

Verantwoordings- processen in de zorg op basis van de balanced scorecard



Het Expertise Centrum, consultants voor overheidsinformatisering

Achtergrondstudie uitgebracht door de Raad voor de
Volksgezondheid en Zorg bij het advies De Staat van het Stelsel

Zoetermeer, 2004

Inhoudsopgave

	Samenvatting	5
1	Inleiding	9
1.1	Aanleiding voor dit onderzoek	9
1.2	Opdracht en aanpak	9
1.3	Afbakening onderzoek	10
1.4	Indeling rapportage	10
2	Het wat en waarom van de bsc	11
2.1	Waarom prestatie meten?	11
2.2	Een kader voor prestatie meting	11
2.3	De bsc als specifieke invulling	13
2.4	Introductie bsc/prestatie-indicatoren in de zorg	14
3	Praktijkervaringen met bsc en PI	18
3.1	Praktijkervaringen publieke sector	18
3.2	Praktijkervaringen in de zorg	23
4	Verantwoordingsprocessen op basis van de informatierelatie	31
4.1	Informatierelatie congruent met sturings-paradigma	31
4.2	Een model voor informatierelaties	32
4.3	Informatiebehoefte	33
4.4	Informatieaanbod	35
4.5	Verschillenanalyse	36
4.6	Overeenstemming over de informatievraag	36
5	Werkprocessen rond prestatie meting en bsc	38
5.1	Soorten werkprocessen	38
5.2	Het bepalen van de inhoud van de bsc	39
5.3	De inrichting van de bsc	41
5.4	De toepassing van de bsc	42
5.5	Producten van de werkprocessen	44
6	Conclusies en aanbevelingen	47
	Bijlagen	
1	Voorbeeld van een balanced scorecard	53
2	Kenmerken van de zorgsector	57
3	Literatuur	63
4	Overzicht publicaties RVZ	65

Samenvatting

De staatssecretaris van VWS heeft de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) gevraagd te adviseren over het onderwerp Kwaliteit en Informatie. Het kernobject van advisering is het Nederlandse raamwerk van prestatie-indicatoren voor de gezondheidszorg, zoals ontwikkeld door VWS. In het kader daarvan heeft de RVZ aan Het Expertise Centrum (HEC) gevraagd een onderzoek te doen naar de verantwoordingsprocessen in de zorg op basis van de Balanced scorecard (bsc).

Op basis van de theorie achter prestatiemeting en de inzet van de bsc daarin, gecombineerd met onze ervaring met huidige prestatiemetingen in de praktijk, beschrijven wij in dit rapport de naar onze mening kritische succesfactoren bij de totstandkoming, inrichting en toepassing van verantwoordingsprocessen in de Nederlandse gezondheidszorg.

Cruciaal aspect hierbij is het doel (de functie) van de prestatiemeting resp. bsc, te weten sturing, toezicht en/of communicatie. Het doel van de prestatiemeting bepaalt de inhoud van de bsc. Pas wanneer de doelen duidelijk zijn, kunnen hieruit de prestatie-indicatoren afgeleid worden.

De verantwoordingsprocessen worden sterk bepaald door de *informatierelatie* die tussen de vragende en aanleverende partij(en) leeft. De informatierelatie geeft het kader waarbinnen de verantwoording moet plaatsvinden. Zonder informatierelatie geen verantwoording. De informatierelatie wordt met name bepaald door de bestuurlijke relatie tussen de partijen en door de functies van de prestatiemeting. Zo vergt beleidsverantwoording op macroniveau een andere (meer afstandelijke) informatierelatie met deels ook andere aanleverende partijen dan toezicht of sturing op microniveau.

Het *ontwikkelen* van prestatie-indicatoren is geen éénmalige exercitie. De wereld is dynamisch: doelen veranderen, net als verantwoordelijkheden, informatierelaties en werkprocessen. Daarnaast moet er ruimte zijn om de werking van de verantwoordingsprocessen te evalueren en bij te stellen. Dat betekent dat het ontwikkelen van prestatie-indicatoren een continue (cyclische) activiteit is.

Voor wat betreft de *inhoud* is het belangrijk te beseffen dat de diversiteit van de zorgsector zodanig is dat het niet mogelijk is

te komen tot een generiek model dat voor alle subsectoren (bijvoorbeeld ziekenhuiszorg, huisartsenzorg, GGZ, etc.) gebruikt kan worden. Immers: op operationeel niveau is sprake van zeer diverse zorgprocessen, maar ook op tactisch en strategisch niveau kan de aard van de beleidsdoelen variëren. Ook de inrichting van de verantwoordingsprocessen zal verschillend zijn, net als het gebruik (al was het maar omdat de beeldvorming over de verschillende zorgprocessen ook bij verschillende directies binnen VWS belegd is).

Bij de *implementatie* van prestatie-indicatoren zal dan ook veel aandacht besteed moeten worden aan het realiseren van voldoende deelname. Een eerste voorwaarde hiervoor is het verkrijgen van formeel commitment van partijen uit de sector om prestatiemeting in te voeren (bijvoorbeeld in de vorm van convenanten tussen VWS en koepelorganisaties en/of wetenschappelijke verenigingen). Om medewerking van individuele organisaties te stimuleren, zal een pakket van maatregelen samengesteld moeten worden volgens de zogenoemde ‘wortel en stok methode’ (financiële maatregelen en incentives zo nodig ondersteund door wet- en regelgeving).

Bij de *toepassing* van de bsc gaat het er vervolgens om wat er met de resultaten van de prestatiemeting gebeurt en hoe deze geïnterpreteerd worden. In absolute zin zullen de resultaten vaak nietszeggend zijn: het gaat om de trend (de ontwikkeling in de zorg) die de meting aangeeft en/of om de vergelijking met andere (spiegelinformatie). Dat betekent dat de resultaten altijd gehouden moeten worden tegen een bepaalde norm. Die norm kan opgesteld zijn op basis van ervaringen uit het verleden, door experts of door simulatie. Een kritiek punt hierbij is het gebruik (misbruik) van de resultaten om bepaalde belangen te vervullen. Dit stelt hoge eisen aan de validiteit van de prestatie-indicatoren.

Een ander kritiek punt is dat de resultaten altijd in hun *context* gezien moeten worden. Prestatiemeting in de zorg betreft niet alleen verantwoording afleggen over de doelmatigheid, maar ook over toegankelijkheid en kwaliteit. Deze aspecten zullen in samenhang gezien moeten worden. Het meten van outcome (effecten) is lastig, omdat er sprake is van vele exogene factoren die invloed hebben op de outcome van de zorgprocessen. Dat betekent dat er ook meer procesmatige aspecten gemeten moeten worden (input, throughput en output) om de eventuele gemeten effecten te kunnen verklaren.

Het grootste *risico* bij de toepassing van prestatiemeting in het algemeen en de bsc in het bijzonder is het niet meer gebruiken van prestatie-indicatoren respectievelijk bsc. Mogelijke redenen die hieraan ten grondslag liggen zijn, wanneer de prestatiemeting als zinloos wordt ervaren dat partijen geen baat hebben bij de metingen en wanneer de meting leidt tot een toename van de administratieve lasten. Dit betekent dat er daadwerkelijk iets moet gebeuren met de aangeleverde gegevens, dat de gegevens aanleverende partijen zelf ook baat moeten hebben bij de resultaten van de verantwoording, en dat er zoveel mogelijk aangesloten moet worden op de primaire processen respectievelijk bestaande verantwoordingsprocessen.

1 Inleiding

1.1 Aanleiding voor dit onderzoek

De staatssecretaris van VWS heeft de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) gevraagd te adviseren over het onderwerp Kwaliteit en informatie. Het kernobject van advisering is het Nederlandse raamwerk van prestatie-indicatoren voor de gezondheidszorg, zoals ontwikkeld door de Strategische Eenheid Informatiebeleid Zorg van VWS. Het raamwerk staat momenteel conceptueel 'in de steigers'. VWS zal in de periode maart 2003 tot december 2004 indicatoren ontwikkelen. Vervolgens zal de implementatiefase worden ingetreden. Het raamwerk vindt zijn achtergrond in de rapportage *Bakens Zetten*¹.

De RVZ heeft een plan van aanpak² opgesteld voor het adviseren van VWS over kwaliteit en informatie. In dit plan van aanpak is mede voorzien in een achtergrondstudie naar de inrichting van de (verantwoordings) processen rond de Balanced Scorecard (bsc). De RVZ heeft Het Expertise Centrum (HEC) opdracht gegeven deze achtergrondstudie uit te voeren.

1.2 Opdracht en aanpak

HEC formuleert de opdracht voor de achtergrondstudie als volgt:

Onderzoek de verantwoordingsprocessen voor het werken met prestatie-indicatoren (via bsc), op basis van de bij HEC aanwezige ervaringen bij de Nederlandse overheid. Het onderzoek moet voor de RVZ bruikbaar zijn voor diens advies Kwaliteit en informatie aan VWS.

De opdracht is uitgevoerd via een quick scan werkwijze. Een dergelijke aanpak levert een onderbouwde indruk van processen voor het werken met prestatie-indicatoren in het algemeen en met een bsc in het bijzonder. Tegelijkertijd is er geen sprake van een uitputtend overzicht van ervaringen volgens wetenschappelijke standaarden. Er is vooral gebruik gemaakt van (praktijk)ervaringen van HEC in projecten over bsc, prestatiemeting en managementinformatie. Ervaringen in het buitenland met prestatiemeting zijn onderwerp van een separaat onderzoek en komen hier niet aan de orde.

1.3 Afbakening onderzoek

In het onderzoek ligt de focus op:

- prestatiemeting ten behoeve van externe verantwoording (dus niet het gebruik van prestatiemeting voor de interne sturing binnen zorgorganisaties;
- macroniveau (dus het niveau van de zorgsector als geheel, niet op het microniveau van de individuele zorginstellingen;
- hoe je tot werken met prestatie-indicatoren respectievelijk de bsc komt (dus niet de inhoudelijke definitie van welke indicatoren te gebruiken bij de verantwoordingsprocessen);
- die zorgorganisaties die ook daadwerkelijk een publieke taak hebben (de farmaceutische industrie, leveranciers van apparatuur en ICT e.d., zijn dus geen onderwerp voor dit onderzoek).

1.4 Indeling rapportage

In hoofdstuk 2 gaan we eerst in op het wat en waarom van prestatiemeten en de inzet van de bsc daarin. Na deze wat meer theoretische toelichting, beschrijven we in hoofdstuk 3 een aantal voorbeelden uit de praktijk ter illustratie van huidige vormen van prestatiemeting. In hoofdstuk 4 gaan we vervolgens in op het belang van de informatierelatie tussen partijen: deze vormt de basisvoorwaarde en schept het kader voor de mogelijkheden én beperkingen voor de totstandkoming, inrichting en toepassing van de verantwoordingsprocessen. In hoofdstuk 5 beschrijven we deze verantwoordingsprocessen zelf en geven aan wat hierbij de kritische succesfactoren zijn. In hoofdstuk 6 volgen tenslotte onze conclusies.

2 Het wat en waarom van de bsc

2.1 Waarom prestatie meten?

Het meten van prestaties van een organisatie is uiteraard geen doel op zich. Het heeft een functie voor de processen in de organisatie of voor de processen die organisaties onderling onderhouden. Basaal kunnen twee hoofdfuncties voor prestatie meting worden onderscheiden:

- (interne) sturing;
- (externe) verantwoording.

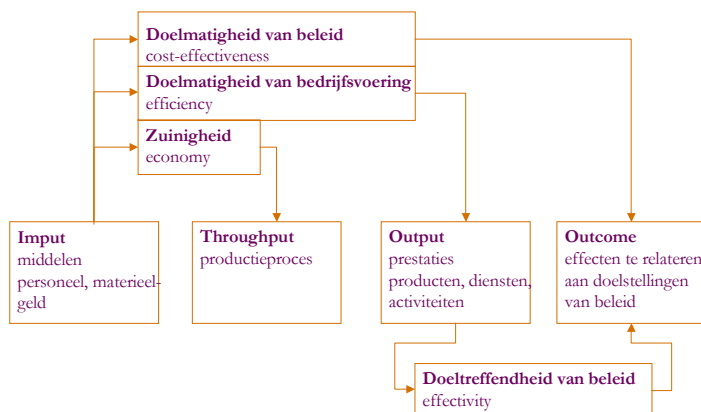
Met prestatie meting ontstaat er meer transparantie in de resultaten van bedrijfsleven, overheid en gezondheidszorg, waardoor het mogelijk wordt om op de resultaten te sturen. Zeker wanneer sprake is van wijzigende verantwoordelijkheden zoals momenteel in de gezondheidszorg, zijn nieuwe vormen van verantwoording gewenst.

2.2 Een kader voor prestatie meting

Bij prestatie meting worden vaak de termen input, throughput, output en outcome gebezigd. Prestaties zijn de producten en diensten die een organisatie levert, de zogenaamde output. Deze prestaties (output) worden gerealiseerd door middelen (input) via een productieproces (throughput) te verwerken. De prestaties hebben effecten (outcomes) op de omgeving van de organisatie. In de beleidstheorie is modelmatig aangegeven op welke wijze de beleidsmakers verwachten hoe input, throughput, output en outcome zich tot elkaar verhouden. Aangrijpingspunten voor sturing zijn te vinden bij zowel input, throughput, output als outcomes, zoals weergegeven in figuur 2.1.

