

# Berenschot

Benchmark Care 2020

Van vergelijken naar verbeteren



---

Abrona

7 september 2020

# Inhoudsopgave

<b>1. Inleiding en achtergrond</b>	<b>3</b>
1.1 Over deze rapportage	3
1.2 Ontwikkelingen in de zorg	3
1.3 Leeswijzer	7
<b>2. Overhead: definitie en ontwikkelingen</b>	<b>8</b>
2.1 Wat is overhead?	8
2.2 Verhouding overhead tot primair proces	9
2.3 Overhead in de deelsectoren	10
<b>3. De resultaten van uw organisatie</b>	<b>11</b>
3.1 Overhead als percentage van de totale formatie	11
3.2 Overhead als percentage van de totale kosten	12
3.3 Beschouwing uitkomsten	13
<b>4. Ontwikkel uw visie op bedrijfsvoering</b>	<b>14</b>
4.1 Uw visie op bedrijfsvoering	14
4.2 Normen passend bij uw visie op bedrijfsvoering	15
4.3 Berenschot Ontwikkelmodel als basis voor uw eigen visie	16
<b>5. Van vergelijken naar verbeteren</b>	<b>18</b>
5.1 Vergroten toegevoegde waarde	18
5.2 Lean Six Sigma voor procesverbetering en maximale klantwaarde	18
5.3 Span of attention passend bij de organisatiefilosofie	20
5.4 Aansturing en inrichting van de overhead	20
5.5 Integrale kostprijs als sturingsinstrument	21
<b>Bijlage 1. Vraagstelling en onderzoeksaanpak</b>	<b>24</b>

# 1. Inleiding en achtergrond

## 1.1 Over deze rapportage

Hoe verhouden de formatie en kosten van de overhead en het primaire proces van uw organisatie zich tot die van andere vergelijkbare zorgorganisaties? Welke opvallende uitkomsten zien wij betreffende de bedrijfsvoering (en meer specifiek de overhead) binnen uw organisatie? Wat zijn mogelijke verklaringen? En tot welke aanbevelingen leidt dit voor het integraal verbeteren van de bedrijfsvoering en/of het verdiepen van de benchmarkuitkomsten?

Dit zijn de vragen waar deze rapportage onder andere een antwoord op gaat geven. Daarmee levert deze rapportage een onafhankelijke bijdrage aan de discussie over de bedrijfsvoering (met overhead als centraal thema) binnen uw organisatie. Wij doen dit op basis van een benchmarkonderzoek naar de omvang van en samenstelling van overhead en primair proces binnen zorgorganisaties, aanvullende inzichten die we ophalen tijdens de gesprekken met alle deelnemers en onze eigen ervaring als adviseurs in de zorgsector. De Benchmark Care heeft betrekking op zorgorganisaties die Verpleging, Verzorging en Thuiszorg (VVT), Gehandicaptenzorg (GHZ) en/of Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) of een combinatie daarvan aanbieden.

## 1.2 Ontwikkelingen in de zorg

De afgelopen jaren is de zorg flink in transitie geweest. De decentralisaties en hervorming van de langdurige zorg liggen inmiddels enige tijd achter ons. Van een status quo is echter geen sprake. De zorg blijft volop in beweging. Daarbij is de aandacht steeds meer gericht op het uiteindelijke doel van de hervorming: kwalitatief betere, betaalbare en meer persoonsgerichte zorg. Dit vraagt onder meer om het organiseren van de juiste zorg op de juiste plek, aandacht voor het werven en behouden van voldoende, deskundig en tevreden (zorg)personeel, minder (ervaren) administratieve belasting, een effectieve en efficiënte bedrijfsvoering en slimme inzet van technologie. In dit hoofdstuk schetsen we de belangrijkste ontwikkelingen die we zien in de VVT, GHZ en GGZ.

### Aandacht voor kwaliteit van zorg verschuift naar kwaliteit van leven

De afgelopen jaren zijn voor zowel de GHZ- als VVT-sector landelijk geldende Kwaliteitskaders vastgesteld (2017: Verpleeghuiszorg en Gehandicaptenzorg, 2018: Wijkverpleging). Akwa GGZ werkt aan GGZ-zorgstandaarden. Akwa GGZ is een alliantie waarin patiënten, hun naasten, professionals en aanbieders samen werken aan een betere kwaliteit van zorg in de ggz. Veel van de acties en afspraken uit de verschillende kwaliteitskaders worden inmiddels volop geïmplementeerd en gerealiseerd door zorgorganisaties. Daarbij geldt als rode draad: de cliënt centraal.

Voorbeelden van activiteiten zijn het inrichten van leernetwerken tussen zorgorganisaties, het aanbieden van opleidingsprogramma's voor zorgprofessionals en het inrichten van kwaliteitsmanagementsystemen. De basis van de plan-do-check-act-cyclus is hierin van belang. Door periodiek na te gaan hoe het staat met de kwaliteit van zorg en door hierop als zorgprofessionals onderling te reflecteren kan de kwaliteit continu worden verbeterd. Vaker dan voorheen betrekken zorgaanbieders de omgeving van de cliënt, verwanten of vertegenwoordigers in deze gesprekken.

Daarbij verschuift de focus zeker in de langdurige zorg van 'kwaliteit van zorg' naar 'kwaliteit van leven'. Juist omdat voor cliënten vaak de niet-zorghandelingen het belangrijkste onderdeel van het leven zijn, zeker wanneer cliënten intramuraal verblijven. Zo is er steeds meer aandacht voor goede voeding, sociaal contact, een prettige leefomgeving en een zogeheten 'healing environment'. Verder sluiten zorgaanbieders meer dan voorheen aan bij het leven van de cliënt vóór deze werd opgenomen.

