

Postprint Version	1.0
Journal website	
Pubmed link	
DOI	

This is a NIVEL certified Post Print, more info at <http://www.nivel.eu>

Kosten en baten van kwaliteitssystemen: Onderzoek Nivel in ouderenzorg

CORDULA WAGNER, FRITS VAN MERODE

Het ontwikkelen en onderhouden van een kwaliteitssysteem brengt kosten met zich mee. De kostenbesparingen blijken in de praktijk tegen te vallen. Voor de hand liggende vraag is daarom wie moet opdraaien voor de extra kosten.

Verzorgingshuizen, verpleeghuizen en instellingen voor thuiszorg zijn volop bezig met het ontwikkelen en implementeren van kwaliteitssystemen. Enkelen zijn gecertificeerd of anderszins extern beoordeeld. De kosten van een certificatie zijn duidelijk zichtbaar, terwijl veel van de kosten die gepaard gaan met het invoeren en instant houden van een kwaliteitssysteem onzichtbaar blijven. Regelmatig wordt bij de overheid of bij onderhandelingen met zorgverzekeraars aangegeven dat het implementeren van kwaliteitssystemen extra geld kost. Harde cijfers ontbreken echter. Van de verzekeraars komen slechts bemoedigende reacties. De kosten van kwaliteitssystemen zouden zichzelf terugverdienen door bijvoorbeeld efficiëntiewinst.

Uit onderzoek onder 1100 zorginstellingen dat plaatsvond in 1995, blijkt dat 36 procent van de instellingen op termijn kostenbesparingen verwacht en 4 procent van de instellingen deze bereikt heeft. Drie jaar later blijkt uit een onderzoek onder 74 verpleeghuizen dat het percentage verpleeghuizen dat kostenbesparingen zegt te hebben bereikt, is gedaald van 4 naar 3 procent, terwijl nog steeds 37 procent kostenbesparingen verwacht. De keerzijde hiervan is dat 63 procent van de instellingen geen financiële resultaten, in de zin van kostenbesparingen, verwacht. Ze verwachten daarentegen wel andere resultaten, zoals een toename in tevredenheid van bewoners, medewerkers en externe partijen, een betere beheersbaarheid van de organisatie en profilering van de instelling (Klein Ikkink en Wagner, 2000).

ONDERSCHIED

Een andere discussie die gevoerd wordt als het om de kosten van kwaliteitssystemen gaat, is het onderscheid tussen reguliere zorg en kwaliteitszorg. Dit onderscheid vervaagt naarmate kwaliteitssystemen beter zijn geïmplementeerd, aangezien kwaliteitssystemen uiteindelijk deel gaan uitmaken van de reguliere bedrijfsvoering. Maar, wat tot de reguliere zorg behoort is geen vaststaand gegeven. De laatste jaren zijn door de overheid, zorgverzekeraars en cliënten nieuwe eisen geformuleerd waaraan instellingen moeten voldoen. Bijvoorbeeld het hanteren van individuele zorgplannen en nieuwe regels voor de hygiëne bij het bereiden van maaltijden. Hierbij gaat het om nieuwe normen die deel gaan uitmaken van een kwaliteitssysteem.

Recentelijk is bij het Nivel een explorerend onderzoek gestart naar de kosten en resultaten van kwaliteitssystemen bij elf instellingen in de ouderenzorg. Bij het selecteren van de deelnemende instellingen is rekening gehouden met de verschillende stadia bij het implementeren van kwaliteitssystemen, te weten: oriëntatie/voorbereiding, uitvoering en onderhoud/verankering. Hierop aansluitend wordt ook in het onderzoek onderscheid gemaakt in kosten voor het ontwikkelen, implementeren en onderhouden van

kwaliteitssystemen. De begrippen voor het bepalen van de kosten en resultaten van kwaliteitssystemen in dit artikel zijn ontleend aan het bedrijfsleven en vertaald naar de ouderenzorg.

INHOUD

Uitgangspunt voor het bepalen van de kosten van een kwaliteitssysteem zijn de kwaliteitsmodellen die in de afzonderlijke sectoren ontwikkeld zijn. Voor verzorgingshuizen en instellingen voor thuiszorg is door de Stichting HKZ (Harmonisatie Kwaliteitsbeleid Zorgsector) in samenwerking met alle belanghebbende veldpartijen een certificatieschema opgesteld. In het certificatieschema staan de activiteiten vermeld die een instelling geïmplementeerd moet hebben om in aanmerking te komen voor het HKZ kwaliteitskeurmerk en het ISO-certificaat. De normen die in het schema zijn opgenomen weerspiegelen de minimum normen waaraan een kwaliteitssysteem moet voldoen. Voor verpleeghuizen geldt het MIK-V (Model Intern Kwaliteitssysteem Verpleeghuizen) als referentiekader. Zowel de HKZ-schema's als het (Model Intern Kwaliteitssysteem Verpleeghuizen) als referentiekader. Zowel de HKZ-schema's als het MIK-V omschrijven activiteiten zoals kwaliteitsbeleidsplannen, klachten- en incidentenregistraties, scholing, procesbeheersing en een documentensysteem.