Bij prestatie meting gaat het er primair om welke doelen bereikt worden en niet zozeer om welke inspanning hiervoor gepleegd is. De keuze voor wat men wil gaan meten, wordt dus bepaald door de doelen die men nastreeft. Alleen op deze wijze is eenduidig en transparant te maken in hoeverre de beoogde doelen ook behaald worden. Op zich kan men zowel voor de interne sturing als de externe verantwoording ook afspraken maken over de middelen die men hierbij gebruikt (input) en de producten die hierbij geleverd worden (output), maar dat geeft nog geen garantie of men ook krijgt wat men wil hebben.

Figuur 2.1 Kader voor prestatiemeting, bron: ministerie van Financiën Regeling Prestatiegegevens en evaluatieonderzoek Rijksoverheid



Men gaat zich gedragen naar wat er gemeten wordt, dus zullen de metingen afgeleid moeten zijn van de doelen die men wil behalen.

Bij de overheid komt de focus steeds meer te liggen op vormen van prestatiemeting. Pregnant voorbeeld daarvan is de VBTB-operatie (Van beleidsbegroting tot beleidsverantwoording) bij de rijksoverheid. Met deze operatie wordt een trendbreuk nagestreefd in de wijze van begroten en verantwoorden. Daarbij is de ambitie dat zowel in de rijksbegroting als in de verantwoording beleid, prestaties en middelen in hun onderlinge samenhang worden gepresenteerd.

Daartoe worden drie kernvragen gesteld:

- Wat willen we bereiken?
- Wat gaan we daarvoor doen?
- Wat mag het kosten?

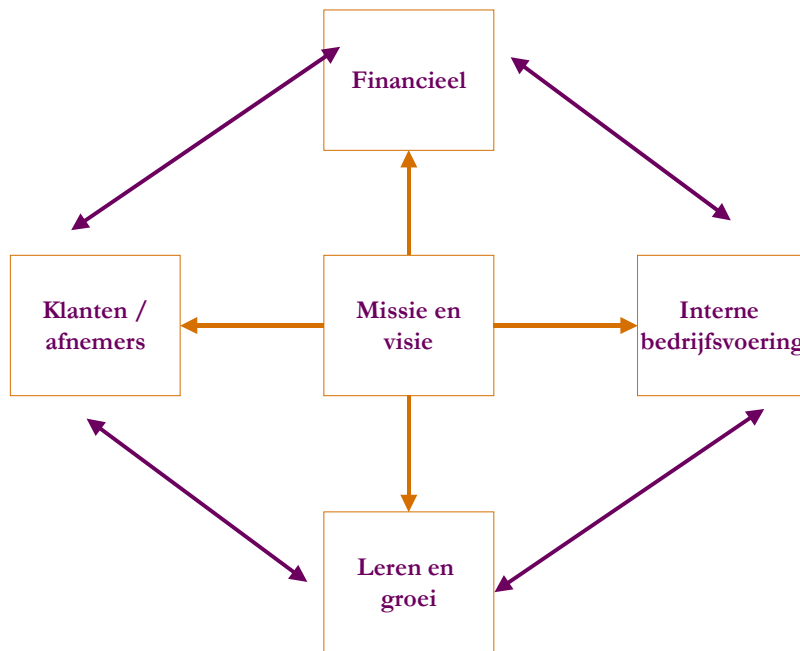
Bij VBTB zijn verschillende soorten verantwoordingsgegevens aan de orde: financiële gegevens, gegevens over bedrijfsvoering en beleidsgegevens zoals doelbereiking. De organisatie van de informatievoorziening staat nog in de kinderschoenen. Voor het verkrijgen van de benodigde gegevens dienen informatierelaties te worden ingericht met organisaties in het veld.

2.3 De bsc als specifieke invulling

Wij vatten de bsc hier op als een specifieke invulling van het werken met prestatiemeting. De bsc onderscheidt zich van andere vormen van prestatie-meting door (zie ook figuur 2.2):

- het hanteren van meerdere perspectieven dan uitsluitend het financiële, zelfs het perspectief van externe partijen;
- het toekomstgerichte karakter; de doelen zijn gebaseerd op de missie en visie in plaats van op historische gegevens.

Figuur 2.2 Principe van de bsc



Bron: R.S. Kaplan, Op kop met de Balanced Scorecard, strategie vertaald naar actie

De bsc kan worden toegepast binnen één organisatie(-eenheid) of binnen een constellatie van organisaties of eenheden (micro- resp. macroniveau). Voor de keuze van de reikwijdte van toepassing van de bsc – gedeelte van organisatie, gehele organisatie, een constellatie van organisaties – is de functie van de bsc leidend.

Op *microniveau* ligt de nadruk voor het gebruik van prestatie-meting op het consistent bepalen van de doelen binnen één enkele organisatie, en het monitoren van de voortgang die daarop geboekt wordt. Als de bsc geheel geaccepteerd en werkende is in de organisatie kan worden overwogen om op basis van de bsc hulpbronnen toe te wijzen en planning & control te bedrijven.

Op *macroniveau* is sprake van een constellatie van organisaties of organisatie-eenheden en dan kan de bsc andere functies hebben. Deze functies komen overeen met de bestuurlijke relaties die organisaties met elkaar kunnen onderhouden:

- a agenda en beleidsvoorbereiding;
- b uitvoering en beheer;
- c toezicht en controle;
- d beleidsevaluatie.

Daarnaast kan de bsc een functie hebben voor communicatie. Deze functie is een afgeleide van de eerdergenoemde functies.

Daarnaast bepaalt de functie van de bsc de inhoud van de bsc. Een bsc gericht op communicatie zal voornamelijk informatie bevatten over de mate waarin er sprake is van doelmatigheid in beleid. Voor beleidsvoorbereiding, uitvoering en beheer zal vaker de nadruk liggen op de doelmatigheid en doeltreffendheid van onderliggende middelen. Bij toezicht en controle zal de focus van de bsc afhankelijk zijn van het overeengekomen arrangement van toezicht.

In bijlage 1 is een (fictief) voorbeeld van een bsc opgenomen.

2.4 Introductie bsc/prestatie-indicatoren in de zorg

Waarom bsc/prestatie-indicatoren in de zorg

Het beleid, gericht op gereguleerde marktwerking, leidt tot verschuivingen in de verantwoordelijkheden tussen de drie hoofdpartijen: zorgconsument, zorgaanbieder en zorgverzekeraar, te weten:

- versterking van de positie van de zorgconsument;
- verschuiving van de regierol van de overheid naar de verzekeraars;
- behoud van voldoende ruimte voor autonomie van de zorgaanbieder.

Deze verschuivingen in verantwoordelijkheden vereisen een nieuwe wijze van sturing in de zorgsector:

- van aanbodgestuurd naar vraaggestuurd (zie ook Vraag aan bod);
- sturen op afstand, van inputsturing naar outputsturing;
- transparantie over geleverde zorg.

Daarnaast is er binnen de gehele overheid een beweging om het gehele proces van beleidsbegroting naar beleidsverantwoording (VBTB) te volgen. Mede gezien door de economische situatie en de verwachte demografische en technologische ontwikkelingen, wordt daarbij meer nadruk gelegd op kostenbeheersing. Voor de zorg is het essentieel dat dit gebeurt met behoud van kwaliteit.

Het gebruik van de bsc en prestatie-indicatoren (PI) in de zorg dient dan de volgende functies:

- sturing (beleidsvoorbereiding en beleidsevaluatie);
- toezicht (uitvoering en controle);
- communicatie hierover aan derden (politiek, stakeholders).

Sturing heeft de focus op de gewenste *richting* van het beleid (de 'soll-situatie', missie en visie), terwijl toezicht de focus heeft op het *functioneren* van het huidige stelsel (de 'Ist-situatie'). Communicatie kan echter over beide aspecten gaan. Prestatie-indicatoren worden ook vaak gebruikt als basis voor financiering. Dit is geen doel van prestatiemeting op zich, maar is de vervulling van een benodigde randvoorwaarde voor de uitvoering.

Prestatiemeting is een goede manier om afspraken te maken met (zorg)professionals over het door hen te leveren werk. Meten van proces-, inputparameters kan door de zorgprofessional immers ook opgevat worden als een inbreuk op de eigen autonomie. Daarnaast is het voor een leek lastig oordelen over de kwaliteit van het door de professional geleverde werk (proces en output) en over de doelmatigheid en doeltreffendheid van de ingezette middelen (inputs).

Kenmerken van de zorgsector

De gezondheidszorg is met afstand het meest omvangrijke en organisatorisch ook het meest complexe onderdeel van de publieke sector. Binnen de zorg werkt circa 10% van de werknemers van Nederland en wordt in 2003 44 miljard euro uitgegeven, hetgeen overeenkomt met zo'n 10% van het nationaal inkomen. Ter illustratie: in de op één na grootste sector (onderwijs) is dat 25 miljard euro.

Verantwoordingsprocessen in de zorg zijn extra complex omdat deze optreden op verschillende niveaus (landelijk, regionaal en binnen organisaties). In de zorg is relatief vaak sprake van ketenprocessen, waarvoor structurele samenwerking tussen de verschillende zorgactoren van groot belang is. En dit alles in een politiek zeer gevoelige, beleidsmatig turbulente en organisatorisch ingewikkelde omgeving waarbij geen van de betrokken stakeholders de regie heeft. Verantwoording in de zorg wordt bemoeilijkt door de diverse aard en omvang van de zorg, de versnipperde financiering maar ook de heersende cultuur. In bijlage 2 wordt nader ingegaan op de kenmerken van de zorgsector en de invloed daarvan op de mogelijkheden voor verantwoordingsprocessen in de zorg.

Randvoorwaarden en uitgangspunten

In de rapportage Bakens zetten is vastgesteld dat een raamwerk voor prestatie-indicatoren in de Nederlandse gezondheidszorg, moet voldoen aan de volgende randvoorwaarden:

- aansluiten bij de toekomstige ontwikkeling van needs en demands;
- aansluiten bij de toekomstige sturingsrol van de overheid (op afstand bewaken van publieke belangen);
- aangrijpingspunten bieden voor sturing van het systeem (onder andere door een gelaagde opbouw, met mogelijkheden voor disaggregatie naar regio of sectorniveau);
- prestaties in hun onderlinge samenhang zichtbaar maken op verschillende terreinen;
- ondersteunen van de ontwikkeling van zorgketens;
- aansluiten bij ontwikkelingen in internationaal verband (EU, OECD, WHO) en bij vigerende wet- en regelgeving.

Daarnaast moet rekening gehouden worden met de complexe uitgangssituatie in de zorg die mede bepaald wordt door:

- de diversiteit aan zorginstellingen: zij leveren verschillende outputs op (op basis van verschillende inputs en processen) waardoor hun resultaten en bijdragen aan de bereikte effecten niet of slecht vergelijkbaar zijn;
- het afwezig zijn in de zorg van een directe relatie tussen input/proces en output/outcome (bijvoorbeeld ook bij goede zorg kan de patiënt nog doodgaan aan complicaties of externe factoren). Dit suggereert dat meten op basis van prestaties alleen niet voldoende is, zodat je ook PI op proces- en inputniveau nodig hebt en de exogene factoren van te voren moet onderkennen en meenemen in de metingen (als zogenaamde ‘verklarende grootheden’);

- de bestuurlijke organisatie van de zorgsector: de overheid heeft geen zeggenschap (eigendom, hiërarchische relatie) over partijen. Hierdoor is de overheid voor prestatie­meting voor sturing, toezicht en communicatie sterk aange­wezen op zelfregulering door de sector en dan hier toe­zicht ophouden, gebruikmakend van wetgeving (stok) en incentives (wortel).

Mogelijke betrokken partijen

Mede gelet op het bovenstaande verdient het aanbeveling om gebruik te maken van structuren en organisaties die nu reeds een rol spelen bij het verzamelen en registreren van gegevens ten behoeve van de beleidsvoorbereiding, uitvoering, toezicht en beleidsevaluatie in de zorgsector.

Relevante partijen die zich nu reeds bezighouden met enige vorm van meten of het registreren van prestatie­indicatorachtige gegevens zijn:

- beleidsvoorbereiding: RVZ, SCP, VWS;
- uitvoering:
 - . uitvoerders: de verschillende zorginstellingen
 - . verzamelpunten van gegevens over uitvoering: CBS, NIVEL, PRISMANT, RIVM, SCP;
- Toezicht:
 - . IGZ: kwaliteit
 - . NMa: toegang
 - . CTZ (verzekeraars) en CTG (tarieven): doelmatig­heid/kostenbeheersing.

Daarnaast is sprake van de oprichting van een Zorgautoriteit die toezicht zal gaan houden op de toepassing en effecten van de DBC-systematiek voor de doelmatigheid van de zorg.

De meest gebruikte instrumenten die momenteel ingezet worden voor prestatie­meting, zijn diverse (landelijke) rapportages, visitaties en zelfregulatie (zie ook hoofdstuk 3.2).

3 Praktijkervaringen met bsc en PI

In dit hoofdstuk beschrijven wij beknopt enkele initiatieven op het gebied van prestatiemeting binnen de publieke sector. Daarbij maken we een onderscheid tussen prestatiemeting in de zorgsector zelf en prestatiemeting binnen de overheid in het algemeen.

