de beleidsevaluatie en –ontwikkeling van de sector maatschappelijke zorg	BP: 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19
	bevorderen van professionaliteit en kwaliteit van welzijnsvoorzieningen	IP: 22,

Algemene doelstelling	Operationele beleidsdoelstellingen	Indicator(en):
	<p>versterken zelfredzaamheid burgers op lokaal niveau</p> <p>verbeteren leefbaarheid in wijken van grote steden</p>	
<p>Sportbeleid</p> <p>Met inachtneming van de intrinsieke waarde van de sport, de maatschappelijke waarde ervan optimaal benutten en negatieve aspecten tegengaan</p>	<p>verantwoorde sportbeoefening door een breed publiek stimuleren, in kwalitatief hoogwaardige (fysieke en organisatorische) sportinfrastructuur, mede om sociale cohesie, integratie, tolerantie en volksgezondheid te stimuleren</p> <p>beoefening van topsport in Nederland onder professionele en maatschappelijk verantwoorde omstandigheden bevorderen</p>	<p>CP: 1,2, 3b, 4</p> <p>FP: 8,</p> <p>BP: ?</p> <p>IP: ?</p>
<p>Verzetsdeelnemers, vervolgd en burgeroorlogsgetroffenen</p> <p>Bieden van (im)materiële ondersteuning aan personen die in het bijzonder zijn getroffen door gebeurtenissen in WOII en de Bersiap-periode in Nederlands-Indië, alsmede het verschaffen van genoegdoening aan leden van onderscheiden gemeenschappen vervolgingsslachtoffers</p> <p>Herinnering WOII in stand houden om lering te trekken en versterken van internationale samenwerking op dit terrein</p>	<p>kwalitatief goede en doelmatige uitvoering van het (wettelijk) stelsel van pensioenen, uitkeringen en bijzondere voorzieningen en van de hulp- en dienstverlening aan de WOII-getroffenen</p> <p>herinneringsplekken onderhouden, manifestaties doen plaatsvinden en voorlichting bieden aan jongeren</p> <p>activiteiten uitvoeren of coördineren die voortvloeien uit kabinetsbesluiten over het thema ‘Te goeden Tweede Wereldoorlog’ en voorwaarden scheppen voor internationale samenwerking voor educatie over, herinnering aan en onderzoek naar de holocaust</p>	<p>FP: 8</p>
<p>Inspecties: IGZ</p> <p>Toezien op de gezondheidszorg en de staat van de volksgezondheid</p>	<p>toezicht en opsporing op het gebied van gezondheidszorg en volksgezondheid</p> <p>adviseren en informeren van de Minister en anderen (op verzoek of uit eigen beweging), alsmede het verstrekken van vergunningen</p> <p>inzicht verkrijgen en verschaffen in de staat van de volksgezondheid en de determinanten daarvan</p>	<p>CP: 3a, 5</p> <p>FP: 8,</p> <p>BP: 12</p> <p>IP: --</p>
<p>Inspecties: Jeugdzorg</p>	<p>kwaliteit jeugdzorg bevorderen door onderzoek naar kwaliteit en toezicht op het naleven van de geldende wetten</p>	<p>CP: 1,2, 3a/b, 5</p> <p>FP: 8</p>

Algemene doelstelling	Operationele beleidsdoelstellingen	Indicator(en):
<p>Toeziens op de kwaliteit van de jeugdzorg om de effectiviteit van de jeugdzorg te vergroten</p> <p>Tegemoetkoming buitengewone uitgaven</p> <p>Belastingplichtigen die effectief geen of slechts gedeeltelijk voordeel hebben van de aftrek van buitengewone uitgaven een alternatieve tegemoetkoming bieden</p>	<p>bewindslieden van VWS en Justitie, GS van provincies en grootstedelijke regio's adviseren en informeren over de kwaliteit van het stelsel (op verzoek of uit eigen beweging)</p>	<p>BP: 12</p> <p>IP: --</p> <p>CP: 1,2,</p> <p>FP: 6, 7, 8,</p> <p>BP: --</p> <p>IP: --</p>

Legenda:

CP = consumentenperspectief; 5 indicatoren (eigenlijk 6: 3a en 3b)

FP = financieel erspectief; 5 indicatoren

BP = bedrijfsvoeringperspectief; 9 indicatoren

IP = innovatieperspectief; 7 indicatoren

Bijlage

Bijlage

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 beleidsadvies	€	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: 90-5732-1343-3

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 04/04. De prijs van de publicatie is € 15,00.

© Raad voor de Volksgezondheid en Zorg