Ondanks alle aandacht voor kwaliteit ervaren zorgverleners in de dagelijkse werkpraktijk ook knelpunten, mede door de krapte op de arbeidsmarkt en door alle administratieve verplichtingen die gepaard gaan met de verantwoording van de kwaliteit. Waar in de relatie cliënt-zorgverlener steeds meer maatwerk wordt geleverd, lijken de verantwoordingsmechanismen ten aanzien van kwaliteit vaak nog traditionele 'one-size-fits-all' vinklijstjes.

De nieuwe Wet verplichte GGZ en Wet zorg en dwang die vanaf 2020 gelden lijken vooralsnog gepaard te gaan met extra administratieve belasting, ondanks de goede intenties.

### **Regio wordt steeds meer van belang**

Waar we de afgelopen decennia binnen de zorg in een paradigma van marktwerking en concurrentie zaten, zien we de politieke en publieke opinie kantelen richting samenwerking en dan vooral samenwerking in de regio. Onder de noemer 'Juiste zorg op de juiste plek' worden sinds 2018 regionaal samenwerkingsverbanden opgezet en bestaande samenwerkingen verstevigd, veelal rondom specifieke cliëntgroepen. Anno 2020 heeft vrijwel elke regio een 'regiobeeld' ontwikkeld van de betrokken spelers, de uitdagingen in het organiseren van de juiste zorg op de juiste plek en verbeterrichtingen daarin. Daarbij zitten zorgaanbieders, zorgverzekeraars en gemeenten veelal samen aan tafel.

Deze samenwerking is initieel ingegeven tussen verschillende sectoren binnen de zorg, bijvoorbeeld rondom kwetsbare ouderen. Door goede samenwerking tussen ziekenhuizen en VVT-instellingen zien we dat deze doelgroep steeds sneller 'het ziekenhuis kan verlaten en op die manier niet onnodig dure ziekenhuisbedden bezet houdt. Ook zien we steeds meer samenwerking 'in de wijk', waarbij wijkverpleegkundigen specialistischere zorg gaan bieden in nauwe afstemming met medisch specialisten uit het ziekenhuis. Daarmee kunnen cliënten in de eigen omgeving behandeld worden en worden wederom de dure ziekenhuisbedden minder bezet.

Ook de GGZ zit vaak aan tafel in deze regionale samenwerkingen, waarbij onder andere de acute psychiatrie voor verwarde personen landelijk een belangrijk thema is. Deze doelgroep komt nu nog te vaak terecht in de veiligheidsketen of op de spoedeisende hulp, waar niet altijd de benodigde hulp geboden kan worden. GGZ-aanbieders werken daarin regionaal steeds meer samen met andere partijen om deze patiënten direct goed op te vangen. Daarbij is niet alleen samenwerking met de 'zorgkolom' van belang, maar óók met de veiligheidsketen.

De gehandicaptenzorg lijkt vooralsnog minder intensief betrokken in deze regionale samenwerkingen. Enerzijds is dit begrijpelijk door de aard van de zorgvraag/de doelgroep. Wij denken echter dat met name de LVB-doelgroep (licht verstandelijke beperking) gebaat zou zijn bij méér samenwerking met regionale partners. Deze doelgroep die vaak 'in de wijk' woont, komt lastig mee in de samenleving. De gehandicaptenzorg zou bij uitstek de partij kunnen zijn om regionaal samenwerking op te zoeken en goed te organiseren. Daarbij zal de samenwerking niet alleen in de zorgketen maar juist ook in het brede sociale domein gezocht moeten worden (op alle levensdomeinen).

De beweging naar regionale samenwerking ontstaat ook *binnen* sectoren, onder meer ingegeven door arbeidsmarktuitdagingen waarbij zorgaanbieders in samenwerking een volledige of interessantere arbeidsplek kunnen bieden voor zorgprofessionals. Maar ook de avond/nacht/weekendzorg en de toegang tot zorg wordt steeds vaker in samenwerking met collega-instellingen in de regio georganiseerd.

Uitdagingen rondom deze regionalisering zijn er echter ook. Immers wat is 'de regio' en welke partners horen daarin aan tafel te zitten? Hoe zorg je dat alle sectoren en aanbieders vertegenwoordigd zijn, zonder te verzanden in een bureaucratisch geheel? Specifiek is het ook van belang om met elkaar de juiste en zelfde taal te spreken. Zo heeft bijvoorbeeld 'spoedzorg' voor het ziekenhuis een andere betekening dan voor een VVT- of GHZ-instelling.

### **Meer inspanningen voor voldoende deskundig en vitaal (zorg)personeel**

Volgens de monitor van het actieprogramma 'Werken in de Zorg' van het Ministerie van VWS om personeel in de zorg te werven en te behouden, dreigt in 2022 een tekort van 80.000 medewerkers in de zorg. Het tekort betreft vooral gediplomeerde verzorgenden individuele gezondheidszorg (IG), verpleegkundigen, woonbegeleiders en operatieassistenten. Ook ontstaat er meer vraag naar personeel in ondersteunende functies. En ook op wetenschappelijk niveau is er sprake van schaarste. Het gaat dan bijvoorbeeld om verslavingsartsen, psychiaters, specialisten ouderengeneeskunde, SEH-artsen en GZ-psychologen.

Het afgelopen half jaar heeft de coronacrisis het belang van voldoende, goed opgeleid zorgpersoneel zichtbaar gemaakt. Via initiatieven als Extra Handen voor de Zorg en de Nationale Zorgklas werden snel duizenden extra medewerkers van buiten de zorg inzetbaar gemaakt voor enkele honderden zorgorganisaties. Om de zorgorganisaties en huidige zorgmedewerkers verder te helpen namen toezichthouders (zoals de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) en het Zorginstituut Nederland) verschillende maatregelen om administratieve handelingen te versoepelen. Zo zijn de regels voor indicatiestelling versoepeld, werd het leveren van zorg op afstand vereenvoudigd en was er uitstel voor herregistratie in het BIG-register. De IGJ stopte tijdelijk met de reguliere inspecties bij zorgorganisaties. Het is nu zaak om als sector te zorgen dat deze tijdelijke nieuwe medewerkers behouden blijven voor de zorg én de instroom structureel te blijven vergroten.

