

Rekenmodel bij een experiment van integrale teams

Op basis van het artikel *Verdiene aan innoveren* dat Paul van der Linden in 2006 schreef i.s.m. Bart Lammers, Bureau Ruyterveer.

De zorgsector worstelt met de verdeling van de productie en dus van geld: handelt men vanuit het samenwerkings- dan wel concurrentieperspectief? De afwijkende financieringssysteem van de welzijnssector is een van de hoofdredenen waarom deze sector voorlopig nog langs de zijlijn staat. Het is denkbaar dat er door de invoering van de Wmo op dit vlak veranderingen gaan plaatsvinden.

Ook woedt de zorg met de discussie over het verhogen van arbeidsproductiviteit. Enerzijds beseft men dat zorgtaken nu eenmaal tijd kosten en amper sneller kunnen worden uitgevoerd, anderzijds verwacht men veel van het toepassen van nieuwe generaties ict, automatisering en mechanisering, van verder specialisering en andere efficiencymaatregelen. In deze notitie draait het om het verhogen van productiviteit en efficiency door de invoering van andere organisatieprocessen en daaraan gekoppelde andere beroepsprofielen.

In een experiment zijn we in een regio nagegaan in hoeverre er financieel voordeel te behalen is bij diensten die aan huis geleverd worden als deze *niet per doelgroep*, maar *ontkokerd* worden georganiseerd en het voordeel dat ontstaat door geen onderscheid meer aan te brengen tussen huishoudelijke verzorging, persoonlijke verzorging, ondersteunende en activerende begeleiding, maar het beroepsprofiel zo te maken dat alle vier functies door iedere beroepskracht uitgevoerd kunnen worden.

Reistijden en leeglooppuren van beroepskrachten behoren tot de zwaar geheimgehouden bedrijfsgegevens van iedere thuiszorgorganisatie. Dus is het ingewikkeld om de besparing erop exact uit te rekenen. Anderzijds voor ons gedachte-experiment hebben we ermee volstaan deze gegevens zo goed mogelijk te berekenen en te toetsen bij ingewijden in de thuiszorg en experts uit het bedrijfsleven. Bovendien is de bereikte efficiëncywinst dermate groot dat zelfs de onzekerheden rond de diverse aannames nog steeds tot aanzienlijke besparing leidt.

In deze verkorte notitie is geprobeerd het inhoudelijke verhaal (integrale wijkdiensten teams) en de bijbehorende getalsmatige onderbouwing te scheiden.

DE CIJFERS

Hieronder beschrijven we eerst een klassieke verdeling tussen zorgaanbieders volgens categorale lijnen (volgens model 1) en vervolgens maken we de vergelijking met een nieuw model waarbij de verdeling van opbrengsten en kosten plaatsvindt op basis van een onderlinge verdeling van de functies (volgens model 2). Beide modellen zijn op de werkelijkheid gebaseerd, maar de cijfers zijn door ons zodanig bewerkt dat de conclusies niet meer specifiek voor de instellingen in de casus zijn.

Tabel 1: kerncijfers van de casus

Inwoners	6000	Te bereiken in 2010
Cliënten	380	
Verwachte omzet	€ 1.548.482	Omzet is aantal indicaties maal AWBZ-tarief per functie.
Inzet direct personeel van drie aanbieders	€ 843.749	Middenvariant CAO-inschaling

Toelichting

Het verschil tussen verwachte omzet (beschikbaar budget) en de kosten van het directe personeel wordt veroorzaakt door de overige kosten als overhead, gebouw en indirect personeel als planners, personeelszaken en administratie. In bovenstaande tabel zijn alleen de kosten voor direct, feitelijk operationeel uitvoerend personeel opgenomen. Ook in navolgende uitwerkingen blijven de overige kosten buiten beschouwing, zodat de tabellen vergelijkbaar blijven.

Tabel 2: Klassiek model volgens categorale indeling

		Inst. A	Inst. B	Inst. C	Totaal
Budget		304.122	12.667	1.231.703	€ 1.548.492
Kosten	Overhead	20%	20%	20%	€ 329.338
	Personeel direct	onbekend	onbekend	onbekend	€ 843.750
	Huur en beheerskosten	3,3 %	3,3 %	3,3 %	€ 53.200
Bruto Resultaat					€ 420.402
Afdracht staf / management					€ 300.000
Netto resultaat					€ 120.402

Toelichting

In bovenstaande, sterk vereenvoudigde tabel zien we de totalen van de budgetten van de drie zorgaanbieders, elk met hun eigen personeel en cliënten. De resultaatverdeling is uitsluitend bepaald door de eigen organisatiewijze, eigen interne kostentoedeling en de eigen doelmatigheid van werken. Deze zijn regulier terug te vinden in de jaarverslagen van de drie zorgaanbieders. De toedeling van direct personeel is niet bekend. Dit maakt voor het netto resultaat niet uit.