De activiteiten die benoemd worden in de certificatieschema's en het MIK-V kunnen globaal in twee categorieën worden ingedeeld. Ten eerste zijn er activiteiten die instellingen tot de reguliere zorg rekenen. Daarnaast zijn er nieuwe activiteiten die tot doel hebben fouten en onvoldoende kwaliteit van zorg te voorkomen, het functioneren van het kwaliteitssysteem te beoordelen en, afhankelijk van de resultaten van een beoordeling, de zorg te verbeteren middels verbeterprojecten. Deze activiteiten moeten structureel worden toegepast om continue verbetering van de zorg mogelijk te maken. Bij het implementeren van de nieuwe activiteiten kan tevens worden nagegaan of bestaande reguliere activiteiten kunnen vervallen (substitutie).

KOSTEN

Voor het bepalen van de kosten die verbonden zijn aan het systematisch bewaken, beheersen en verbeteren van de kwaliteit is het onderscheid tussen reguliere activiteiten (behorend tot de normale productiekosten) en kwaliteitssysteem-activiteiten van belang. Tot de kwaliteitskosten behoren beheerskosten zoals preventie- en beoordelingskosten en herstelkosten.

Uit de inventarisatie bij de elf instellingen in de ouderenzorg blijkt dat een deel van de activiteiten die in de certificatieschema's en het MIK-V worden beschreven gezien wordt als onderdeel van de reguliere zorg, terwijl een ander deel gezien wordt als extra activiteit in het kader van het kwaliteitsbeleid en het kwaliteitssysteem. In tabel 1 worden de resultaten weergegeven.

Voor de activiteiten die behoren tot het kwaliteitssysteem kan aanvullend onderscheid gemaakt worden tussen de stadia 'ontwikkeling', 'implementatie' en 'onderhoud'. Het stadium waarin een activiteit zich bevindt kan tussen instellingen verschillen. Op het moment dat het stadium 'onderhoud' is bereikt, gaat het niet meer om een extra activiteit maar om een reguliere activiteit die mogelijk oude routines en activiteiten kan vervangen of efficiënter kan laten verlopen.

Daarnaast kan het voorkomen dat een instelling nog niet beschikt over alle reguliere activiteiten die in het HKZ-schema of het MIK-V worden genoemd. Deze instelling moet als het ware een inhaalslag maken, waar eveneens kosten mee gemoeid zijn. Een veel voorkomend voorbeeld is het beschikbaar hebben van een totaaloverzicht van de producten en diensten die de instelling levert. In het algemeen blijkt uit tabel 1 dat instellingen een onderscheid kunnen aanbrengen tussen reguliere en kwaliteitssysteem activiteiten.

KOSTEN

De activiteiten die in tabel 1 zijn benoemd als activiteiten voor systematische kwaliteitsbewaking kunnen, afhankelijk van de fase waarin het kwaliteitssysteem zich bevindt, ontwikkel-, implementatieof borgingskosten met zich meebrengen. Ontwikkel- en implementatiekosten zijn éénmalige investeringskosten; kosten verbonden aan het onderhouden en borgen van bestaande kwaliteitsactiviteiten zijn structurele kosten die elk jaar terugkomen. De kosten van verbeterprojecten kunnen investeringskosten zijn om een gerichte kwaliteitsverbetering te bereiken. Aan de andere kant wordt van instellingen verwacht dat zij continue de zorg blijven verbeteren en vernieuwen. Dergelijke vernieuwingen worden veelal projectmatig aangepakt. Vanuit dat oogpunt gaat het bij verbeterprojecten om structurele kosten die een instelling moet maken. Enkele voorbeelden van kwaliteitskosten zijn te zien in tabel 2.

Voorbeeld: de kosten van een procedure De kosten voor het opstellen van een procedure bestaan bijvoorbeeld uit de kosten van een werkgroep, bestaande uit een stafmedewerker, een leidinggevende en een uitvoerende. De werkgroep komt gedurende een half jaar vier keer bijeen. Elke bijeenkomst duurt twee uur. Voor de afwezigheid van de uitvoerende wordt vervanging geregeld. Voor de implementatie van de nieuwe procedure bij de medewerkers vindt er uitleg plaats in het reguliere werkoverleg; hieraan zijn geen extra kosten verbonden. Indien hiervoor een extra overleg wordt gepland, is er wel sprake van extra kosten. Indien de instelling vier afdelingen heeft die ieder één uur uittrekken voor de introductie tijdens een extra overleg dan zijn er ook extra kosten. Aanvullend wordt voor enkele medewerkers aparte bijscholing afgesproken. Ten slotte wordt het functioneren van de procedure eens per jaar geëvalueerd door een lid van het managementteam.