De hierop volgende beschrijving is zeker geen uitputtende opsomming, daarvoor zijn er te veel voorbeelden mogelijk. In plaats daarvan hebben we geprobeerd de voor dit onderzoek relevante initiatieven op hoofdlijnen te benoemen. Zij vormen de basis bij het identificeren van zogenaamde kritische succesfactoren voor verantwoordingsprocessen op basis van de bsc in het algemeen en in de zorg in het bijzonder.

3.1 Praktijkervaringen publieke sector

Bij de overheid zijn legio voorbeelden van prestatiemeting voorhanden. De voorbeelden van bsc zijn beperkter. In deze rapportage volstaan wij met een beperkte selectie van voorbeelden van prestatiemeting en het gebruik van de bsc. De voorbeelden zijn geselecteerd op basis van de kenmerkende elementen. Het betreft de volgende voorbeelden:

- publieke verantwoording afdelingen burgerzaken;
- prestatiecontracten politie;
- GBA-audit;
- management Control System V&W (in kader van VBTB);
- strategische samenwerking onderwijsinstellingen.

Per voorbeeld wordt ingegaan op:

- het doel;
- de betrokken partijen;
- het gebruik;
- het kenmerkende element uit het voorbeeld.

Publieke verantwoording afdelingen Burgerzaken

Doel	Communicatie Horizontaal toezicht (verantwoording aan publiek)
Betrokken partijen	Afdeling Burgerzaken van gemeenten Burgers
Gebruik	<p>In verschillende gemeenten werkt de afdeling Burgerzaken met outputmaatstaven. Voorbeelden daarvan zijn de prijs van een rijbewijs of paspoort of de openingstijden van de afdeling Burgerzaken, alsmede de tevredenheid daarover bij burgers. Voor de burger blijkt het in de praktijk moeilijk een beeld te krijgen van de prestaties van de gemeenten.</p> <p>Allereerst verzamelen gemeenten niet altijd dezelfde gegevens, zodat onderlinge vergelijking niet adequaat kan plaatshebben. Ten tweede zijn gemeenten ook niet eenvoudig af te rekenen op outputmaatstaven, omdat bewuste gemeentelijke keuzen als oorzaken aanwezig kunnen zijn. Voor vergelijking is het zaak zicht te hebben op de verklarende factoren, zoals sturing, input en throughput. In de praktijk kan het INK-model een aanknopingspunt bieden voor de ordening van deze verklarende factoren. Hierin worden de resultaten (outputmaatstaven) in perspectief geplaatst door te kijken naar leiderschap, medewerkers, strategie en beleid, inzet middelen, bedrijfsprocessen, waardering van medewerkers, waardering door afnemers en de maatschappij.</p>
Kenmerkend	Alleen gegevens over de output bieden weinig basis voor toezicht. Ze dienen in perspectief te worden geplaatst. Als wordt gekozen de gegevens te vergelijken met andere organisaties kan de output verschillen door keuzen in de processen en de input. Voor het adequaat invullen van het toezicht dient daarover ook informatie te zijn.

Prestatiecontracten Politie

Doel	Verbetering van afleggen verantwoording Creëren van prikkelingen op regioniveau om politieconvenant 2003 uit te voeren
Betrokken partijen	Ministeries van BZK en Justitie en de korpsbeheerders (macroniveau)
Gebruik	<p>De prestatiecontracten tussen de ministeries van BZK en Justitie zijn gebaseerd op het Nationaal politieconvenant 2003. In dit convenant zijn de doelen van het Veiligheidsprogramma vertaald en ondertekend door de bewindspersonen van BZK en Justitie, alsmede de korpsbeheerders.</p> <p>De prestatiecontracten met de individuele korpsbeheerders bevatten outputafspraken, zoals meer bekeuringen en meer processen-verbaal. Daarnaast zijn meer subjectieve vormen van presteren opgenomen, zoals de uitkomsten van burgersveiligheidsonderzoek en de bekendheid van de buurtagent. Ook worden afspraken gemaakt over de throughput van de politie, zoals de afname van ziekteverzuim en de telefonische bereikbaarheid. Als een regio de doelstellingen niet behaalt kan een korting van het budget van 5% optreden.</p> <p>De prestatiecontracten zullen dit najaar worden ondertekend. Tijdens de voorbereiding is intensief gediscussieerd over de mate waarin de politie verantwoordelijkheid kan nemen voor outcomes, bijvoorbeeld de veiligheidsbeleving in buurten. Tegelijkertijd is de vraag gesteld of de gerichtheid op cijfers niet juist ten koste gaat van het politiewerk. De contracten laten namelijk open op welke wijze de prestaties geleverd worden, zodat bijvoorbeeld pietluttig gaat worden bekeurd of dat ingewikkelde zaken blijven liggen.</p>
Kenmerkend	In de contracten is gepoogd breder te kijken dan uitsluitend naar prestaties in termen van output. Tegelijkertijd blijft veel discussie bestaan over de eventuele perverterende werking van dergelijke afspraken, juist als het om een thema als veiligheid gaat.

GBA-audit

Doel	Toezicht , controle op gegevens
Betrokken partijen	Gemeenten, BPR (macro)
Gebruik	<p>De Gemeentelijke Basisadministratie (GBA) is ontwikkeld en ingevoerd als een geautomatiseerd stelsel voor bevolkingsboekhouding waarbij persoonsgegevens voor de gehele (semi-) overheid eenmalig verzameld en geregistreerd wordt om vervolgens meervoudig te kunnen worden gebruikt voor het uitvoeren van publieke taken.</p> <p>De GBA levert informatie aan veel andere organisaties dan de gemeente die het verzamelt. Dat maakt andere partijen afhankelijk van de kwaliteit van de gegevens. BPR, een agentschap van het ministerie van BZK, richt zich namens de Minister op de kwaliteit van de gegevens. Zo is wettelijk geregeld dat als kwaliteitsinstrument periodiek controle op de GBA dient plaats te vinden.</p> <p>De audit dient inzicht te verschaffen in de kwaliteit van de GBA en te bewerkstelligen dat maatregelen worden getroffen ter verbetering van de kwaliteit. De audit heeft een verplichte inhoudelijke (kwaliteit van gegevens) en proces kant (kwaliteit van werkprocessen beheer en beveiliging) op gemeentelijk niveau.</p> <p>Als gevolg van de audits krijgt de kwaliteit van de GBA en het aanpakken van fouten in de inhoud en het verdiepen in de eisen voor goed beheer en beveiliging veel meer aandacht dan voorheen.</p>
Kenmerkend	De gebruiker van gegevens kan door periodieke audits zicht krijgen op de kwaliteit van de verzamelde gegevens en ook het proces van kwaliteitsverbetering stimuleren.

MCS ministerie van VenW

Doel	Toezicht op de bedrijfsvoering
Betrokken partijen	Ministerie van VenW
Gebruik	<p>VBTB vergt aanpassing van registraties, begrotingsadministratiesystemen en beleidsinformatiesystemen. De kwaliteit en exactheid van beleidsinformatie wordt steeds crucialer. Daarbij is een complicerende factor dat prestatiegegevens steeds vaker van derden buiten de rijksoverheid worden geleverd. Het management zal daarmee steeds meer gestructureerd aandacht gaan hebben voor de invulling van de bedrijfsvoering. Bij VenW is daartoe het MCS (management control systeem) ingericht. Het gaat hier om een systematisch en continu streven naar management control en het inzicht geven op de wijze waarop dat plaatsvindt via de volgende stappen:</p> <p>Stap 1: het concretiseren van beleidsdoelstellingen in benoemde en operationaliseerde bedrijfsvoeringsdoelstellingen.</p> <p>Stap 2: het opstellen van een bedrijfsvoeringplan met behulp van een risicoanalyse op de doelstellingen.</p> <p>Stap 3: het treffen van sturings- en beheersingsmaatregelen om de geconstateerde bedrijfsvoeringsrisico's te verkleinen of te elimineren.</p> <p>Stap 4: het bijsturen aan de hand van monitorgegevens en het afgeven van de 'Mededeling over de Bedrijfsvoering'.</p> <p>De geschetste systematische sturing en beheersing zijn structureel ingebed in de organisatie en de planning en controlcyclus. Dit alles is vervat in een zogenoemd Management Control Systeem, een stelsel dat waarborgt dat zich in principe geen structurele gebreken in de bedrijfsvoering voordoen.³</p>
Kenmerkend	Deze cyclische aanpak met een verankering in de reguliere planning en controlsystematiek maken MCS tot een robuust instrument voor sturing en beheersing.

Strategische samenwerking onderwijsinstellingen

Doel	Sturing
Betrokken partijen	Constellaties van onderwijsinstellingen die voor uitvoering van nieuwe wettelijke taken samenwerking (moeten) zoeken
Gebruik	De bsc was bedoeld te zorgen dat de onderwijsinstellingen wat betreft doelen gelijk gesteld raken ervoor het monitoren van acties om naar elkaar toe te groeien. In die zin is sprake voor een strategische inzet van de bsc met feedback op de strategieimplementatie. In sommige constellaties zijn werkbare bsc's gerealiseerd. In andere constellaties bleek nog niet elke school gereed voor het werken met de bsc, bijvoorbeeld doordat in de school vooral gestuurd wordt op incidenten in plaats van op managementinformatie.
Kenmerkend	Uit de ervaring van deze toepassing blijkt dat voor een succesvolle toepassing van de bsc de organisatiematurity op het terrein van gebruik van managementinformatie dient te bezitten.

3.2 Praktijkervaringen in de zorg

In de zorgsector zelf zijn ook vele voorbeelden te vinden van prestatiemeting in de praktijk, met name op microniveau (het niveau van de individuele zorginstelling). Het betreft onder meer toepassing van de bsc, incidentregistratie en benchmarking. Benchmarking geschiedt weliswaar door (meestal) landelijke gegevensverzameling (macroniveau), maar het doel waarvoor het gebruikt worden is gericht op de individuele organisatie (dus microniveau). Tevens wordt hier als voorbeeld genoemd het ZIM (Ziekenhuis Informatie Model), niet zozeer als voorbeeld van prestatiemeting in de praktijk, maar als een voorbeeld van ontwikkeld (en niet succesvol gebleken) instrument. Op macroniveau zijn de voorbeelden minder talrijk. Als meest recente ontwikkelingen noemen we hier de landelijke wachtlijstregistraties en zorgrapportages in het kader van beleidsvorming en toezicht.

Balanced Scorecard / prestatie-indicatoren in zorginstellingen

Doel	Interne sturing van de eigen organisatie
Betrokken partijen	Individuele zorginstellingen, resp. afdeling binnen een individuele zorginstelling (microniveau)
Gebruik	<p>Er zijn diverse initiatieven om te komen tot prestatiemeting in zorginstellingen. Hieronder noemen we enkele voorbeelden om de variëteit aan te geven: de Pensioen & Uitkeringsraad (PUR) gebruikt een organisatiebrede bsc (de PUR doet de toekenning, vaststelling en uitbetaling van pensioenen en uitkeringen aan verzetsdeelnemers, vervolgd en burger-oorlogsslachtoffers). De bsc van de PUR kent de volgende dimensies: productiekwantiteit (omvang en tijdigheid) en productiekwaliteit (correctheid), kosten, personeel (motivatie, kwantiteit, kwaliteit), cliëntgerichtheid (bereikbaarheid, klachten), bedrijfsvoering en ontwikkelingen (werklast, personeelsverloop). De PUR is echter geen typische zorginstelling. Andere voorbeelden van de bsc in de praktijk zijn het klinisch chemisch laboratorium in het Medisch Centrum Alkmaar (dimensies: lerend vermogen en innovatie, interne processen, klanten en financiën) en de radiotherapieafdeling in het Academisch Ziekenhuis Maastricht. Een voorbeeld van een eendimensionale prestatiemeting is de GGZ-Eindhoven die als prestatie-indicatoren bijhoudt het aantal afgehandelde telefoontjes van cliënten en de gemiddelde gespreksduur.</p>
Kenmerkend	<p>In het algemeen gelden de gebruikelijke voordelen en knelpunten zoals die in de literatuur gedocumenteerd zijn voor bsc ook voor bsc in de zorg. Echter, het ontwikkelen van prestatie-indicatoren blijkt in de praktijk niet eenvoudig en is vaak een langdurig proces. Het gaat om maatwerk waardoor veel prestatiemetingen bewust beperkt van opzet zijn (in termen van aantal dimensies, indicatoren of organisatieonderdelen).</p>

Incidentenregistraties zorginstellingen

Doel	Interne sturing Externe verantwoording in het kader van toezicht
Betrokken partijen	Individuele ziekenhuizen (microniveau)
Gebruik	Voorbeelden van incidentregistraties zijn de FONA (fouten en near-accident registraties, bijv. vallen, prikincidenten), de registratie van ziekenhuisinfecties en/of complicatieregistratie (zoals postoperatieve wondinfecties). Onder deze registraties liggen wettelijke verplichtingen en de ziekenhuizen hebben speciale mensen in dienst die toezien op de registratie, de resultaten analyseren en op basis daarvan adviezen ontwikkelen richting de eigen zorgverleners (bijvoorbeeld inzake handen wassen, gebruik AB-profylaxe etc.) en/of het ziekenhuismanagement (bijvoorbeeld inzake inrichting OK). De resultaten van deze registraties worden ook gerapporteerd aan de Inspectie Gezondheidszorg (IGZ).
Kenmerkend	Onderregistratie leidt tot vervuiling van het beeld (wie veel fouten registreert, hoeft niet per se meer fouten te maken, maar kan ook consciëntieuzer registreren).