Tegelijkertijd is de uitdaging om de huidige zorgmedewerkers te behouden groter geworden. Overal zagen we hoe gedreven zorgprofessionals zichzelf in de coronacrisis overtroffen. Dit heeft wel veel van hen gevraagd. De werkdruk en lichamelijke belasting lagen hoger door het maken van extra lange diensten en het ziektebeeld en de aantallen patiënten maakten de situatie emotioneel zwaarder dan normaal. Uit een [onderzoek](#) van de vakbond FNV bleek dat het overgrote deel van het zorgpersoneel vindt dat zij tijdens de coronacrisis te zwaar belast zijn. De helft voelt zich daardoor emotioneel en fysiek uitgeput. Een deel overweegt minder te gaan werken of te stoppen.

Een verontrustende uitkomst. Want we hebben alle zorgprofessionals niet alleen nu, maar ook de komende jaren hard nodig. Het is daarom essentieel dat er meer aandacht komt voor de vitaliteit van zorgmedewerkers. De kwaliteit van zorg is gebaat bij een vitaal personeelsbestand. Dit is een uiteraard een verantwoordelijkheid van henzelf, maar vraagt ook om investering van de overheid en werkgevers. Verstandig is om hierbij de nadruk te leggen op preventie en gezondheidsbevordering in plaats van op verzuimreductie. Voorkomen is beter dan genezen.

Kortom het is op HR-gebied voor de sector alle zeilen bijzetten. In hoofdstuk 5 geven wij adviezen wat zorgorganisaties zelf kunnen doen om de instroom te vergroten, medewerkers beter te ondersteunen bij levenslang leren en hun voor de organisatie te behouden.

### **Administratieve belasting gaat gepaard met hogere werkdruk en minder werkplezier**

Niet alleen de krapte op de arbeidsmarkt leidt voor veel medewerkers tot hogere werkdruk, ook de ervaren administratieve belasting draagt hieraan bij. In ons onderzoek naar de administratieve belasting onder zorgprofessionals in de langdurige zorg (2019) geven respondenten aan gemiddeld 35% van hun werkbare tijd te besteden aan administratieve taken. Dit komt neer op zo'n 117.000 fte, oftewel meer dan € 5,4 miljard aan salarislasteren. In 2016 en 2017 betrof de ervaren tijdsbesteding aan administratieve belasting nog 25%. In 2018 was dit aandeel 31%.

Verder geven zorgprofessionals aan dat zij het acceptabel vinden om 23% van hun tijd te besteden aan administratieve taken. Ook dit is een stijging in vergelijking met voorgaande jaren. In 2016 en 2017 bedroeg dit percentage respectievelijk 15% en 14%. In 2018 steeg dit aandeel naar 17%. Het verschil tussen de ervaren en de acceptabele administratieve belasting uitgedrukt in fte's bedraagt 41.000 fte wat neerkomt op € 1,9 miljard aan salariskosten. Administratieve belasting is en blijft daarmee een groot knelpunt. Niet alleen in kosten, maar vooral ook in werkplezier en de hoeveelheid beschikbare cliëntgebonden tijd.

Verder gaven in 2019 zes op de tien respondenten aan dat de administratieve belasting was gestegen. Dit is opvallend, aangezien er de afgelopen jaren veel aandacht is geweest om deze belasting juist te verlagen. Het [plan '\(Ont\)Regel de zorg'](#) wordt steeds breder bekend en gedragen. Alleen lijken de resultaten daarvan tot op heden nog niet of beperkt merkbaar voor de medewerkers.

Een andere mogelijke verklaring voor deze ervaren stijging is dat de (media-)aandacht voor administratieve belasting de het bewustzijn ervoor bij zorgprofessionals heeft vergroot, waardoor zij administratieve taken makkelijker herkennen en negatiever percipiëren. In dat geval kan ook slimme communicatie helpen om de gepercepeerde administratieve belasting te reduceren.

Voor zorgorganisaties zou het verminderen van de administratieve belasting (meer) prioriteit moeten hebben. Het mes om de administratieve belasting aan te pakken, snijdt in die zin aan twee kanten. Enerzijds verhoogt dit het werkplezier en behoudt het mensen voor de zorg. Tevens levert het heel veel tijd op die direct aan cliënten besteed kan worden. Desondanks geeft in 2019 slechts 22% van de respondenten aan dat hun werkgever het afgelopen jaar actief bezig is geweest met het verlagen van de administratieve werklast voor zorgmedewerkers.

In hoofdstuk vijf geven wij adviezen om als zorgorganisatie de administratieve belasting te verlagen.

### **ICT en digitalisering vraagt investeringen én biedt kansen**

Het strategisch belang van ICT in de zorg blijft groeien. Zorgorganisaties investeren hierin. Inzet daarbij is om de organisatie naar een volgend ICT-volwassenheidsniveau te loodsen. Dat betekent schaken op drie verschillende fronten: organisatorisch, informatie-technisch en technologisch. We zien hierin de volgende belangrijke ontwikkelingen:

- Technologie wordt steeds meer geboden als Cloud services, zoals Software as a Service (SaaS) en Infrastructure as a Service (IaaS). Cloud services bieden bovenal flexibiliteit en wendbaarheid om op te schalen of af te schalen, waaraan veel behoefte is. Dat leidt ook tot nieuwe betaalmodellen. SaaS-oplossingen worden bijvoorbeeld gebruikt op basis van een abonnement, terwijl organisaties traditioneel te maken hebben met (langdurige) softwarelicenties. Ook doen betaalmodellen als pay-per-use en leasevormen steeds meer hun intrede. Zichtbaar is ook dat de veranderde IT de boekhouding wijzigt. Cloud services leiden namelijk tot verschuivingen van investeringen (Capex) naar bedrijfskosten (Opex). Cloud services voorkomen hoge en risicovolle investeringskosten en komen bovenal tot uitdrukking in de bedrijfskosten.
- De coronacrisis versnelt de ICT-verandering op verschillende fronten. Bijvoorbeeld als het gaat om het faciliteren van thuiswerken en digitaal overleg. Ook blijkt een hernieuwde waardering voor de ICT. Veilige en beschikbare ICT-voorzieningen zijn noodzakelijk voor het functioneren van de organisatie. In deze tijden wordt de afhankelijkheid van ICT namelijk prominent zichtbaar. Dat vereist meer dan ooit goed continuïteitsbeheer. ICT-veiligheidsproblemen en datalekken kunnen namelijk vervelende gevolgen hebben. De Autoriteit Persoonsgegevens meldde eerder dat van alle meldingen uit 2019 over datalekken 28% kwam uit de zorgsector, waarmee de zorgsector staat in de drie sectoren met de meeste datalekken. Dit kan ook deels verklaard worden doordat de zorgsector ontzettend groot is. Volgens het CBS werkt één op de zes werkenden in de zorg.
- Na de automatisering komt de komende jaren het accent te liggen op de informatisering. Digitalisering krijgt een impuls en er komt meer vaart in de toepassing van datagedreven sturing van de organisatie. Te denken valt aan data-toepassingen om wachttijden te verkorten, beddenscapaciteit te optimaliseren, de roosterplanning efficiënter vorm te geven en de effectiviteit van behandelingen te vergroten. Door digitalisering is de zorgvraag ook beter af te stemmen op de plekken en specifieke tijdstippen dat het nodig is. Om dat in goede banen te leiden is meer dan ooit een krachtige verbinding nodig tussen de zorgprocessen en ICT-processen.
- De technologie die monitoring en zorg op afstand mogelijk maakt neemt toe. Technologie kan zo de kwaliteit van zorg doen stijgen en tevens de kosten beteugelen. Er wordt ingezet op artificial intelligence, robotica en domotica. De komende jaren zullen zich richten op permanente innovatie en tevens implementatie van toepassingen van bewezen technologieën.

ICT en technologie bieden veel potentieel, maar daarbij dient zorgvuldig te worden gekeken naar de randvoorwaarden voor een succesvolle implementatie. De SER noemt daarbij draagvlak onder cliënten, verwanten en zorgprofessionals, borging van kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg, en organisatie en financiering. Zorginstellingen kunnen dit echter niet alleen. Landelijk beleid is en blijft randvoorwaardelijk, bijvoorbeeld op het gebied van ketenzorg en gegevensuitwisseling. Informatiestandaarden en afspraken zijn daarbij onontbeerlijk.

Kortom Informatisering en automatisering (I&A) vervult een steeds strategischer rol in de zorg en raakt meer verweven met het primaire proces van instellingen. Daarnaast staan privacy en informatieveiligheid steeds hoger op de agenda en volgen technologische ontwikkelingen elkaar razendsnel op.

### 1.3 Leeswijzer

Het is belangrijk dat u de benchmarkuitkomsten kunt begrijpen en duiden. In hoofdstuk 3 hebben wij hiervoor, op basis van het gesprek dat we met uw organisatie hebben gevoerd over de conceptuitkomsten, reeds een eerste aanzet gegeven. Eén gesprek doet echter onvoldoende recht aan de uniciteit van uw organisatie. Derhalve raden wij u aan als volgt met deze rapportage om te gaan:

- Lees eerst hoofdstuk 2. Hierin definiëren we het kernbegrip in deze benchmark: overhead. Ook schetsen we de belangrijkste ontwikkelingen in de overhead.
- Lees vervolgens de uitkomsten van uw organisatie en onze analyse en aanbevelingen daarop in hoofdstuk 3. Voor verdieping op deze resultaten en alle detailcijfers kunt u terecht in uw [eigen Online Dashboard](#). Daar kunt u ook uw eigen cijfers vergelijken met andere referentiegroepen en cijfers van eerdere deelnames terugvinden.
- Lees vervolgens hoofdstuk 4, waarin wij dieper ingaan op het ontwikkelen van een eigen visie op bedrijfsvoering voor uw organisatie en hoe daarop te sturen, en hoofdstuk 5, waarin we een breed scala aan suggesties, aandachtspunten en aanbevelingen geven voor verbeterpotentieel in de bedrijfsvoering,
- Maak tot slot op basis van de resultaten en aanbevelingen c.q. aandachtspunten een eigen analyse. Benoem hierin de belangrijkste bevindingen, eyeopeners en onverklaarbare uitkomsten. Bespreek intern de resultaten en uw eigen analyse en bepaal de vervolgstappen voor het verbeteren van de bedrijfsvoering en/of verdiepend onderzoek. Laat de benchmark een startpunt zijn en géén eindpunt!

## 2. Overhead: definitie en ontwikkelingen

Hoewel de benchmark zich steeds meer richt op de gehele bedrijfsvoering is en blijft overhead het centrale begrip in dit onderzoek. Het creëren van en sturen op een gezonde bedrijfsvoering is immers met name een overheadtaak en een van de verantwoordelijkheden van de overhead.

### 2.1 Wat is overhead?

#### Doel van overhead

Het begrip overhead heeft een negatieve klank en wordt vaak geassocieerd met het 'vet' van de organisatie. De discussie over overhead gaat nog te vaak over de omvang ervan, niet over de toegevoegde waarde. Dat is in onze optiek onterecht. Overhead vervult een belangrijke functie. De overhead van een organisatie heeft als doel het sturen van de organisatie en het ondersteunen van 'het primaire proces' om goede en betaalbare zorg te kunnen aanbieden. Overhead en primair proces vormen hierbij een twee-eenheid en zijn samen verantwoordelijk om te bepalen welke aard, omvang, kwaliteit en organisatie van de overhead daarvoor nodig is. Dit is binnen veel zorgorganisaties nog niet het geval. De ontwikkeling naar meer gezamenlijkheid hierin zien wij wel in toenemende mate, zoals zorgorganisaties die leidinggevend en aanstellend met verantwoordelijkheid voor zowel het primaire proces als ondersteunende diensten in plaats van gescheiden aansturing.