Voor alle kwaliteitsactiviteiten in een instelling kunnen op deze manier de kosten in kaart worden gebracht. Verwacht wordt dat instellingen die net zijn begonnen met het systematisch bewaken, beheersen en verbeteren van de kwaliteit vooral éénmalige investeringskosten hebben voor het ontwikkelen en implementeren van kwaliteitsactiviteiten, terwijl instellingen met een functionerend kwaliteitssysteem vooral structurele kosten hebben voor het onderhouden en verbeteren van de kwaliteit.

De mate van gedetailleerdheid van de kostenberekening hangt mede af van het beoogde gebruik. Voor het bepalen van de kosten verbonden aan het ontwikkelen, implementeren en onderhouden van kwaliteitssystemen, kan worden volstaan met het bepalen van de kosten van de extra activiteiten omdat een financier waarschijnlijk alleen de extra activiteiten wil vergoeden. Bij de uiteindelijke berekening van de kosten van het kwaliteitssysteem, moet ook rekening worden gehouden met kosten die komen te vervallen, zoals minder herstelkosten, minder kosten door het elimineren van dubbel werk, het laten vallen van oude routines en minder overleg door meer duidelijkheid en transparantie.

HERSTELKOSTEN

Herstelkosten zijn de kosten van onvoldoende kwaliteit en het herstellen van fouten die tijdens de reguliere zorgverlening optreden. Herstelkosten zijn verspillingen, dat wil zeggen kosten die ontstaan doordat de geplande kwaliteit van producten of diensten niet wordt gerealiseerd, maar ook nieuwe productie niet gerealiseerd kan worden. Het gaat om afwijkingen van de gestelde norm. Hierbij wordt onderscheid gemaakt tussen interne herstelkosten, nog voordat het product de klant heeft bereikt, en externe herstelkosten, als het product al bij de klant is (Feigenbaum, 1983). In de praktijk kan zich de paradox voordoen dat instellingen die gedetailleerde normen opstellen meer kans hebben op afwijkingen van de norm. Voor het bepalen van de herstelkosten worden de kosten meegerekend die gemaakt moeten worden om fouten of onvoldoende kwaliteit te herstellen. Voorbeelden van herstelkosten zijn:

- planningproblemen en uitzendkrachten;

- oninbare vorderingen c.q. gemis van budget;
- schadeclaims van bewoners/cliënten;
- incidenten en ongevallen;
- overmatig uitval;
- onderbezetting capaciteit;
- medicatiefouten;
- onnodig lijden bewoner/cliënt;
- zoekraken goederen;
- verlies productie i.v.m. dubbel werk;
- verzekeringen;
- reputatieschade;
- verzuim en ziekte.

Het meten van herstelkosten is veelal moeilijk omdat deze soms onzichtbaar zijn, verschillend gewaardeerd worden, de kosten per instelling kunnen verschillen (bijvoorbeeld planningsproblemen) of de kosten door andere partijen gemaakt moeten worden. Het meten van herstelkosten moet derhalve in de praktijk waarschijnlijk beperkt worden tot een aantal meetbare posten.

In kostentheorieën wordt ervan uitgegaan dat er een relatie bestaat tussen de omvang van de preventie- en beoordelingskosten van een kwaliteitssysteem en de herstelkosten voor onvoldoende kwaliteit. Naarmate de preventie- en beoordelingskosten toenemen, zullen de herstelkosten afnemen (Bandel e.a., 1997). Het dalen van de herstelkosten kan een resultaat zijn van een goed functionerend kwaliteitssysteem.

RESULTATEN

De mogelijke opbrengsten van een kwaliteitssysteem kunnen worden afgeleid van de doelstelling van instellingen in de ouderenzorg. De zorginstellingen streven naar het leveren van verantwoorde zorg. Hiervan is sprake als de geboden zorg beantwoordt aan de reële behoefte van de cliënt, deze inhoudelijk uitgevoerd wordt volgens de geldende normen van de beroepsgroep, en doelmatig en cliëntgericht wordt verleend. Een kwaliteitssysteem is hierbij een middel om de organisatorische structuur, verantwoordelijkheden, procedures en processen zodanig in te richten dat verwacht mag worden dat de geleverde zorg inderdaad verantwoord zal zijn. Aanvullend worden in kwaliteitsmodellen nog drie andere resultaatgebieden onderscheiden, te weten waardering van cliënten, waardering van medewerkers en waardering door de maatschappij. In tabel 3 wordt een overzicht gegeven van de kwaliteitsindicatoren die de 11 instellingen per resultaatgebied hebben genoemd. Deze worden nog niet structureel in instellingen geregistreerd.