Delen van functies

Voor een verdeling van het geld is het in dit model nodig om in kaart te brengen hoe vaak welke indicaties per cliënt voorkomen. Dat gebeurt op basis van een extrapolatie van een bestaand samenwerkingsproject tussen de instellingen A,B en C. Het project beschikt over een profiel van de bewoners. Deze geeft een verwachting van de vraag in de hele wijk. Aan de hand van deze verwachting spreken de drie zorgaanbieders af wie welke uren gaat leveren en hoe de ingebrachte uren van het personeel vergoed worden aan de drie moederinstellingen.

Tabel 3: Verdeling op basis van functies per organisatie

Functie ^{1[2]}	door	Verwachte omzet	Totalen per organisatie
HV	C	€ 87.526	
PV	C	€ 487.968	
VP	C	€ 185.328	
Subtotaal			€ 770.088
OB Alg	B	€ 206.856	
OB Dag	B	€ 137.872	
AB	B	€ 0	
Subtotaal			€ 344.728
Functie	door	Verwachte omzet	Totalen per organisatie
OB Alg	A	€ 257.420	
OB Dag	A	€ 174,220	€ 431.641
Totaal			€ 1.548.492

We zien dat het totaal van ruim 1,5 miljoen euro gelijk is gebleven. De verdeling per organisatie is duidelijk anders komen te liggen (zie tabel 2). De volgende tabel geeft aan wat het totale netto resultaat is bij deze verdeling van functies. In het klassieke model was dat € 120.402,- .

^{1[2]} HV=Huishoudelijke verzorging; PV=persoonlijke verzorging; VP=verpleegkundige zorg
OB=ondersteunende begeleiding; AB=activerende begeleiding. De begeleiding is onder te delen in algemeen en dagopvang, in Alg en Dag.

Tabel 4: Resultaten bij verdeling van functies

1.548.492	Totale omzet
123.879	Af: 8% overhead integrale team (indirect)
185.819	Af: 12 % (= 3 x 4%) overhead deelnemers (indirect)
1.238.793	Subtotaal
53.200	Af: huur en beheerkosten
1.185.593	Subtotaal
810.496	Af: personeelskosten (direct)
375.097	Netto totaal resultaat
	verdeling resultaat op basis van % inzet
187.034	Resultaat X (49, 86 % productie)
104.558	Resultaat Y (27,87 % productie)
83.505	Resultaat Z (22,26 % productie)

We zien dat het totale netto resultaat gestegen is van ruim 120.000 euro in de klassieke situatie naar 375.000 euro als men alleen al de functies onderling verdeelt.

Toelichting

Door de keuze voor de verdeling naar functies is een functionele optimalisatie mogelijk vanuit het perspectief van de professional die meer, gelijksoortig geïndiceerde, cliënten ziet. Voor de cliënt kleeft echter een nadeel aan dit model: Als hij geïndiceerd is voor meer functies, krijgt hij toch nog steeds meer zorgverleners aan de deur. In het derde model wordt dat bezwaar weggenomen en ontstaan betere diensten voor de cliënt en grotere doelmatigheid.

Integrale model

Doelmatigheidswinsten worden zowel geboekt op de *planbare* als de *onplanbare* zorg. De onplanbare zorg werkt vaak al gebiedsgericht, maar op een grotere schaal dan de buurt of het dorp. De onplanbare zorg fungeert nogal eens als voorloper van het integrale team. Integrale teams kunnen voor een kleiner gebied werken, omdat er simpelweg meer vraag is naar huishoudelijke en persoonlijke verzorging en ondersteunende en activerende begeleiding. De verpleegkundige functie wordt meestal voor een groter gebied uitgevoerd omdat daar minder vraag naar is. We beperken ons hier dus tot de planbare zorg voor de vier genoemde functies. Doordat er per cliënt maar één zorgverlener actief is, ongeacht zijn indicatie, hoeft er netto minder gereisd te worden en hoeven minder cliëntendossiers overgedragen te worden. Ten slotte is er een grote vereenvoudiging van administratieve lastendruk mogelijk, doordat het in veel mindere mate van belang is voor welke functies een cliënt geïndiceerd is. Hieronder een schematische weergave.