Elektronisch model PUR

Doel	Externe verantwoording in het kader van toezicht, financiering en planning & control
Betrokken partijen	Pensioen en Uitkeringsraad (PUR) en VWS-DVVB (Directie Verzetsteelnemers Vervolgden en Burger-oorlogsgetroffenen) (microniveau)
Gebruik	Het Elektronisch Model PUR is een voorbeeld van innovatieve externe verantwoording op microniveau. De PUR is weliswaar een ZBO maar de Minister is wel verantwoordelijk voor de uitvoering door de PUR van de onderhavige wetten. Daartoe zijn PUR en DVVB overeengekomen dat er maandelijks een elektronische gegevenslevering plaatsvindt door de PUR aan de DVVB van overeengekomen prestatie-indicatoren en onderliggende verklarende gegevens. Deze overeenkomst is vastgelegd in een convenant waarna de gegevenslevering zelf beschreven is in een informatie-statuut. Momenteel wordt gewerkt aan een datawarehouse aan VWS-zijde voor de analyse van de PUR-gegevens (EMPUR, elektronisch model PUR). Tot dan toe vindt de gegevensuitwisseling op papier plaats.
Kenmerkend	Formele overeenkomst van inhoud en wijze van verantwoording, gebruikmakend van de mogelijkheden van ICT.

Landelijke registraties en benchmarking

Doel	Interne sturing op basis van spiegelinformatie Communicatie (landelijke rapportage)
Betrokken partijen	Individuele zorginstellingen en koepelorganisatie en/of Prismant
Gebruik	<p>Diverse subsectoren binnen de zorg kennen hun eigen benchmarks en/of landelijke registraties. Zo rapporteren de ziekenhuizen bijvoorbeeld gegevens over klinische opnames aan Prismant (LMR, landelijke medische registratie). Daarnaast zijn er ook landelijke registraties voor bijvoorbeeld verloskunde (LVR), fysiotherapie (KFR), intensive care (NICE), ambulante zorg (LAZR), etc. Deze landelijke registraties betreffen vooral de geleverde zorg door de verschillende instellingen. Ze zijn gestoeld op het principe van regelmatige aanlevering van geanonimiseerde patiëntgegevens door zorginstellingen, de verwerking ervan in een datawarehouse en het vervolgens beschikbaar stellen van de totale set aan landelijke gegevens aan de deelnemende en andere partijen. De gegevensaanleverende instellingen gebruiken deze informatie voor benchmarking terwijl andere partijen zoals CBS en VWS de informatie kunnen gebruiken voor monitoring en rapportage over de zorgsector.</p> <p>Naast deze landelijke registraties zijn er ook nog specifieke benchmarks ontwikkeld door koepelorganisaties (eventueel samen met Prismant) voor bijvoorbeeld de thuiszorg (LVT, de Landelijke Vereniging voor de Thuiszorg), de geestelijke gezondheidszorg (GGZ Nederland) en de Verpleeg- en Verzorgingshuizen (Arcares). De GGZ benchmark bestaat uit 27 parameters die met name gericht zijn op de bedrijfsvoering van de GGZ-instellingen, terwijl de V&V benchmark uit 9 onderdelen bestaat om de verschillende aspecten van kwaliteit van zorg en doelmatigheid te meten. De thuiszorg-benchmark vindt in 2004 voor de derde keer plaats en bevat naast kosten en omvang van de dienstverlening ook aspecten als de tevredenheid van werknemers en cliënten.</p>
Kenmerkend	De kwaliteit van de benchmark resp. landelijke registratie staat of valt met de kwaliteit van de gegevensregistratie. Door de aard van de landelijke registraties (dient te geschieden voor alle patiënten) is het essentieel dat deze registratie zoveel mogelijk als onderdeel van het reguliere proces gebeurt, om te voorkomen dat de registratie vervuult of tot niet-tijdige aanlevering van gegevens leidt, waardoor spiegelinformatie laat beschikbaar komt.

Kenmerkend (vervolg) Een benchmarkonderzoek gebeurt vaak in enquêtevorm en minder frequent zodat dit aspect daar minder speelt. Voor beide soorten onderzoek geldt dat eenduidigheid over de definitie van de aan te leveren gegevens essentieel is. Zo niet dan leidt dit onherroepelijk tot het vergelijken van appels met peren.

Ziekenhuis Informatiemodel en andere zorg informatiemodellen

Doel	Interne sturing Communicatie (met leveranciers van ZIS)
Betrokken partijen	NZI (en KNGF, NVMA, WCIA voor specifieke informatiemodellen)
Gebruik	Het Ziekenhuis Informatie Model (ZIM) is in 1984 ontwikkeld door het Nationaal Ziekenhuis Instituut (na samengaan met de SIG, Prismant geheten). Het doel van het ZIM was een eenduidige beschrijving van de functies, beheersparameters, activiteiten en gegevens van ziekenhuizen, met name gericht op ziekenhuismanagers. Zo werd bij de beheersparameters al een onderscheid gemaakt tussen signalerende en verklarende grootheden. In navolging van het ZIM zijn specifieke modellen ontwikkeld voor bijvoorbeeld fysiotherapie (FIM), verpleging, gezondheidscentra, psychiatrie en ziekenhuisapotheken. Het ZIM bleek een goed hulpmiddel bij het definiëren van stuurparameters voor bijvoorbeeld budgettering. Belangrijk nadeel echter was de omvang. Desondanks bleek het model te generiek (moest immers toepasbaar zijn op elk willekeurig ziekenhuis), zodat voor daadwerkelijk gebruik nadere specificatie nodig was. Ook het onderhoud bleek bijzonder moeizaam. Het ZIM is in het begin nog wel gebruikt als checklist bij het in kaart brengen van de informatievoorziening en als hulpmiddel (referentiemodel) voor de communicatie tussen ziekenhuismedewerkers en leveranciers van ziekenhuis informatiesystemen (ZIS).
Kenmerkend	Blauwdrukgedachte resulteerde in abstractie en groot volume, waardoor de toepasbaarheid en onderhoudbaarheid dermate afnam dat het uiteindelijk niet meer gebruikt werd als instrument voor het in kaart brengen van de uitvoerende en sturende processen in ziekenhuizen.

Wachttijstregistratie

Doel	Externe verantwoording (micro) Sturing (beleid, macroniveau) Communicatie (transparantie voor zorgverzekeraars en zorgconsumenten)
Betrokken partijen	NVZ, VAZ, OMS, ZN
Gebruik	Naar aanleiding van het Actieplan Zorg Verzekerd hebben de betrokken koepelorganisaties in de curatieve sector in december 2000 het Convenant Aanpak Wachttijden afgesloten. Op grond daarvan zijn extra middelen ter beschikking gesteld voor extra productie ("boter bij de vis") en de daarvoor benodigde capaciteitsuitbreiding. Daarnaast is gezorgd voor meer transparantie doordat de ziekenhuizen hun wachttijden en wachtlijsten presenteren in een landelijke databank. Daarbij is als streefdoel gesteld dat in 2003 de patiënten binnen de zogenoemde Treeknormen worden behandelend. De landelijke registratie wordt gebruikt als spiegelinformatie voor de deelnemende zorginstellingen, als informatiebron voor verzekeraars, en als middel om het "boter bij de vis" beleid te monitoren in termen van terugdringen van de wachtlijsten. Voor de care wordt momenteel gewerkt aan de AWBZ-zorgregistratie voor de registratie en afstemming van vraag en aanbod van AWBZ gefinancierde zorg. In het kader hiervan is ook een wachttijstregistratie ontwikkeld voor de AWBZ.
Kenmerkend	Voorafgaand aan het convenant is men al jaren bezig geweest om te komen tot een landelijke registratie, stroomlijning en publicatie van de wachtlijsten. Dat bleek echter bijzonder lastig door de wisselende terminologie en door vervuiling (patiënten op meerdere wachtlijsten).

Landelijke rapportages

Doel	Communicatie Sturing (beleid) (beide macroniveau)
Betrokken partijen	NIVEL (in opdracht van VWS), CBS
Gebruik	<p>In 2002 zijn verschillende zogenoemde brancherapporten samengesteld voor de cure, care, Welzijn en Sport, Preventie en voor de GGZ en Maatschappelijke zorg. De brancherapporten bieden feiten en cijfers over de zorg in een vast stramen. Hierdoor worden trends zichtbaar over de jaren 1998 tot en met 2001. Ook is zo een vergelijking mogelijk tussen de verschillende deelsectoren. De rapporten bieden inzicht in het functioneren van de partijen in het zorgstelsel en hun prestaties, en maken duidelijk welke ontwikkelingen gaande zijn, hoe het beleid zich uitwerkt en waar zich de knelpunten voordoen.</p> <p>Het CBS kent het Strategisch Project Zorg, waarin zij gegevens verzamelen en publiceren over enerzijds de zorgrekening (wat kost welke zorg en wie betaalt) en anderzijds het gezondheid statistisch bestand waarin medische registraties zoals LMR en LAZR gekoppeld worden aan persoonskenmerken in CBS-bestanden (wie vraagt welke zorg).</p>
Kenmerkend	Verzamelen, bewerken en presenteren van reeds vastgelegde gegevens om inzicht te bieden in het functioneren van het stelsel (transparantie) en om het beleid te monitoren.

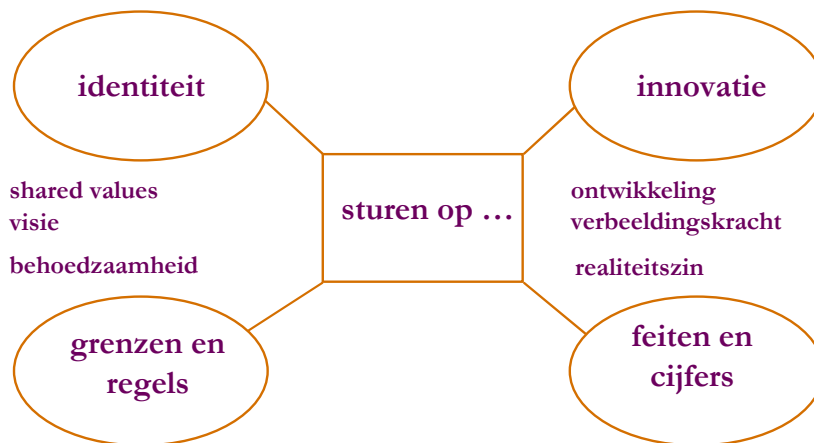
4 Verantwoordingsprocessen op basis van de informatierelatie

4.1 Informatierelatie congruent met sturingsparadigma

Verantwoordingsprocessen over de balanced scorecard spelen zich af in de relatie die informatievrager en – aanbieder met elkaar onderhouden. Deze relatie – een specifieke invulling van het gehanteerde sturingsparadigma - noemen wij de informatierelatie. De wijze van ontwikkeling en toepassing van de prestatie-indicatoren, en ook de inhoud van de prestatie-indicatoren zelf moeten congruent zijn aan het gehanteerde sturingsparadigma tussen de organisaties.

Het sturingsparadigma kan vanuit verschillende perspectieven worden gezien.

Figuur 4.1 Sturingsparadigma, vrij naar: Robert Simons' "levels of control"



De *formele verbouding* tussen de organisaties is een belangrijke factor. Concreet houdt het in dat als informatieaanbieder en – vrager onderling een grote autonomie hebben het bijvoorbeeld niet passend is eenzijdig gedetailleerde informatie over de processen te eisen. De processen zouden meer gericht kunnen

zijn op het komen tot een dialoog over outputgegevens. Als sprake is van een situatie waarin één informatievrager te maken heeft met meerdere informatieaanbieders, kunnen de vrijheidsgraden voor een individuele dialoog weer afnemen.

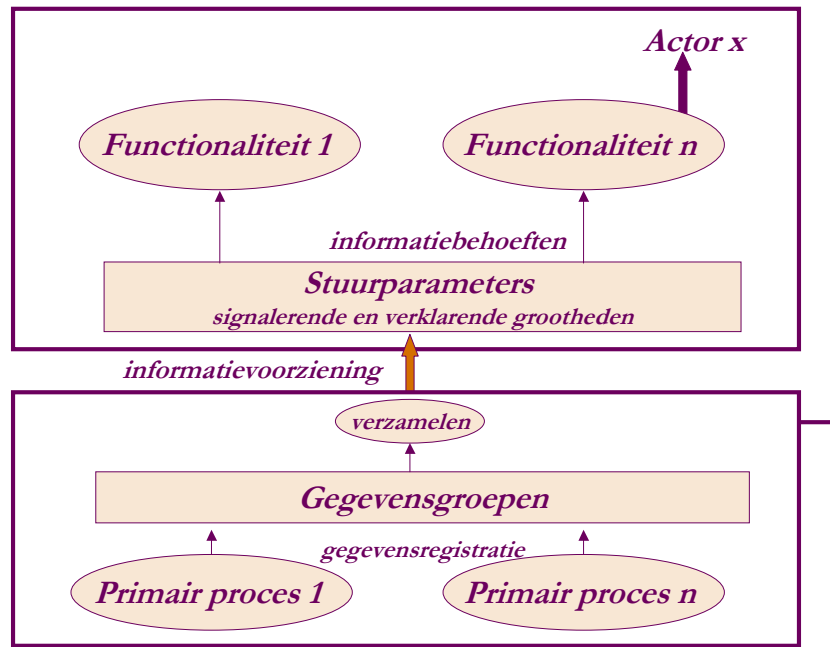
Een ander belangrijk aspect is de *tweezijdigheid* in de informatierelatie. In de praktijk blijven informatierelaties werkbaar als ervoor zowel informatievrager als -aanbieder er profijt in zit. De aanleverende partij kan bijvoorbeeld terugkoppeling van zijn gegevens in breder perspectief ontvangen of een financiële tegemoetkoming.