DISCUSSIE

In het voorgaande zijn de begrippen reguliere zorg versus activiteiten voor een kwaliteitssysteem, investeringskosten versus structurele kosten, en preventie- en beoordelingskosten versus herstelkosten besproken. Het artikel heeft laten zien dat kwaliteitssystemen extra activiteiten met zich meebrengen. Welke activiteiten als 'extra' worden beschouwd is sterk tijdgebonden. Tien jaar geleden bijvoorbeeld behoorden functioneringsgesprekken en een cliëntenraad tot de extra activiteiten, terwijl deze nu tot de reguliere zorg worden gerekend. Dit betekent dat een aantal kwaliteitssysteem activiteiten over vijf jaar eveneens zo ingeburgerd zullen zijn dat deze tot de reguliere activiteiten gaan behoren.

Tevens is ingegaan op de mogelijke resultaten van kwaliteitssystemen ten aanzien van verantwoorde zorg en de waardering van medewerkers, cliënten en de maatschappij. Zoals in de inleiding aangegeven verwachten de meeste directies van instellingen geen

kostenbesparingen van kwaliteitssystemen, maar wel verbeteringen in de organisatie en de kwaliteit van zorg.

De vraag is door wie de extra kosten die gemaakt worden voor het ontwikkelen, implementeren en onderhouden van kwaliteitssystemen betaald kunnen en moeten worden. Kwaliteitssystemen zijn via de Kwaliteitswet Zorginstellingen door de overheid verplicht gesteld, zonder hier structurele financiële middelen tegenover te stellen. Uit het overzicht van reguliere en kwaliteitssysteem activiteiten blijkt dat substitutie tussen de activiteiten maar in beperkte mate mogelijk is. Bij een kwaliteitssysteem gaat het om extra activiteiten die door de instelling extra gefinancierd moeten worden. Het ontwikkelen en implementeren van activiteiten vindt meestal projectmatig plaats en brengt incidentele kosten met zich mee. Voor projecten kan soms externe financiering worden verkregen, terwijl voor de structurele kosten voor het onderhouden van een kwaliteitssysteem en het continue verbeteren van de zorg geen extra gelden beschikbaar zijn.

Verdient een goed functionerend kwaliteitssysteem zichzelf terug? Tot nu toe hebben alleen sommige verbeterprojecten in de ziekenhuissector aantoonbaar kostenbesparingen opgeleverd. Binnen de ouderenzorg en voor een kwaliteitssysteem als geheel zijn kostenbesparingen nog niet aangetoond. Als de kosten van kwaliteitssystemen zichzelf niet terugverdienen zullen de extra kosten op de een of andere manier verrekend moeten worden. Indien de kwaliteit van de zorg verbetert, kan gesteld worden dat een beter product gewoon meer kosten met zich mee brengt en dus duurder wordt. Indien de zorg door kwaliteitssystemen niet verbetert, rijst de vraag of kwaliteitssystemen wel verplicht moeten zijn.

Een andere mogelijkheid is een onderscheid te maken tussen het instellingsperspectief en het maatschappelijk perspectief bij het beoordelen van de kosten en resultaten van kwaliteitssystemen. Als vanuit maatschappelijk perspectief blijkt dat kwaliteitssystemen zichzelf terug verdienen, bijvoorbeeld door de toegenomen transparantie en vertrouwen van de burger in de gezondheidszorg, terwijl dit voor instellingen niet geldt, dan kan het nog zinvol zijn om kwaliteitssystemen te hebben. -

Cordula Wagner is werkzaam als programmaleider kwaliteit en organisatie bij het Nivel, Frits van Merode is Universitair Hoofddocent bij de vakgroep BEOZ van de Universiteit van Maastricht

LITERATUUR

1. Bandel AP e.a. Analysemodel levert belangrijke managementinformatie. *ZorgVisie* 1997;4(50-53). Feigenbaum AV. Total Quality Control. New York: McGraw-Hill, 1983.
2. Wagner C., Sluijs E., Bakker DH. de. Kwaliteitssystemen in instellingen. Utrecht: Nivel, 1995.
3. Klein Ikkink K., Wagner C. Effecten van kwaliteitssystemen in verpleeghuizen. Utrecht: Nivel, 2000.