In de casus is een gebiedsgerichte spreadsheet gemaakt die beschrijft wat de drie zorgaanbieders aan beschikbaar budget inbrengen in het project. Ook brengen de drie partners de uren in van hun werknemers die de zorg gaan verlenen in de nieuwbouwwijk. Aan het inbrengen van deze uren zijn natuurlijk kosten verbonden. Deze worden berekend op basis van

CAO-inschaling van het personeel. De kosten van uren worden onderling verdeeld tussen de drie aanbieders op basis van de geleverde uren. Dit is het aantal gewerkte uren tegen gehanteerde kostprijs op basis van CAO-inschaling. De overige kosten zoals beheer en huur van de ruimte worden naar rato van gewerkt volume verdeeld over de drie zorgaanbieders. Er is in de nieuwe versie van de spreadsheet een verdelingsmechanisme bedacht voor het financiële resultaat van het project op basis van toegerekende kosten en opbrengsten.

Dat betekent dat het resultaat van het project (de winst dus) wordt bepaald door hoe de kosten verdeeld worden tussen de drie zorgaanbieders. Er is gekozen voor een verdeelsleutel waarbij de zorgaanbieder die de meeste uren levert ook het meeste huur en overhead betaalt. Daarmee neemt de grootste speler in het project dus de meeste kosten op zich, het grootste risico en uiteindelijk ook de meeste winst. In de verdeling van het werk neemt iedere zorgaanbieder cliënten van de andere twee over. Dat komt doordat elke zorgaanbieder een cliënt met een AWBZ- indicatie diensten zal aanbieden, ongeacht of deze oorspronkelijk een eigen of een 'vreemde' cliënt was.

Tabel 5: Integraal model met daarin opgenomen doelmatigheidswinsten, deel 1

Verwachte Omzet					
Dienst	Tarief	Volume per week	Volume per jaar	Verwachte omzet	Aanname doelmatigheidswinst 15%
HV2	€ 26,30	64	3328	€ 87.526	
PV	€ 39,10	240	12480	€ 487.968	
VP	€ 59,40	63	3276	€ 194.594	
OB Alg	€ 44,20	352	18304	€ 809.036	
OB dag 1	€ 49,10	0	0	€ 0	
OB dag 2	€ 34,90	0	0	€ 0	
AB	€ 45,40	0	0	€ 0	
Totaal				€ 1.579.125	

De totale verwachte omzet wijkt enigszins af van de verwachte omzet in het eerste model. Hier is het bedrag circa € 30.000,- hoger per jaar. Dit wordt veroorzaakt door afrondingsverschillen, die samenhangen met het aantal diensten OB dag 1 en 2 die in dit model gezien worden als OB Algemeen. Gemiddeld ontstaat daardoor een iets hoger tarief en dus hogere verwachte omzet.

De doelmatigheidswinsten worden gesteld op vijftien procent van het volume per jaar. De onderbouwing hiervan staat in de paragraaf met conclusies.

Tabel 6: Integraal model met daarin opgenomen doelmatigheidswinsten, deel 2 (verschillende inschaling)

Personeelsinzet	Netto uren	Bruto uren	Inschalings-niveau CAO	Verwachte kosten
HV2	3328	4786	20	€ 63.388
PV	12480	17948	30	€ 269.360
VP	3276	4711	45	€ 87.447
OB Alg	18304	26323	35	€ 418.043
OB Dag 1 en 2 en AB	0	0	35	€ 0
Subtotaal				€ 838.240
Bij: 2,5% ORT op de functie PV				€ 6.734,01
Totaal Personeelskosten				€ 844.974

Bij de verwachte kosten van personeelsinzet is alleen rekening gehouden met de direct uitvoerenden. Administratie, PZ-afdelingen en de centrale directie van de drie moederinstellingen zijn buiten beschouwing gelaten.

Tabel 7: Integraal model met daarin opgenomen doelmatigheidswinsten, deel 3 (uniforme inschaling)

Personeelsinzet Integraal aanbod	Volume Netto	Volume Bruto	CAO	Verwachte kosten
Verpleegkundige	3276	4711	45	€ 87.447
Integraal medewerker	28995	41699	35	€ 662.218
Subtotaal				€ 749.666
Bij: 2,5% ORT op de functie PV				€ 6.734,01
Totaal				€ 756.400
Personeelskosten				
Voordeel aanbod				€ 88.574

Deze € 88.574 voordeel komt dus bovenop het netto resultaat zoals dat in de vorige twee modellen berekend is.