Daarnaast is de informatierelatie mede afhankelijk van de *doelen* van de verantwoordingsprocessen. Bij externe verantwoording op macroniveau zal de informatierelatie afstandelijker zijn dan bij sturing of toezicht op microniveau.

4.2 Een model voor informatierelaties

De dialoog voor de totstandkoming van de informatierelatie, wordt vanuit de vragende organisatie gevoerd op basis van de informatiebehoefte en vanuit de leverende organisatie op basis van het informatieaanbod, de gegevensgroepen en registraties. In figuur 4.2 is dit schematisch weergegeven.

Figuur 4.2 Schematische weergave informatierelaties



4.3 Informatiebehoefte

Wat is informatiebehoefte?

Aan de vraagzijde is een verschil gemaakt tussen de informatiebehoefte en de informatievraag. De *informatiebehoefte* is een omschrijving van de achtergrond waarvoor de informatie gevraagd wordt of de bedoeling van de informatie. De vraag die daarbij gesteld kan worden is: wat wil men bereiken met de informatie? Dit sluit daarmee aan bij de functionaliteit van de bsc, zoals eerder aan gerefereerd.

Daarnaast bestaat de *informatievraag*: een concrete omschrijving van het gegeven dat wordt uitgewisseld. De informatievraag dient de informatiebehoefte in te lossen. De meerwaarde van het werken vanuit de informatiebehoefte is gelegen in het feit dat via overleg met de aanbiedende partij over de behoefte tot een informatievraag kan worden gekomen die effectiever en efficiënter is te realiseren door de aanbiedende partij. De uiteindelijke inhoud van de informatierelatie wordt bepaald via overleg tussen de organisaties.

Werkwijze voor het bepalen van de informatiebehoefte

Op basis van de beoogde functionaliteit worden de primaire processen van de vragende organisatie geïnventariseerd. De doelen en output per proces worden daarbij achterhaald. De output kan in dit geval een product of dienst zijn die of voor de vragende organisatie zelf van belang is of die de vragende organisatie aan een andere organisatie (actor) dient te leveren (bijvoorbeeld een rapportage van VWS aan de Tweede Kamer). De informatie die cruciaal is voor deze output kan worden gebruikt als de informatiebehoefte van de vragende organisatie. De informatiebehoefte over een onderwerp kan dus verschillen, afhankelijk van de bedrijfsdoelen en het primair proces van de vragende organisatie.

Bij een combinatie van verschillende bedrijfsdoelen binnen een bsc speelt onderlinge verenigbaarheid in relatie tot interpreteerbaarheid een rol. Vereniging van doelen kan in het programma van eisen voor indicatorkeuze tot concessies leiden, wat negatief kan uitpakken voor een zinvolle interpretatie van ontwikkelingen voor ieder doel afzonderlijk. Bij het ontwikkelen van een bsc bestaat het risico dat aanpalende beleidsterreinen willen meeliften. Het is daarom belangrijk dat:

- een zo scherp mogelijke formulering van het hoofddoel plaatsvindt;
- in kaart wordt gebracht voor welke partners de index betekenis moet hebben en voor welke niet;
- wordt aangegeven, met het oog op een scherpe interpretatie, welke aanpalende thema's zich daarmee wel of niet verdragen.

De informatiebehoefte wint aan betekenis als bij het uitwerken medewerkers uit de vragende organisatie worden betrokken die direct deelnemen aan de primaire processen.

Verschillen in informatiebehoeften bij communicatie, sturing en toezicht

De bsc zal meestal ingericht worden als een overkoepelend concept waarachter reeksen indicatoren schuilgaan. De keuze van de juiste balans tussen specifiek en abstract is ingewikkeld. Hoe specifiek de indicatoren, hoe beter de interpretatie. Omgekeerd levert de specificiteit weer een complexiteit op, zoals de duiding van de ontwikkeling in onderlinge samenhang. Het risico doet zich voor om te veel informatie in één keer te presenteren.

Voor de communicatie aan bestuurders en consumenten is informatie gewenst over de vorderingen ten aanzien van de

gestelde doelen, gegeven een bepaalde inzet van middelen. De informatie zal vooral een beeld dienen te geven van de 'richting' waarin men zich begeeft. Voor sturing en beleidsontwikkeling zal het accent veelal liggen op de effectieve en efficiënte inzet van middelen om de gewenste doelen te bereiken. Daarbij kan worden ingezoomd op uitvoeringskwesaties en aandacht voor onderwerpen zoals aanpak, organisatie, techniek, procedures et cetera. Dergelijke informatie zal vooral gericht zijn op doelgroepen met specifieke kennis. Voor toezicht houden zal er sprake zijn van een tussenvorm.

4.4 Informatieaanbod

Wat is informatieaanbod?

Het informatieaanbod betreft de beschikbare gegevenssoorten bij de aanleverende organisatie(s). Deze gegevens dienen zoveel mogelijk als logisch onderdeel van de primaire dan wel secundaire processen vastgelegd te zijn (geen specifieke registraties met puur als doel rapportage aan derden).

Werkwijze voor het bepalen van het informatieaanbod

Er kan worden gekozen voor een gerichte aanpak bij het bepalen van het informatieaanbod. Hierbij wordt zeer specifiek op basis van de informatiebehoefte (top down) het aanbod geïnventariseerd. Daarnaast bestaat een meer algemene aanpak waarbij in meer algemene zin het informatieaanbod wordt gezien in hoeverre dit interessante informatie biedt aan de informatievrager (bottom up). Eventuele bestaande management-rapportages en sturingsoverzichten kunnen hierbij een goed startpunt vormen. Veelal wordt dan ook een combinatie van beide werkwijzen toegepast.

Het informatieaanbod kan worden bepaald door analyse van de beschikbare transactiegegevens van de aanleverende organisatie. De analyse start met de duiding van de (bedrijfs)processen van de aanleverende organisatie. Vervolgens kan worden onderzocht welke gegevens gegenereerd en opgeslagen worden bij het uitvoeren van deze processen. Een belangrijk bron van informatie daarbij zijn de informatiesystemen van de organisatie. Vervolgens kunnen de gegevens worden gespecificeerd op het wenselijk niveau.

De werkwijze bij de analyse van het informatieaanbod vereist actieve deelname van de proceseigenaren van de organisatie.

Daardoor kan een gedragen inventarisatie van het informatieaanbod worden opgeleverd.

4.5 Verschillenanalyse

De informatiebehoefte en het informatieaanbod worden aan elkaar gerelateerd. Daarbij kan worden gewerkt met de volgende classificatie:

- informatiebehoefte is regulier en is automatisch te genereren;
- informatiebehoefte is niet regulier (onregelmatig, onvoorzien) en is automatisch te genereren;
- informatiebehoefte is regulier en is niet automatisch te genereren/direct beschikbaar;
- informatiebehoefte is niet regulier en is niet automatisch te genereren/direct beschikbaar.

De classificatie maakt inzichtelijk welke inspanningen de aanleverende organisatie moet gaan leveren voor het inlossen van de informatiebehoefte. Deze inspanningen zullen bij niet automatisch te genereren gegevens aanzienlijk hoger zijn. De informatiebehoefte die niet automatisch te genereren is, is daarom onderwerp van gesprek. Daarbij is de vraag aan de orde in hoeverre de behoefte alsnog kan worden ondervangen met informatie die direct beschikbaar is.

De classificatie kan behulpzaam zijn bij het duiden van scenario's voor het ondervangen van de verschillen of het alsnog automatisch beschikbaar maken van gegevens. De aanleverende en de vragende organisaties zullen overeenstemming over een scenario moeten krijgen. Dit scenario omvat dan de *informatievraag*.

4.6 Overeenstemming over de informatievraag

De overeenstemming over de informatievraag kan worden bemoedigd door vragen over:

- compensatie (wat krijgen we terug voor de geleverde inspanningen?);
- vertrouwen (wordt de informatie uitsluitend voor de afgesproken doeleinden gebruikt?) of
- autonomie (past de gevraagde informatie wel bij de overeengekomen besturingsrelatie?).

Daarnaast kan overeenstemming uitblijven als er *diffusie* bestaat in de omschrijving van de formele rollen van de partijen of het inhoudelijke kenobject van de informatievoorziening.

Het vormgeven van de informatierelatie kan uitsluitend worden gecontinueerd als partijen overeenstemming bereikt hebben of in ieder geval het perspectief van overeenstemming aanwezig is. De formele overeenstemming over de informatie-vraag kan uiteindelijk worden vastgelegd, bijvoorbeeld in een convenant.

De meer technische uitwerking van de informatierelatie (hoe gaat de informatievrage geleverd worden), vindt vervolgens plaats in nauw overleg met de direct betrokkenen. Het verdient aanbeveling de uitwerking formeel vast te leggen in een document dat door de vragende en aanleverende organisatie wordt vastgesteld, het zogenaamde informatiestatuut.

5 Werkprocessen rond prestatiemeting en bsc

In dit hoofdstuk geven wij eerst een indeling aan van de verschillende soorten werkprocessen om tot prestatie-indicatoren te komen. Deze indeling is leidend voor onze verdere analyse van de processen van werken met de bsc. We eindigen met een beknopte beschrijving van de producten die uit de inrichting van de werkprocessen resulteren.

5.1 Soorten werkprocessen

Wat betreft de processen rond het gebruik de bsc maken wij op basis van de praktijk een indeling naar:

- Het ontwikkelen van de bsc:
 - het bepalen van de inhoud van de bsc: de functionaliteit (toezicht, sturing, communicatie), het bepalen van de beoogde effecten, de soorten prestaties en het onderliggend 'logisch model' waardoor gegevens informatie worden, alsmede de bijbehorende verantwoordelijkheidsverdeling in de voor de bsc benodigde informatierelatie;
 - het daadwerkelijke realiseren van de bsc: de gegevensinhoudelijke, technische, financiële en organisatorische inrichting van de voor de bsc benodigde informatierelatie, zoals afspraken over de exacte definities van indicatoren, de wijze van gegevensleveringen, compensaties en bijbehorende verantwoordelijkheden.
- Het toepassen van de bsc: inbedding in de organisatieprocessen behorende bij de functionaliteit van de bsc, zoals sturingsconcepten, en de wijze van permanente ontwikkeling van de bsc.

Het *ontwikkelen* van de bsc wordt in de praktijk bijna altijd beschouwd als een veranderkundige interventie. Het gaat immers niet uitsluitend om de introductie van de 'techniek' van de bsc, het kan ook gaan om een verandering in het feitelijk handelen van (medewerkers in) organisaties en wijzigingen in de machtspolitiek. Een bsc vormt de uitdrukking van een behoefte aan abstractie bij een hoge complexiteit. De hierdoor verkregen versimpeling en transparantie hebben geweldige voordelen voor de communicatie. Onlosmakelijk hieraan ver-

bonden zijn verhoogde (bestuurlijke) risico's en kwetsbaarheid, zoals het inzichtelijk maken van slagen of falen.

Daarom wordt veelal gekozen voor een werkwijze bij het ontwikkelen van de bsc die gediensig is aan de gewenste veranderingen en het creëren van draagvlak. Het vraagstuk van de *inhoud* is vooral bestuurlijk te adresseren. Het werken aan de *inrichting* is te classificeren als een meer technische kwestie. Daarbij gaat het om de effectieve en efficiënte realisatie van de inhoud. Op basis hiervan spreekt het voor zich dat een volgtijdelijkheid tussen deze vragen aan de orde is: eerst is het zaak te komen tot overeenstemming over de inhoud, vervolgens kan de inrichting ter hand worden genomen.

Het *toepassen* van de bsc is een managerial vraagstuk. De bsc kan bijvoorbeeld een plek krijgen in de reguliere planning en control. Daarbij is het zaak de bsc niet als een statisch geheel te beschouwen. Door ontwikkelingen in de omgeving en lering te trekken uit het toepassen van de bsc kan de bsc zich vernieuwen.

5.2 Het bepalen van de inhoud van de bsc

Processen in het kader van de inhoudsbepaling

De inhoud van de bsc is het uiteindelijke resultaat van een dialoog tussen de informatievragende en -leverende partij.

Aspecten die daarbij aan de orde komen, zijn:

- Vaststellen functie van de bsc: toezicht, sturing, communicatie.
- Bepalen van de doelen (beoogde effecten).
- Uitwerken doelen naar soorten prestaties in een bsc.
- Bepalen (voorlopige) normen en criteria voor meting van de geformuleerde prestatie-indicatoren in hun onderlinge samenhang.
- Toekennen van scores aan PI en formuleren verbeteractiviteiten.
- Borgen inbouwen voor toepassing.