#### Definitie overhead en primair proces

Voor een zuivere discussie over de overhead is het van belang dat allen daaronder hetzelfde verstaan. En juist dat is vaak niet het geval, met veel begripsverwarring en discussie tot gevolg.

Wij definiëren overhead als volgt:

**Overhead is het geheel van functies gericht op de sturing en ondersteuning van de medewerkers in het primaire proces.**

In het algemeen dragen de overheadfuncties dus indirect bij aan het functioneren van de organisatie en staan zij niet rechtstreeks ten dienste van de klant. Voor dit onderzoek hebben wij deze definitie nader toegespitst op de organisaties die actief zijn binnen de caresector.

Allereerst definiëren wij het primaire proces van een zorgorganisatie als volgt:

**Het primaire proces is het geheel aan diensten en voorzieningen dat door een zorgorganisatie geboden wordt aan een cliënt, teneinde direct in de behoefte aan verpleging, behandeling, opvoeding, verzorging, begeleiding en voeding van de cliënt te voorzien.**

Dit betekent dat wij in dit onderzoek alle functies en kosten die niet direct cliënt- of bewonergebonden zijn, als overhead beschouwen. Het betreft:

- management en staf binnen algemene en administratieve functies (zoals raad van bestuur, directie, medewerkers communicatie, planning, arbo /bvh, zorgbemiddeling, kwaliteitszorg en marketing en beleidsstaf) en personeel op het gebied van financiën & administratie, automatisering en informatievoorziening, inkoop, personeel & organisatie, opleiding en secretariële ondersteuning
- zorgmanagement (management en staf binnen cliënt- en bewonergebonden functies en leidinggevend VOV-personeel dat voor meer dan 50% vrijgemaakt is voor leidinggevende taken) en stafpersoneel in de zorg
- management en staf binnen civiele functies (onder andere leidinggevend voor keuken, schoonmaak en logistiek)
- terrein- en gebouwgebonden functies (veelal vastgoed, verhuur en technische dienst).



Op basis van de gehanteerde overheaddefinitie behoren de volgende functies *niet* tot de overhead:

- Hotelfuncties (zoals de medewerkers linnenkamer, transport, keuken, receptie en schoonmaak).
- Zorgpersoneel (zoals verpleegkundigen, verzorgenden, (activiteiten)begeleiders, psychiaters, psychologen en paramedici).
- Leerlingen en stagiaires.

Deze functies rekenen wij tot het primaire proces van de organisatie, omdat deze functies diensten leveren die direct tot de zorg, verblijf en welzijn van de cliënt behoren. We beseffen ons echter dat dit in sommige gevallen discutabel is. Denk bijvoorbeeld aan schoonmaak van kantooruimtes, catering voor personeel en stagiaires op de ICT-afdeling. In het verleden is echter gebleken dat het voor organisaties vaak zeer lastig is om dit onderscheid goed te maken. We trekken er daarom één consequente lijn in en beschouwen kosten of als overhead of als primair proces. Dit maakt het beter mogelijk om organisaties met elkaar te vergelijken.

Wij hebben een gedetailleerd overzicht van functies en kosten die wij in dit onderzoek tot de overhead rekenen opgenomen in het online dashboard.

## 2.2 Verhouding overhead tot primair proces

In onze optiek dient de overhead van een organisatie in verhouding te staan tot de omvang van het primaire proces ('de uitvoering'). De overheadomvang laat zich daarbij uitdrukken in:

- Formatie.
- Kosten.

Het *aantal formatieplaatsen* is de eerste meeteenheid. Dit bepaalt immers het aantal interne klanten en is daarmee de belangrijkste werklastbepalende factor voor de overheadafdelingen. Wij gaan hierbij uit van de gemiddelde aantallen (bezetting) over het gehele jaar 2019. Wij drukken het aantal formatieplaatsen binnen een benchmarkrubriek telkens uit als percentage van de totale formatie van uw organisatie.

Daarnaast nemen wij de kosten als meeteenheid mee. Het betreft de volgende kosten:

- Personele kosten.
- Materiële kosten.
- Inhuurkosten.
- Uitbestedingskosten aan derden.
- Overige kosten (zoals algemene kosten, huisvestingskosten, afschrijvings- en huurkosten).

Het vergelijken van overheadkosten is meestal 'zuiverder' dan het vergelijken van overheadformatie. In de kosten wordt immers rekening gehouden met de mate van inhuur en uitbesteding en met materiële overheadkosten. De *overheadkosten* relateren we aan de *totale kosten* van uw organisatie.

We brengen dus voor elke organisatie de overhead vanuit twee perspectieven in beeld:

- Overheadformatie als percentage van de totale formatie.
- Overheadkosten als percentage van de totale kosten.