Toelichting

In dit derde model zien we dat de drie budgetten volledig bij elkaar gebracht zijn. Het werk wordt verdeeld op basis van de inhoudelijke werksoort en niet op basis van de herkomst van het geld: de moederinstelling. In het bovenste deel van de tabel gebeuren twee dingen. Ten

eerste wordt de te verwachte omzet berekend op basis van een extrapolatie van de zorgvraag in het voorbeeld project . (zie tabel 1).

Uit de zorgvraag in die flat is afgeleid hoe groot de vraag naar zorg gaat worden. Vervolgens is berekend wat de totale personeelsinzet gaat kosten: kostprijs AWBZ-functie maal aantal indicaties per functie. Dat levert het totale te verwachten volume en het werkpakket op. De aanpak van een integraal team bepaalt de manier waarop dit werkpakket uitgevoerd gaat worden. In de tabel wordt al rekening gehouden met de voordelen van de behaalde doelmatigheid.

We gaan er vanuit dat de winst door grotere doelmatigheid alleen berekend wordt over de planbare zorg, die in de voorbeeldwijk zestig procent van de totale zorg uitmaakt. De veertig procent onplanbare, acute zorg of piekzorg laten we buiten beschouwing, hoewel daar ook grotere doelmatigheid te bereiken is door een integrale aanpak. We schatten de winst door grotere doelmatigheid in op vijftien procent over de planbare zorg. Dit is een voorzichtige schatting, want in bedrijfsleven gaat men uit van dertig procent winst door deze manier van kostenbeheersing.

Uitgangspunt voor alle drie de modellen is de effectieve inzet van de daadwerkelijke zorg. In de modellen is dus geen rekening gehouden met de grotere doelmatigheid op het gebied van de kosten van kantoren, centrale staf op het hoofdkantoor en kantoorbenodigdheden. In het integrale model is gekozen voor een gemiddelde leeftijd en inschaling van het personeel.

Conclusies

We hebben berekend of met de bestaande kostenstructuur (personeel, CAO inschaling, huisvesting, overhead) nog het totale volume verwerkt kan worden. De tabel laat zien dat een integraal team voor de drie moederinstellingen geld oplevert, terwijl er al rekening is gehouden met een doelmatigheidswinst voor de verzekeraar. Een duidelijk voorbeeld van voordeel voor cliënt, zorgaanbieder en verzekeraar. In deze specifieke casus is er jaarlijks circa € 88.000,- te verdelen over de drie moederinstellingen. Deze resultaten bieden ruimte voor het financieren van aanloopkosten, voor permanent leren van de uitvoerenden en voor hogere kwaliteit in de zorgverlening aan de cliënten.

Daarnaast zien we in de tabel dat in het integraal team hoger opgeleid en beter betaald personeel ingezet kan worden.

Resumerend kan het nettoresultaat als volgt worden gegeven:

- | | |
|----------------------|-------------|
| - klassieke situatie | € 120.000,- |
| - delen van functies | € 375.000,- |
| - integraal team | € 463.500,- |



Conclusies en aanbevelingen

Als conclusie van deze notitie kunnen we stellen dat een integraal team de mogelijkheid geeft om:

- De kwaliteit van de zorgverlening te verbeteren en tegelijk de kosten te reduceren;
- Het werk voor de uitvoerend professional interessanter en beter betaald te maken;
- De concurrentie niet sectoraal maar gebiedsgericht te organiseren.

De startvraag of een integraal team in vergelijking met een 'traditionele' wijze van organiseren kosten kan besparen, is dus positief te beantwoorden. Belangrijk hierbij is dat de deelnemende partijen niet voortijdig geld uit het project halen en in overleg met financiers het aanvangsbudget fixeren voor een aantal jaren. Mocht dat niet lukken dan is op zijn minst belangrijk vooraf overeenstemming te bereiken over de verdeling van het resultaat over de deelnemende partijen, de berekening ervan, de wijze van administratie, de doelstelling van het project in zowel zorginhoudelijke als doelmatigheidstermen. Op deze wijze heeft het project rust en kan gezocht worden naar integraliteit en innovatie.