Hierbij kan het zogenoemde GQM - paradigma gebruikt worden: Goals – Questions – Metrics (wat zijn de doelen, hoe kan ik die bereiken, hoe meet ik dat). Het bepalen van de normen kan op diverse wijzen plaatsvinden: subjectief door management en/of experts, gebaseerd op historische ontwikkelingen (extrapolatie) of bepaald op basis van simulatie en op basis van ambities in de toekomst.

Kritische succesfactoren bij inhoudsbepaling

Op basis van literatuuronderzoek en praktijkervaringen komen wij tot de volgende kritische succesfactoren voor het bepalen van de bsc-inhoud:

- Doelgerichte aanpak: ga uit van wat wil je bereiken in termen van gewenste effecten en leidt daar de prestatie-indicatoren van af. Kijk daarbij niet alleen naar knelpunten in de huidige situatie (“IST”) die opgelost moeten worden, maar ook naar wat er in de toekomst gewenst is (“SOLL”).
- Duidelijkheid: maak van meet af aan duidelijk wat de functie is van de prestatiemeting en wat er gaat gebeuren met de resultaten. Niet alleen meten om het weten – de metingen zullen ook gebruikt worden voor toezicht, sturing en/of communicatie.
- Draagvlak: de parameters moeten erkend worden als zijnde goede prestatie-indicatoren. De partijen die de gegevens moeten aanleveren en daarop beoordeeld zullen worden, moeten daartoe van meet af aan bij de ontwikkeling betrokken worden (overigens niet alleen om redenen van draagvlak, maar ook om inhoudelijke redenen).
- Representativiteit: er moeten voldoende deelnemers zijn, zowel in absolute zin (om statistisch betrouwbare conclusies te kunnen trekken op basis van de “Wet van de grote getallen”) als in relatieve zin (percentage van totale populatie, om voldoende dekkingsgraad te hebben). Prismant noemt een norm van 70% voor deelname van ziekenhuizen aan de door hen opgezette bsc pilot.
- Stabiliteit: verander niet steeds de te meten parameters en prestatie-indicatoren, zowel om inhoudelijke redenen (kunnen meten over langere tijdperiodes) als om redenen van draagvlak (veranderbaarheid).
- Onderscheid signalerende grootheden en verklarende grootheden De signalerende grootheden zijn gericht op de beoogde effecten (doelen) en vormen de key indicatoren voor sturing en toezicht. Definieer daarnaast zogenaamde verklarende grootheden die gemeten moeten worden om eventuele effecten te kunnen verklaren, bijvoorbeeld ten behoeve van dieptestudies. Vaak zijn dit proces, input, of outputparameters.
- Omgang met exogene factoren: zeker in de zorg zijn de effecten niet altijd het directe resultaat van de geleverde kwaliteit van zorg (input/proces/outputs), maar zijn deze ook afhankelijk van biologische en genetische factoren (bijvoorbeeld postoperatieve complicaties), fysieke en sociaal-culturele omgevingsfactoren (bijvoorbeeld signalen

negeren) en van gedrag (roken, eetgewoonten). Door alleen af te gaan op prestaties, zonder rekening te houden met deze exogene factoren, gaat de validiteit alsook het draagvlak (terecht) omlaag. Bijvoorbeeld de specialist die de hoogste mortaliteit heeft omdat deze altijd de moeilijkste gevallen krijgt (en niet omdat deze slecht werk levert). Deze exogene factoren moeten tevoren onderkend worden en meetbaar gemaakt worden (in de vorm van ‘verklaarende grootheden’).

5.3 De inrichting van de bsc

Processen in het kader van de inrichting

Als er overeenstemming over de inhoud bestaat, kan het uitwerken als een technische vraag worden behandeld. Bij het uitwerken gaat het vooral om het effectief en efficiënt vormgeven van gegevensuitwisseling. Daarvoor zijn verschillende aandachtspunten te duiden:

1. Werk zoveel mogelijk naar een situatie waarin gegevens *regulier* worden uitgewisseld en automatisch kunnen worden gegenereerd.
2. Werk naar *standaardisatie* van dergelijke gegevenslevering en waar mogelijk gelijkstellingen van de standaardisatie als sprake is van meerdere aanleverende organisaties en één vragende organisatie. Het is een optie om te werken aan normalisatie via architecturen⁴. Vanuit de scope van gegevensuitwisseling gaat het om het maken van afspraken over:
 - gegevensdefinities
 - kwaliteitseisen
 - definitie van informatieproducten/berichten
 - de opbouw van de informatieproducten/berichten
 - de beveiligingsniveaus
 - de verantwoordelijkheden.
3. Voor de informatie die niet regulier wordt geleverd of die niet automatisch gegenereerd kan worden kunnen *procedureafspraken* worden vastgelegd. In dergelijke procedureafspraken kan het proces van vaststelling van de inhoud, zoals eerder omschreven, worden gehanteerd. Het is zaak dat overleg tussen de aanleverende en vragende organisatie plaatsvindt, voordat de vraag naar niet reguliere informatie wordt vastgesteld.

Kritische succesfactoren bij de inrichting

Op basis van literatuuronderzoek en praktijkervaringen komen wij tot de volgende kritische succesfactoren voor het bepalen van de bsc-inrichting:

- Overeenstemming tussen informatievragers en –aanbieder over de inhoud van de informatie.
- Verklarende grootheden worden meestal anders ingericht dan signalerende grootheden.
- Complexiteit: om het raamwerk praktisch bruikbaar te houden moeten de parameters beknopt zijn en beperkt van aantal (minimale dataset). In Bakens zetten wordt een voorstel gedaan van maximaal 40 parameters per werkveld/domein.
- Registratie bij de bron: prestatie-indicatoren moeten ingepast of afgeleid kunnen worden van de primaire processen. Zodra partijen extra handelingen moeten verrichten, gaat dit ten koste van de kwaliteit van de registratie van de betreffende parameters.
- Implementeerbaarheid: aansluiten op bestaande structuren (i.c. toezichthouders, planbureaus, zelfregulatie, etc.).
communicatie, opleiding en instructie: gegevens aanleverende partijen moeten weten welke gegevens zij op welke wijze moeten aanleveren en waarom. Kijk daarbij ook naar wat het de individuele zorgpartijen oplevert (“what’s in it for me”, gesloten lus).
- Kwaliteit van informatiesystemen: de informatievoorziening en de eventuele onderliggende geautomatiseerde systemen moeten voldoen aan vast te stellen kwaliteit, zoals correctheid, actualiteit, betrouwbaarheid, betrouwbaarheid, etc. De kwaliteit van de informatievoorziening is bepalend voor de constructie en het mogelijke gebruik van prestatie-indicatoren. Tijdige beschikbaarheid van juiste en betrouwbare informatie is immers cruciaal.
- retrospectief vs. prospectief: data warehousing en bredere registratie maakt retrospectieve vraagstelling mogelijk (met name van belang bij individuele bsc en/of verdiepingsstudies).

5.4 De toepassing van de bsc

Processen in het kader van de toepassing van bsc

Wanneer de prestatie-indicatoren van de bsc ontwikkeld zijn, kunnen zij beheerd en gebruikt gaan worden. Daarbij is het van belang te beseffen dat deze prestatie-indicatoren niet in beton gegoten zijn, maar dat er sprake is van een *continue ont-*

wikkeling. Immers, men moet kunnen inspelen op de dynamiek van maatschappelijke en technologische ontwikkelingen. De beleidscyclus kent fases van voorbereiding, uitvoering en evaluatie. Wanneer dit leidt tot bijstelling van het beleid, kan dit ook leiden tot het aanpassen van de prestatie-indicatoren om de effecten van het beleid te kunnen meten.

Om een goede gegevensaanlevering voor de prestatiemeting te stimuleren, moet ook voor de partijen in het veld duidelijk zijn wat er met de resultaten gebeurt. Het moet zichtbaar zijn waarvoor en hoe de bsc rapportages gebruikt worden. Er zullen waarborgen ingebouwd moeten worden dat de rapportages ook daadwerkelijk gebruikt worden. Het gebruik dient dus gemeten en geëvalueerd te worden. Ook moet geëvalueerd worden in hoeverre de bsc-rapportages daadwerkelijk de beoogde beleidsdoelen meten. Ook dit kan leiden tot het aanpassen van de prestatie-indicatoren.

Kortom: er is niet alleen een ontwikkelorganisatie, maar ook een *beheerorganisatie* nodig die verantwoordelijk is voor het onderhoud en de continue ontwikkeling van de bsc.

Tenslotte wordt hier nogmaals benadrukt dat de resultaten van de prestatiemetingen van de bsc niet sec beschouwd mogen worden (management by spreadsheet), maar altijd geplaatst moeten worden in de bredere context. Dit betekent dat de bsc rapportages goed gebruikt kunnen worden als signaalfunctie, maar dat bij onverwachte of negatieve uitkomsten eerst een nader diepteonderzoek nodig zal zijn om tot een oordeel over de geleverde prestaties te kunnen komen.

Kritische succesfactoren bij toepassing bsc

Op basis van literatuuronderzoek en praktijkervaringen komen wij tot de volgende kritische succesfactoren bij de toepassing van de bsc in de zorg:

- Sturen op uitzonderingen: brede monitoring op basis van gestructureerde en kwantitatieve parameters aanvullen met kwalitatieve, thematische verdiepingsstudies waar nodig (of steekproefsgewijs). Onderscheid daarbij signalerende (brede monitor) en verklarende grootheden (bij dieptestudies).
- Toepasbare beleidsterreinen: beleidsmonitoring via bsc is een relatief zwaar instrument dat alleen geschikt is voor grotere beleidsterreinen. Als het beleidsterrein te specifiek is, kan dit beter gemeten worden via visitaties en evaluaties.

- Voorkom pervertering door afrekengedrag te vermijden: besef dat elke prestatie-indicator perverteert. Door te sturen op kwantiteiten, gaat het beleid zich richten op kwantiteiten en verlies je kwaliteiten. Treffende voorbeelden hiervan zijn het beoordelen van vakgroepen op aantal publicaties of het beoordelen van scholen op aantal drop-outs. Dit wordt versterkt wanneer er sprake is van afrekengedrag, zoals financiële consequenties of 'schandpaal'. Beter is om uit te gaan van incentives (wortel-versus stokmethode).
- Snelheid van feedback: niet te lange termijn (niet pas over vijf jaar merken dat je nu iets 'fout' doet), maar ook niet te korte termijn (effecten moeten wel tijd hebben om boven te komen).
- Rijpheid van de constellatie: de deelnemende partijen moeten er 'klaar' voor zijn om te werken aan een nieuwe wijze van sturing en toezicht, gebaseerd op prestatie-meting. Als men niet wil en/of het belang er niet van inziet, gaat dit onherroepelijk ten koste van de kwaliteit van de aangeleverde gegevens en/of gebeurt er niets met de teruggekoppelde resultaten van de prestatie-metingen.
- Realiteitszin: beschouw de beoogde effecten (outcomes) als streefwaarden. Ga niet voor de 100%. Besef dat de laatste 20% 80% van de inspanning vereist.
- Vergelijkbaarheid: geen 'appels met peren' vergelijken. Per werkveld/domein waarden.

5.5 Producten van de werkprocessen

Tijdens de ontwikkeling van de bsc kunnen de volgende producten ontstaan: de prestatie-indicatoren zelf, een convenant om de informatierelatie te bevestigen en een informatiestatuut om de informatierelatie in te vullen. Deze producten zijn niet statisch, maar zullen in de toepassingsfase onderhouden moeten worden.

Prestatie-indicatoren

De prestatie-indicatoren moeten voldoen aan de volgende eisen:

- Doelgericht: de prestatie-indicatoren moeten zoveel mogelijk de beoogde effecten betreffen en gericht zijn op de toekomst en continuïteit.
- Eenheid van taal: eenduidige, heldere en consistente definitie van parameters die ook door alle partijen als zodanig begrepen worden.
- Validiteit: de indicatoren moeten daadwerkelijk meten wat zij pretenderen te meten.
- Objectiviteit: de indicatoren moeten neutraal zijn en mogen niet vatbaar zijn voor achterliggende politieke manipulaties.
- Transparantie: het moet duidelijk zijn waarop de prestatie-indicatoren zijn gebaseerd en dit moet geloofwaardige en betrouwbare informatie zijn.
- Nauwkeurigheid: de parameters moeten niet te fijnmazig zijn. Dus bijv. geen schaal van 1-100 of 1-10, maar kwalitatieve normering: +/0/-. Dit in het kader van doelmatig monitoren (geen discussies over de details). Daarnaast is het doel van prestatiemeting in de zorg niet kijken 'wie het beste is', maar of de geleverde zorg 'goed genoeg' is dan wel verbeterd kan worden.
- SMART-criteria: Specifiek (niet te abstract, betekenisvol), Meetbaar, Acceptabel (voor degenen die getoetst worden), Realistisch (haalbaar), Tijdgebonden.
- Beïnvloedbaar: de prestatie-indicatoren moeten effecten betreffen waar de desbetreffende organisaties ook daadwerkelijk invloed op hebben. Niet beïnvloedbare factoren kunnen wel gemeten worden als zijnde verklarende grootheden voor behaalde effecten, maar niet als maatstaf voor geleverde prestaties.