## 2.3 Overhead in de deelsectoren

<< Paragraaf die ingaat op algemene uitkomsten ten aanzien van overheadformatie, overheadkosten, spreiding, trendgegevens, schaaffecten, verschillen tussen sectoren >>

### 3. De resultaten van uw organisatie

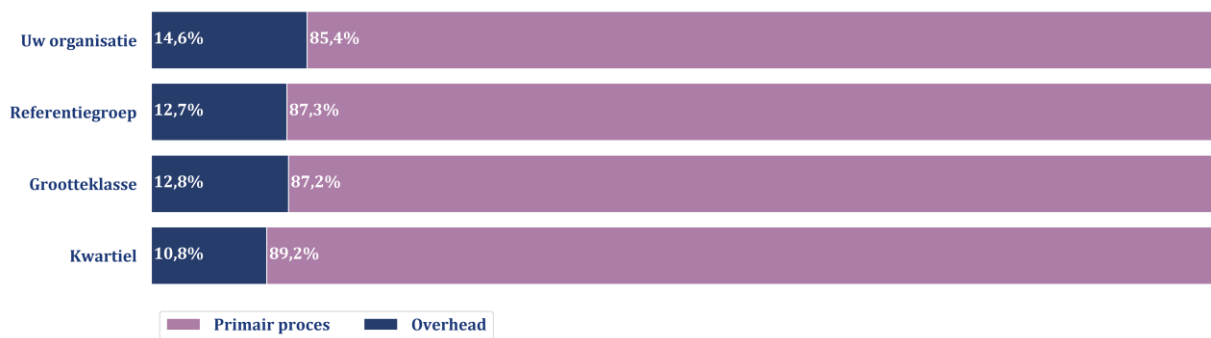
In dit hoofdstuk beschrijven wij de benchmarkuitkomsten van uw organisatie. Wij vergelijken de overhead van uw organisatie in formatie en in kosten met drie referentiegroepen:

- De eerste en primaire referentiegroep is het gemiddelde van de totale GHZ-referentiegroep. In deze referentiegroep zitten 39 GHZ-organisaties.
- De tweede referentiegroep is het gemiddelde van GHZ-organisaties die in de omzetcategorie 'Tussen 50 en 100 miljoen'. In deze referentiegroep zitten 9 organisaties.
- De derde referentiegroep betreft de kwartielscore van GHZ-referentiegroep. De kwartielscore is het percentage overhead waar 25% van de deelnemers uit de totale referentiegroep op of onder zit. Het is daarmee een meer ambitieuze, maar nog steeds een realistische omvang van de overhead.

Wij gaan eerst in op de omvang van de overheadformatie. Vervolgens gaan wij in op de omvang van de overheadkosten. Tot slot hebben wij een paragraaf opgenomen waarin wij in meer detail de benchmarkuitkomsten (en vooral de meest opvallende afwijkingen) van uw organisatie beschouwen en aanbevelingen doen. In het online dashboard treft u een gedetailleerd cijferoverzicht aan, waarin de afwijkingen zijn voorzien van een kleurcodering. Daarnaast kunt u alle uitkomsten terug vinden op het [online Berenschot-benchmarkplatform](#).

#### 3.1 Overhead als percentage van de totale formatie

In de volgende grafiek hebben wij de omvang van de overheadformatie binnen uw organisatie vergeleken met de referentiegroepen van uw organisatie. Het percentage is berekend door de formatie voor de overheadfuncties te delen door het totaal aantal formatieplaatsen van de organisatie. Dit betreft enkel de formatie in loondienst.



De omvang van de overheadformatie van uw organisatie bedraagt 14,6%. Dit is relatief 15,0% groter dan het gemiddelde van de totale GHZ-referentiegroep (12,7%).

B

De volgende tabel presenteert een gedetailleerdere vergelijking van uw overheadformatie

	<b>Uw organisatie</b>	<b>Gemiddelde referentiegroep</b>	<b>Gemiddelde grootteklasse</b>	<b>Kwartielscore referentiegroep</b>
<b>Totaal aandeel overhead</b>	<b>14,6%</b>	<b>12,7%</b>	<b>12,8%</b>	<b>10,8%</b>
<b>Personeel algemene en administratieve functies</b>	<b>Verwijderd</b>	<b>Verwijderd</b>	<b>Verwijderd</b>	<b>Verwijderd</b>
Algemeen management	Verwijderd	Verwijderd	Verwijderd	Verwijderd
Staf algemene en administratieve functies	Verwijderd	Verwijderd	Verwijderd	Verwijderd
Administratief en financieel personeel	Verwijderd	Verwijderd	Verwijderd	Verwijderd
Automatiseringspersoneel	Verwijderd	Verwijderd	Verwijderd	Verwijderd
Opleidingspersoneel	Verwijderd	Verwijderd	Verwijderd	Verwijderd
Personeel verwerving (inkoop)	Verwijderd	Verwijderd	Verwijderd	Verwijderd
Personeel i.z. P&O	Verwijderd	Verwijderd	Verwijderd	Verwijderd
Personeel algemene ondersteuning	Verwijderd	Verwijderd	Verwijderd	Verwijderd
<b>Management &amp; staf civiele functies</b>	<b>Verwijderd</b>	<b>Verwijderd</b>	<b>Verwijderd</b>	<b>Verwijderd</b>
<b>Management cliëntgebonden functies</b>	<b>Verwijderd</b>	<b>Verwijderd</b>	<b>Verwijderd</b>	<b>Verwijderd</b>
<b>Staf cliëntgebonden functies</b>	<b>Verwijderd</b>	<b>Verwijderd</b>	<b>Verwijderd</b>	<b>Verwijderd</b>
<b>Leidinggevend VOV-personeel</b>	<b>Verwijderd</b>	<b>Verwijderd</b>	<b>Verwijderd</b>	<b>Verwijderd</b>
<b>Personeel terrein- en gebouwgebonden functies</b>	<b>Verwijderd</b>	<b>Verwijderd</b>	<b>Verwijderd</b>	<b>Verwijderd</b>

### 3.2 Overhead als percentage van de totale kosten

De omvang van de overhead is niet alleen uit te drukken in een percentage van de totale formatie, maar ook in een percentage van de totale kosten. De personeelskosten van de overheadformatie bepalen voor een groot deel de overheadkosten. Maar naast de inzet van eigen personeel kan een organisatie ook personeel inhuren of diensten voor de uitvoering van de overheadtaken uitbesteden. Ook materiële en overige overheadkosten worden bij deze berekening betrokken.