Doelmatigheidswinsten

Doelmatigheidswinsten zijn op korte en op de langere termijn te behalen.

Op de *korte termijn* zijn dit:

- ***Reistijdreductie***

een aanzienlijke reductie van reistijd van medewerkers, door het logistiek beter inplannen van cliëntbezoek aan huis.

- ***Afname niet-productieve uren***

Door het gezamenlijk werken en het overnemen van cliënten (men scheert de pieken af om de dalen te vullen, *peak shaving*) is een aanzienlijke reductie te bereiken van uren dat men wel aanwezig, maar niet productief is. Er zijn minder leegloop-uren aan de intakebalie en in de wijkpost. In het gepresenteerde klassieke model wordt gerekend met twee maal achttien procent uren waarin men wel aanwezig, maar niet productief is. In een integraal model nemen wij aan dat dit gehalveerd kan worden als de drie partijen hun cliënten samenvoegen. Het gaat hier dus niet om een besparing op indirecte arbeid, maar om een besparing op niet-productieve arbeid, of die nu direct of indirect is.

Op de *langere termijn* zijn realiseerbaar:

- ***Overheadreductie***

Er zijn minder registraties nodig. Dit levert tijdswinst op voor de uitvoerende zorgverlener, voor de zorgaanbieder en voor de zorgverzekeraar: minder administratieve afhandeling achteraf. Omdat verdeling van kosten en opbrengsten plaatsvindt op basis van clusters van geïndiceerde functies, hoeven er dus minder functies en verrichtingen geregistreerd te worden.



Partijen rekenen met elkaar af op basis van een gewogen gemiddelde van kostprijs per cluster van functies. Over de wijze van afrekenen is vooraf overeenstemming met de zorgverzekeraar nodig, die hiermee ook werk kan besparen. Er is minder registratie van functies nodig, omdat er eenvoudiger indicaties gesteld kunnen worden. Het maakt immers niet meer uit of de cliënt geïndiceerd is voor persoonlijke of huishoudelijke verzorging of ondersteunende of activerende begeleiding, omdat deze functies per cluster aan een zorgaanbieder zijn toegewezen.

- ***Afname coördinatiekosten per cliënt***

Er zijn minder coördinatiekosten per cliënt nodig omdat er per cliëntdossier minder overdrachten nodig zijn. Dit komt doordat een integraal team een cliënt niet hoeft over te dragen aan een andere organisatie. Feitelijk is de gebiedsgebonden optimalisatie er de oorzaak van dat een cliënt minder verschillende zorgverleners aan de deur krijgt.

- ***Zorginhoudelijke kwaliteitsverbetering***

Het integrale team in Skoatterwald behandelt cliënten binnen een bepaald aantal functies als gelijksoortige cliënten. Cliënten met functie 1 tot en met 4 worden door dezelfde zorgverlener bezocht, afkomstig uit hetzelfde team. Afrekening van het werkvolume vindt plaats op basis van een gewogen gemiddelde van kostprijzen van functies 1, 2, 3 en 4. Daardoor komt alleen de hoogst ingeschaalde medewerker voor het uitvoeren van die behandelingen in aanmerking. De facto is er voor de cliënt dus een kwaliteitsstijging voelbaar omdat het personeel gemiddeld hoger opgeleid is. De hogere personeelskosten worden gefinancierd uit de doelmatigheidswinsten.

- ***Immateriële winst***

Voor een organisatie die met deze vernieuwing werkt, levert een integraal team psychisch inkomen op in termen van toegenomen reputatie van de organisatie. Daarnaast levert een integraal team een bijdrage aan het niveau van diensten en aan de reputatie van een wijk.

Van zorg naar welzijn

In ons voorbeeld is er uitsluitend uitgegaan van samenwerking tussen de zorginstellingen en is de relatie met welzijn, wonen, woonomgeving en commerciële diensten nog niet gelegd. Als deze actoren ook bij de dienstverlening worden betrokken, is de verwachting dat:

- Een verschuiving kan plaatsvinden naar meer welzijnsdiensten;
- Door preventie de vraag naar zorg zal verminderen;
- De leefbaarheid in de wijk versterkt wordt.

Nadelen

Natuurlijk zijn er ook nadelen. Een van de grootste vragen is of het personeel de verandering naar integraal werken aankan. Deze verandering vergt tijd en scholing en brengt dus extra kosten met zich mee. Daarnaast zijn de startinvesteringen in dit verhaal niet meegenomen.