Convenant

In het convenant worden de hoofdlijnen van de informatierelatie tussen informatievragers en -aanbieder vastgelegd. In de praktijk kunnen daarbij de volgende onderwerpen aan de orde zijn:

- de formele partijen;
- de overwegingen om tot het convenant te komen, zoals status van de partijen en formele verhoudingen, beleidsuitgangspunten;
- de overeenkomst die met het convenant wordt aangegaan;
- inhoud van de structurele en incidentele informatievoorziening in informatiesoorten;

- de status van het convenant;
- de wijze van geschillenbeslechting;
- de evaluatie van het convenant;
- de looptijd;
- wijziging, beëindiging en opzegging;
- als bijlage kunnen de samenstellingen van de informatie-soorten in parameters worden opgenomen.

Informatiestatuut

Het convenant wordt uitgewerkt in het informatiestatuut. In dit statuut wordt de concrete inrichting van de informatierelatie weergegeven. Daarbij kan de aandacht uitgaan naar:

- de wijze van vaststelling van het informatiestatuut;
- de doelstellingen van het statuut;
- de kaders waarbinnen het statuut van kracht is;
- de informatieproducten die in de relatie bestaan, zoals overleg, verschillende verschijningsvormen van informatie-uitwisseling (papier, elektronisch) en periodiciteit;
- de kwaliteitseisen voor de producten, alsmede de wijze waarop de kwaliteit wordt gewaarborgd;
- het beheer van de relatie en het beheer van informatieproducten.

6 Conclusies en aanbevelingen

In alle gevallen bepaalt het doel van de prestatiemeting de inhoud van de bsc. De ontwikkeling van een bsc begint dus met het definiëren van de doelen van de prestatiemeting middels de bsc zoals sturing, communicatie of toezicht. Pas wanneer de doelen duidelijk zijn, kunnen hieruit de prestatie-indicatoren afgeleid worden. Men kan dus niet zomaar beginnen met het definiëren van prestatie-indicatoren zonder precies te weten wat men wil weten. Echter, onafhankelijk van de functies waarvoor men de prestatiemeting respectievelijk bsc opzet, moet men min of meer dezelfde stappen doorlopen om tot een bsc te komen. De functie is dus niet zozeer van invloed op de ontwikkelprocessen.

De mogelijkheden (en beperkingen!) van de verantwoordingsprocessen worden sterk bepaald door de *informatierelatie* die tussen de vragende en aanleverende partij(en) leeft. Deze informatierelatie is bepalend voor zowel de ontwikkeling als de toepassing van de prestatie-indicatoren als voor de inhoud van de prestatie-indicatoren zelf. De bestaande (of beoogde) informatierelatie geeft daarmee het kader waarbinnen de verantwoording moet (kan) plaatsvinden. Zonder informatierelatie geen verantwoording. Alvorens men daadwerkelijk overgaat op het definiëren van de prestatie-indicatoren resp. het inrichten van de verantwoordingsprocessen zelf, zal dus eerst de informatierelatie in kaart gebracht moeten zijn of hierop worden afgestemd. De informatierelatie wordt met name bepaald door de bestuurlijke relatie tussen de partijen en door de functies van de prestatiemeting. Zo vergt beleidsverantwoording op macroniveau een andere (meer afstandelijke) informatierelatie met deels ook andere aanleverende partijen (naast individuele zorginstellingen en verzekeraars bijvoorbeeld ook CBS en Prismant) dan toezicht of sturing op microniveau van individuele zorgorganisaties.

Het *ontwikkelen* van prestatie-indicatoren is geen eenmalige exercitie. De wereld is dynamisch: doelen veranderen net als verantwoordelijkheden, informatierelaties en werkprocessen. Daarnaast moet er ruimte zijn om de werking van de verantwoordingsprocessen te evalueren en bij te stellen. Dat betekent dat het ontwikkelen van prestatie-indicatoren een continue (cyclische) activiteit is. Daarbij is het zaak om de cyclus niet te kort te maken (trends moeten zichtbaar kunnen worden, ver-

andermoeheid voorkomen), maar ook niet te lang (achter de feiten aanlopen, betekenisloze metingen doen).

Voor wat betreft de *inhoud* is het belangrijk te beseffen dat de diversiteit van de zorgsector zodanig is dat het niet mogelijk is om te komen tot een generiek model dat voor alle subsectoren (bijvoorbeeld ziekenhuiszorg, huisartsenzorg, GGZ, etc.) gebruikt kan worden. Immers: op operationeel niveau is sprake van zeer diverse zorgprocessen, maar ook op tactisch en strategisch niveau kan de aard van de beleidsdoelen variëren. Ook de inrichting van de verantwoordingsprocessen zal verschillend zijn, net als het gebruik (al was het maar omdat de beleidsvorming over de verschillende zorgprocessen ook bij verschillende directies binnen VWS belegd is).

Bij de *implementatie* van prestatie-indicatoren zal dan ook veel aandacht besteed moeten worden aan het realiseren van voldoende deelname. Een eerste voorwaarde hiervoor is het verkrijgen van formeel commitment van partijen uit de sector om prestatiemeting in te voeren. Dit kan in de vorm van (bilaterale) convenanten tussen VWS en koepelorganisaties en/of wetenschappelijke verenigingen. Een complicerende factor hierbij is dat afspraken met koepelorganisaties door individuele zorgverleners c.q. zorginstellingen niet altijd als bindend worden ervaren. Hierdoor moet in vergelijking met andere sectoren veel energie gestopt worden in het motiveren van individuele partijen door communicatie en incentives. Wanneer dit onvoldoende gebeurt, zal de implementatie sterk vertraagd worden, ook omdat de overheid beperkte financiële sturingsmogelijkheden heeft. Om medewerking te stimuleren zal een pakket van maatregelen samengesteld moeten worden volgens de zogenoemde ‘wortel- en stokmethode’. Ondersteunende wetgeving is vaak nodig als hulpmiddel om de ‘stokken’ mee te definiëren. De ervaring is echter dat ‘wortels’ (positieve incentives) effectiever zijn dan ‘stokken’ (straffen).

Bij de *toepassing* van de bsc gaat het er vervolgens om wat er met de resultaten van de prestatiemeting gebeurt en hoe deze geïnterpreteerd worden. In absolute zin zullen de resultaten vaak nietszeggend zijn: het gaat om de trend (de ontwikkeling in de zorg) die de meting aangeeft en/of om de vergelijking met andere resultaten (spiegelinformatie). Dat betekent dat de resultaten altijd gehouden moeten worden tegen een bepaalde norm. Die norm kan opgesteld zijn op basis van ervaringen uit het verleden, door experts of door simulatie. Een kritiek punt hierbij is het gebruik (misbruik) van de resultaten om bepaalde

belangen te vervullen. Dit stelt hoge eisen aan de validiteit van de prestatie-indicatoren.

Een ander kritiek punt is dat de resultaten altijd in hun *context* gezien moeten worden. Prestatiemeting in de zorg betreft niet alleen verantwoording afleggen over de doelmatigheid, maar ook over de toegankelijkheid en kwaliteit. Deze aspecten zullen in samenhang gezien moeten worden. Prestatiemeting op outcome (effecten) is lastig omdat er sprake is van vele exogene factoren die invloed hebben op de outcome van de zorgprocessen. Dat betekent dat er ook meer procesmatige aspecten gemeten moeten worden (input, throughput en output) om de eventuele gemeten effecten te kunnen verklaren.

Het grootste *risiko* bij de toepassing van prestatiemeting in het algemeen en de bsc in het bijzonder is het niet meer gebruiken van prestatie-indicatoren respectievelijk bsc (in de slop raken). Hier kunnen drie belangrijke redenen ten grondslag aan liggen, namelijk als de prestatiemeting als zinloos wordt ervaren, als de partijen geen baat hebben bij de metingen en als de meting leidt tot een toename van de administratieve lasten. Zo zullen de gemeten gegevens niet enkel gebruikt moeten worden voor een rapportage die in lades verdwijnt (met als bureaucratisch doel 'going through the motions'), maar er moet daadwerkelijk iets gebeuren met de aangeleverde gegevens (bijsturing van het beleid, partijen aanspreken op prestaties). Een ander belangrijk aspect is dat de gegevens aanleverende partijen er zelf ook baat bij moeten hebben (gesloten lus-principe). Anders gaat onherroepelijk de kwaliteit van de aangeleverde gegevens achteruit (zoals correctheid, actualiteit, betrouwbaarheid). Tenslotte moet voorkomen worden dat de verantwoording leidt tot aanvullende registraties met soms een net andere gegevensdefinitie dan gebruikelijk in de reguliere processen. Het verdient daarom aanbeveling om de prestatiemeting aan te sluiten op de primaire processen respectievelijk bestaande verantwoordingsprocessen.

Noten

- ¹ Bakens zetten, naar een Nederlands raamwerk van prestatie-indicatoren voor de gezondheidszorg, Ministerie van VWS, december 2002.
- ² Kwaliteit en informatie, plan van aanpak ter bespreking met VWS op 24 juni 2003, RVZ, 18 juni 2003.
- ³ Gebaseerd op VBTB bij de rijksoverheid: kans of bedreiging voor de IT-auditor?, Boudien Glashouwer en Ruud van Dael
- ⁴ Zie voor een uitgebreidere beschrijving Een bouwwerk zonder architecten, Arne Lasance en Rob Meijer, Informatie / december 2000.

Bijlagen

Bijlage 1

Voorbeeld van een bsc

Het onderstaande voorbeeld van de bsc is fictief. De organisatie waarvoor de bsc wordt gebruikt heeft de volgende kenmerken:

- primair proces is het uitvoeren van regelingen, zowel beschikken over aanvragen van klanten als het financieel afhandelen van de beschikking;
- de organisatie bevindt zich in een afbouwfase. Het is onduidelijk wanneer de activiteiten precies zullen stoppen. Als gevolg van de onduidelijkheid is de uitstroom onder personeel hoog;
- de organisatie hanteert zeer hoge kwaliteitsmaatstaven en wil dit de gehele afbouwsituatie blijven doen.

De bsc is gericht op het nauwkeurig monitoren van de werkvoorraden, personeel, de ontwikkeling van werklust en personeel, de kostenbeheersing en kwaliteitsbewaking. Voor de prestatie-indicatoren worden aangegeven:

- de normwaarde aangegeven;
- de werkelijke waarde;
- de score van de werkelijke waarde ten opzichte van de norm in groen, oranje of rood;
- De trend, (is er sprake van een stijging of daling?).

Tabel B.1 Onderstaand is een voorbeeld van een bsc weergegeven

Werk				
Productiekwantiteit				
	Norm waarde	Werkelijke waarde	Score	Trend
Tijdige afhandeling van aanvragen en bezwaarschriften: % afgehandelde aanvragen < wettelijke termijn				
Productresultaten: % afgehandelde aanvragen % afgehandelde bezwaarschriften				
% 1e betalingen < 13 weken				

Werk				
Productiekwaliteit				
	Norm waarde	Werke- lijke waarde	Score	Trend
Juiste afhandeling van aanvragen en bezwaarschriften: % foute beschikkingen % gegrond bezwaar in relatie tot uitstroom Juiste afhandeling van berekeningen en betalingen: % financiële fouten voor verificatie % financiële fouten na verificatie bedrag nieuwe vordering gedeeld door bedrag maande- lijke betaling				
Personeel				
	Norm waarde	Werke- lijke waarde	Score	Trend
Gemotiveerde en tevreden werknemers: % ziekteverzuim Voldoende personeel (kwantitatief): opvulling openstaande vacatures per sector binnen vier maanden Kwalitatief goed personeel: aantal beoordelingsgesprekken t.o.v. aantal perso- neelsleden				
Ontwikkelingen				
Ontwikkeling werklast				
	Norm waarde	Werke- lijke waarde	Score	Trend
Afstemming productiecapaciteit op werklastontwikke- ling: gemiddelde % afwijking werklast op jaarbasis Uitvoerbaarheid in relatie tot toepassingsbeleid: toewijzings% aanvragen toewijzings% bezwaarschriften				

Ontwikkelingen				
Ontwikkeling personeelsverloop				
	Norm waarde	Werke- lijke waarde	Score	Trend
Kwaliteit van personeel: % afwijking van de personele bezetting in FTE's t.o.v. de goedgekeurde formatie				
Kosten				
	Norm waarde	Werke- lijke waarde	Score	Trend
Beheersing uitvoeringskosten: ontwikkeling apparaatskosten t.o.v. begroting ontwikkeling gemiddelde loonsom per FTE t.o.v. begroting				
Beheersing programmakosten: afwijking tov meerjarenramingen				
Cliëntgerichtheid				
	Norm waarde	Werke- lijke waarde	Score	Trend
Tijdige postafhandeling: % afgehandelde post binnen 4 weken				
Telefonische bereikbaarheid: % telefoongesprekken dat t.o.v. het totaal aantal in- komende gesprekken onbeantwoord blijft				
Klachtafhandeling: % klachten t.o.v. in beheer zijnde cliënten en in be- handeling zijnde eerste aanvragers % afgehandelde klachten binnen 4 weken				

Bijlage 2

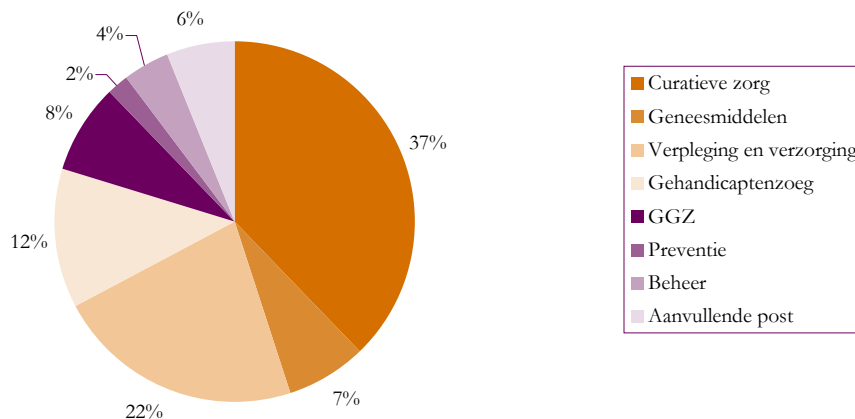
Kenmerken van de zorgsector

De gezondheidszorg is met afstand het meest omvangrijke en organisatorisch ook het meest complexe onderdeel van de publieke sector. Verantwoordingsprocessen zijn complex omdat deze optreden op verschillende niveaus (landelijk, regionaal en binnen organisaties). In de zorg is relatief vaak sprake van ketenprocessen, waarvoor structurele samenwerking tussen de verschillende zorgactoren van groot belang is. En dit alles in een politiek zeer gevoelige, beleidsmatig turbulente en organisatorisch ingewikkelde omgeving waarbij geen van de betrokken stakeholders de regie heeft. Verantwoording in de zorg wordt bemoeilijkt door de diverse aard en omvang van de zorg, de versnipperde financiering en de heersende cultuur.