In de volgende grafiek hebben wij de omvang van de overheadkosten (volgens de definitie van Berenschot) vergeleken met de referentiegroepen van uw organisatie. Het percentage is berekend door de overheadkosten te delen door de totale kosten.



De omvang van de overheadkosten van uw organisatie bedraagt 17,7%. Dit is relatief 9,0% groter dan het gemiddelde van de totale GHZ-referentiegroep (16,3%).

B

De volgende tabel presenteert een gedetailleerdere vergelijking van de overheadkosten.

	<b>Uw organisatie</b>	<b>Gemiddelde referentiegroep</b>	<b>Gemiddelde grootteklasse</b>	<b>Kwartielscore referentiegroep</b>
<b>Totale overheadlasten</b>	<b>17,7%</b>	<b>16,3%</b>	<b>15,6%</b>	<b>14,5%</b>
<b>Personele lasten overhead</b>	Verwijderd	Verwijderd	Verwijderd	Verwijderd
<b>Personele inhuurlasten overhead</b>	Verwijderd	Verwijderd	Verwijderd	Verwijderd
<b>Materiële lasten overhead – eigen beheer</b>	Verwijderd	Verwijderd	Verwijderd	Verwijderd
<b>Uitbestedingslasten overhead</b>	Verwijderd	Verwijderd	Verwijderd	Verwijderd

### 3.3 Beschouwing uitkomsten

<< Organisatie-specifieke beschouwing op de uitkomsten van de benchmark, onze conclusies en aanbevelingen daarbij >>

## 4. Ontwikkel uw visie op bedrijfsvoering

In hoofdstuk 3 vindt u de benchmarkuitkomsten van uw organisatie. De benchmark biedt een eenduidige en objectieve vergelijking, géén finaal oordeel. In dit hoofdstuk bespreken we het belang van een eigen visie en norm voor uw bedrijfsvoering en presenteren wij een model dat u kan ondersteunen bij het ontwikkelen hiervan.

### 4.1 Uw visie op bedrijfsvoering

Om uw bedrijfsvoering verder te kunnen verbeteren, is het van belang dat u helder formuleert wat uw visie op een gezonde bedrijfsvoering voor uw organisatie is. Op welke wijze draagt effectieve en efficiënte bedrijfsvoering bij aan het realiseren van de organisatiedoelstellingen? Daarin is de samenhang tussen overhead, productiviteit en inschaling van belang. Begin dus met het doel voor ogen.

Wij hebben hierbij de volgende tips:

- Formuleer een heldere en beknopte visie op het belang en doelstellingen van overhead (rekening houden met ontwikkelingen) en zorg dat de organisatie deze kent. Het is van belang dat deze visie:
  - congruent is met de kernwaarden en organisatiedoelstellingen. Uit [onderzoek](#) naar enkele best practice organisaties blijkt dat het concreet uitdragen van en consistent handelen naar de eigen visie en kernwaarden een belangrijke factor tot succes is. Dit geldt ook voor de overhead
  - aansluit bij de mate waarin u verantwoordelijkheden bij het primair proces belegt dan wel centraal belegt. Een organisatie met beperkte zelforganisatie vraagt meer uitvoerend personeel in de overhead, terwijl een hoge mate van zelforganisatie veelal gebaat is bij hoger opgeleid, faciliterend en adviserend overheadpersoneel. Tegelijkertijd is dit in de praktijk voor veel organisaties een uitdaging
  - keuzes maakt tussen welke taken in eigen beheer plaatsvinden en wat wordt uitbesteed. Hoewel zelf doen vaak goedkoper is of lijkt, kan uitbesteding ervoor zorgen dat u flexibeler bent, hogere kwaliteit kunt leveren of schaalvoordelen kunt realiseren
  - aansluit bij de productiviteit en inschaling in het primair proces. Decentraal beleggen van overheadtaken gaat vaak ten kosten van de productiviteit. Ook is het belangrijk om te bepalen of het personeel in het primair proces het opleidingsniveau (en daarmee inschaling) heeft om deze overheadtaken uit te oefenen.
- Vertaal deze visie naar gewenste houding en gedrag en stuur hierop.
- Stel normen vast betreffende de bedrijfsvoering (zie ook paragraaf 4.2). Wat voor uw organisatie een passende *norm* is, is logischerwijs maatwerk.
- Realiseer integrale ondersteuning (en voorkom onnodige schotten tussen overheadfuncties). Integraal verantwoordelijke managers en teams, worden ook graag integraal ondersteund.
- Verbeter de kwaliteit en efficiency continu. Hiervoor is het onder meer van belang om een goede interface te creëren tussen 'aanbieders' en 'klanten' van overhead. Wat mogen ze van elkaar verwachten? En in hoeverre wordt hieraan voldaan?
- Leer van elkaar. Gebruik benchmarks voor vergelijkingsmaterieel en richtlijnen, blijf op de hoogte en zoek gericht contact met (in- en externe) collega's.

## 4.2 Normen passend bij uw visie op bedrijfsvoering

Als u de visie op uw bedrijfsvoering scherp heeft, helpt het om hier ook concrete normen, of KPI's (kritieke prestatie-indicatoren) aan te koppelen en deze normen te gaan meten en volgen. Op die manier kunt u als organisatie ook sturen op uw bedrijfsvoering en specifiek uw overhead. Daarbij gaat het zoals eerder gezegd in de basis om de samenhang tussen overhead, inschaling en productiviteit van het primair proces. Daar kunnen extra normen aan toegevoegd worden die u nog beter inzicht geven in de bedrijfsvoering zoals het verzuim en verloop, de cliëntwaardering en medewerkerswaardering en kwaliteitsindicatoren.