Aard en omvang van de zorg

Binnen de zorg werkt circa 10% van de werknemers van Nederland en wordt in 2003 Euro 44 miljard uitgegeven. Per inwoner is dat ongeveer € 2500,-. Dit komt overeen met zo'n 10% van het nationaal inkomen. Ter illustratie: in de op één na grootste sector (onderwijs) is dat 25 miljard; bijna de helft! Sectoren als volkshuisvesting halen net € 3 miljard per jaar.

Figuur B.1 Aard van de zorgsector



Het geld wordt uitgegeven aan tal van activiteiten (zie Tabel B.1). De curatieve zorg (ook wel ‘cure’ genoemd) heeft het grootste aandeel: zo’n 37%. Ook verpleging en verzorging, gehandicaptenzorg en geestelijke gezondheidszorg (samen ook wel de ‘care’ genoemd) vormen samen een groot deel: 42%.

Het beleidsbestel is niet alleen omvangrijk, maar ook complex. De verschillende soorten van zorg verschillen onderling sterk, organisatorisch maar ook in termen van cultuur. Het gaat om vrijgevestigde huisartsen en specialisten, verpleegkundigen in dienst van particuliere instellingen, maar ook om ambtenaren die vooral bezig zijn met preventie, zoals bij de GGD-en. Ook de schaal van de organisaties is sterk verschillend: uiteenlopend van een vrijgevestigde huisarts, zonder assistente, tot zeer omvangrijke academische ziekenhuizen met vele duizenden werknemers. Het primair proces, dus ook de verantwoording hierover, loopt echter door de gehele keten heen: de verwijzing van een huisarts naar een (ziekenhuis)specialist is een goed voorbeeld.

In totaal kent de zorg zo’n 20.000 organisaties (zie ook kader). Er zijn zo’n 330.000 ingeschreven beroepsbeoefenaren op basis van de wet BIG (artsen, tandartsen, verloskundigen, apothekers, verpleegkundigen, fysiotherapeuten, klinisch psy-

chologen en psychotherapeuten). Daarnaast zijn er ruim 600.000 individuele zorgverleners die onder een beschermde beroepsgroep vallen (bijvoorbeeld diëtisten, maatschappelijk werkers, orthoptisten, ergotherapeuten etc.).

Eerste echelon = ambulante zorg (care en cure)

- Er zijn 7.093 zelfstandig gevestigde huisartsen (huisartsen werkzaam in een praktijk). Er zijn verschillende vormen van huisartspraktijken: individuele huisartsen, maatschappen en HOED.
- In de thuiszorg werken ruim 175.000 medewerkers; in 1999 waren er 104 reguliere (AWBZ-gefinancierde) thuiszorginstellingen (LVT) en 217 commerciële thuiszorgorganisaties (BTN).
- Het aantal officiële apotheken in 2001 was 1629 met daarin zo'n 2700 apothekers; daarnaast zijn er circa 600 apotheekhoudende huisartsen en 300 ziekenhuisapothekers. De gemiddelde openbare apotheek bedient een patiëntenpopulatie van 9.000 personen en verstrekt jaarlijks 78.000 geneesmiddelen op voorschrift voor een totaalbedrag van Euro 1,7 miljoen (SFK).
- Andere zorgverleners met eigen praktijken zijn o.a. tandartsen (8000), verloskundigen, paramedici en vrijgevestigde psychologen en psychiaters (739 stuks met 41.000 cliënten).
- Binnen het terrein van de geestelijke dienstverlening en welzijn kennen we o.a. de RIAGG's (117), CAD's en diverse organisaties op het gebied van de jeugdzorg (bureaus jeugdhulpverlening, jongereninformatiepunten, etc).
- Op het gebied van preventie zijn er circa 40 GGD's.
- Tenslotte kennen we nog de ambulancediensten: in 2000 bedroeg het totaal aantal ritten circa. 820.000.

Tweede echelon = intramurale zorg (cure)

- We tellen in Nederland ongeveer 145 ziekenhuislocaties. Deze zijn georganiseerd in 100 organisaties. Er wordt een onderscheid gemaakt in algemene en academische (8) ziekenhuisinstellingen. Categorale instellingen (27) zijn specifiek gericht op de behandeling van bijvoorbeeld kinderen, kankerpatiënten of revalidatie.
- Geestelijke zorg wordt geleverd door zo'n 77 algemeen psychiatrische ziekenhuizen (APZ) en de (67) zogenoemde PAAZ-afdelingen in ziekenhuisinstellingen.

Derde lijn = intramurale zorg (care)

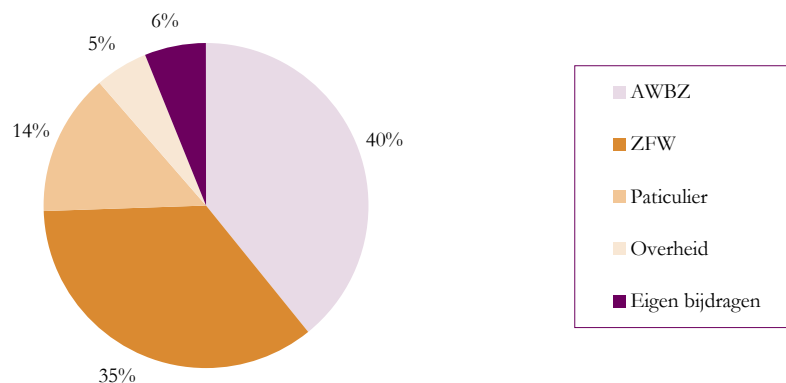
- Er zijn in totaal bijna 1.700 verpleeg- en verzorgingshuizen in Nederland. Door de vele fusies vormen zij bestuurlijk gezien nog maar ongeveer 800 rechtspersonen.
- Daarnaast is er nog een groot aantal instellingen voor gehandicaptenzorg (lichamelijk, geestelijk en gecombineerd) + gezinsvervangende tehuizen en sociaal pedagogische diensten.

De zorgsector kent dus een groot aantal zorgactoren die zeer diverse zorgprocessen hebben met verschillende inputs, throughputs, outputs en outcomes. Deze complexiteit en diversiteit zal terugkomen in de verantwoordingsprocessen en de daarbij te gebruiken instrumenten.

Financieringsstructuur

De zorg kent een ingewikkelde financieringsstructuur die grotendeels collectief gefinancierd wordt. De wijze van financiering is echter sterk versnipperd en vindt voornamelijk plaats via een stelsel van sociale en particuliere ziektekostenverzekeringen: bijna 40% (17 miljard) op basis van de volksverzekering AWBZ, 35% (15 miljard) op basis van collectieve premies (ziekenfondsen) en 14% op basis van particuliere premies (particuliere ziektekostenverzekeringen). Slechts 5% wordt direct door de overheid op basis van belastinggelden bekostigd en 6% wordt gefinancierd door middel van eigen bijdragen. Gevolg van deze versnipperde financiering op basis van premieheffing door grotendeels private partijen is dat er geen sprake is van een enkele partij die kan sturen middels financiering en dat ook de overheid relatief weinig sturingsmiddelen heeft. Dit is een belangrijke complicerende factor bij de inrichting van de verantwoordingsprocessen.

Figuur B.2 Financiëingsstructuur zorgsector



Culturele aspecten

De cultuur binnen de zorgsector zelf is tamelijk behoudend, hetgeen deels voortkomt uit de aard van de dienstverlening: zorgproducten zullen zich eerst bewezen moeten hebben alvorens breed toegepast te kunnen worden in de praktijk. Deze basishouding is van groot belang voor de kwaliteit van de zorgverlening aan zorgconsumenten en treft men ook aan bij zaken die indirect gevolgen kunnen hebben voor het primaire zorgverleningsproces.

Naast kwaliteit van de zorgverlening spelen ook financiële belangen van zorgactoren een rol. Wijzigingen in regelgeving bijvoorbeeld hebben veelal direct financiële consequenties voor de zorgverleners. Men is dan ook zeer beducht voor veranderingen die vanuit Den Haag en/of om financiële redenen lijken opgelegd. Hierdoor is de bestuurlijke innovatiesnelheid in de zorg bijzonder traag, denk bijvoorbeeld aan de invoering van de outputfinanciering (al in 1980 werd gewerkt aan de introductie van Diagnosis Related Groups terwijl nu eerst in 2003 de introductie van Diagnose Behandeling Combinaties plaatsvindt).

Een andere complicerende factor bij verantwoording over de primaire processen in de zorg, is dat verantwoording niet alleen doelmatigheid betreft, maar ook toegankelijkheid en kwa-

liteit. Bij prestatie­meting zullen deze aspecten in samenhang be­zien moeten worden. De kwaliteit van het handelen wordt echter gezien als iets dat alleen collega­zorgverleners in staat zijn te beoor­delen, vooral wanneer het gaat om procesmatige aspecten (input, throughput en output). Prestatie­meting op outcome (effecten) is echter lastig omdat er sprake is van vele exogene factoren die invloed hebben op de outcome van de zorgprocessen. Zorgverleners zijn daarom niet enthousiast over het afleggen van verantwoording aan niet­zorgverleners. De cultuur binnen de zorgsector wordt hierdoor als tamelijk gesloten beschouwd.

Professionals hechten grote waarde aan hun autonomie en dat geldt zeker ook voor zorgverleners. De eerder genoemde 20.000 zorgorganisaties zijn bestuurlijk gezien zelfstandige organisaties die niet ‘onder’ de Minister of de overheid vallen. Wel hebben de zorgactoren zich georganiseerd in talloze belang­enorganisaties (koepels). In de praktijk vormen deze voor de overheid het aanspreekpunt wanneer het gaat om innovaties in de zorg. Afspraken met koepelorganisaties worden door individuele zorgverleners c.q. zorginstellingen veelal niet als bindend ervaren. Hierdoor moet in vergelijk met andere sectoren veel energie gestopt worden in het motiveren van individuele partijen door communicatie en incentives. Wanneer dit onvoldoende gebeurt, kunnen initiatieven sterk vertraagd worden, ook omdat de overheid door de versnipperde financie­ringsstructuur beperkte sturingsmogelijkheden heeft.

Bijlage 3

Literatuur

Nivel. Brancherapport Cure '98-'01. Den Haag : Ministerie van VWS, 2002.

Dael R.L.H. van, A. Jonk en W.J. van Gelder. Het Resultaat Geteld: papernote #9. Den Haag: Het Expertise Centrum, 2001.

Delnoij, D.M.J. et al. Bakens zetten: naar een Nederlands raamwerk voor prestatie-indicatoren in de gezondheidszorg. Den Haag: Ministerie van VWS, 2002.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Zorgnota 2002. Den Haag: Ministerie van VWS, 2002.

Pen, M. en M. de Wal. Beleidsmonitoring: voorwaarden, valkuilen en vervolgstappen In: Management en Bestuur, 2003, no. 4.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Vraag aan bod: hoofdlijnen van vernieuwing van het zorgstelsel. Den Haag: Ministerie van VWS, 2001.

Bijlage 4

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 (zolang de voorraad strekt). 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

04/03	Verantwoordingsprocessen in de zorg op basis van de balanced scorecard (achtergrondstudie bij het advies De Staat van het Stelsel)	€	15,00
04/02	Indicatoren in een zelfsturend systeem, prestatie-informatie 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)	€	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			
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

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: Quantas, Rijswijk
Uitgave: 2004
ISBN: 90-5732-129-7

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 04/03. De prijs van de publicatie is € 15,00.

© Raad voor de Volksgezondheid en Zorg