### Norm voor overhead

In de benchmark berekenen wij naast het gemiddelde ook een kwartielscore. Dat is het percentage overhead waar een kwart van de organisaties op of onder zit. Daarmee is dit een scherpe, reële richtlijn. Het gemiddelde en de kwartielscore kunnen hierbij door uw organisatie als *richtlijnen* worden gebruikt om een eigen norm te bepalen. Wij willen onze gemiddelden en kwartielscores in de referentiegroepen dus niet tot norm verheffen. Er kunnen immers tal van goede redenen zijn om af te wijken van de benchmark. Een norm is wat ons betreft maatwerk voor elke organisatie. Dat geldt voor het aandeel overheadformatie en -kosten, maar ook voor andere KPI's die uw bedrijfsvoering beïnvloeden, zoals de productiviteit, functiemix en HR-parameters als verloop en verzuim.

### Norm voor productiviteit

In samenhang met uw visie en uw overheadnorm is het ook van belang te bepalen welke productiviteit passend is. Daarbij gaat het enerzijds om bedrijfsmatig passend: welke productiviteit moet gerealiseerd worden om als organisatie financieel gezond te zijn. Een productiviteitsnorm moet echter ook rekening houden met de zorgvraag van uw cliëntpopulatie én rekening houden met de mogelijkheden en behoeften van uw personeel. Sturen op een te hoge productiviteitsnorm kan leiden tot verzuim, verloop en ontevredenheid bij medewerkers.

### Norm voor inschaling

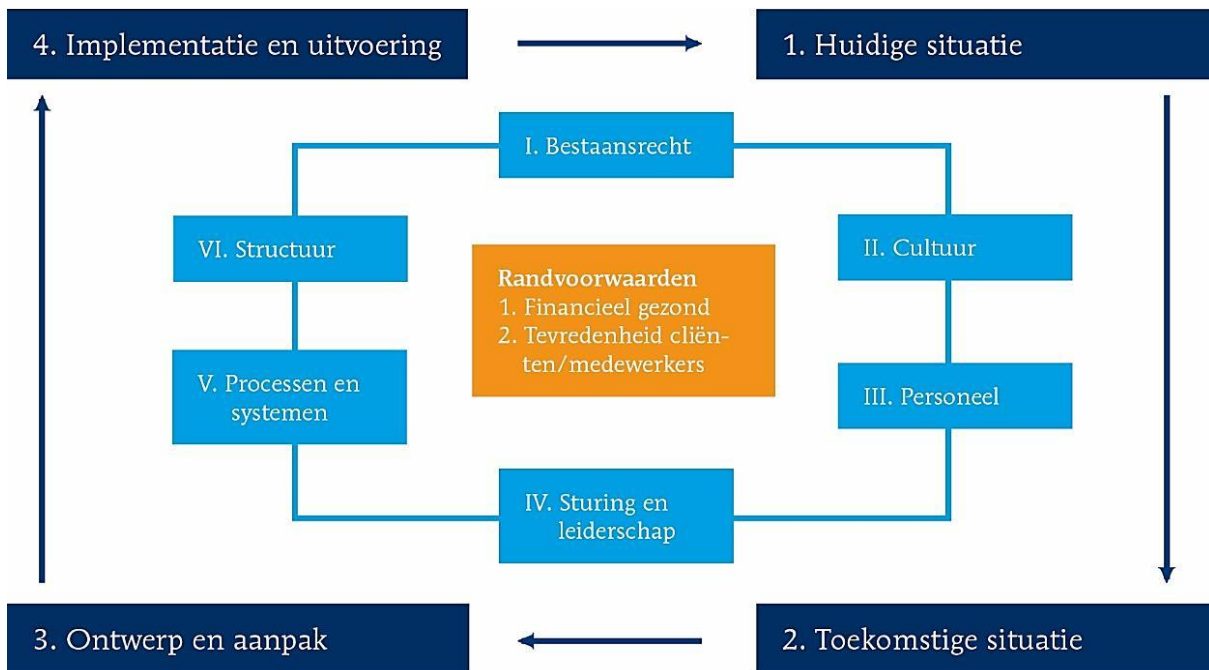
In samenhang met de hiervoor genoemde parameters is ook de inschaling van uw personeel een belangrijke indicator om uw eigen norm voor te bepalen. De inschaling voor specifieke medewerkers is deels cao-gebonden, maar er zijn wel degelijk vrijheidsgraden voor u als organisatie. Daarbij is het in de eerste plaats van belang dat de inschaling/functiemix aansluit bij de zorgvraag van uw cliënten. De inschaling van medewerkers geeft ook een indicatie van het werk- en denkniveau van medewerkers en helpt om te bepalen welke overheadtaken in het primair proces belegd kunnen worden. Tot slot kan het zijn dat door arbeidsmarktkrapte u er bewust voor kiest om enkele functies bewust hoger in te schalen. We adviseren echter om dit zo veel mogelijk te beperken om precedentwerking te voorkomen.

### Extern normeren van kwaliteit en integrale kostprijs

In onze optiek is extern normeren, door financiers of inspectie, van de overhead niet zinvol en niet wenselijk. Dit zou ertoe leiden dat de meeste organisaties zorgen dat ze in ieder geval op papier voldoen aan de norm. Wij vinden dat zorgorganisaties vooral beoordeeld moeten worden op kwaliteit en integrale kosten van de geboden zorg. Hierover kunnen wel normafspraken gemaakt worden. Dit biedt een goede basis om te komen tot passende tarieven. De integrale kostprijs is afhankelijk van diverse factoren. Naast de overhead spelen bijvoorbeeld ook functiemix en productiviteit een belangrijke rol. De wijze waarop zorgorganisaties dit organiseren, is aan hen. Een effectieve en efficiënte overhead en goed ingerichte bedrijfsvoering zijn wat ons betreft randvoorwaarden om het beschikbare budget zo goed mogelijk voor de cliënten aan te wenden.

### 4.3 Berenschot Ontwikkelmodel als basis voor uw eigen visie

Berenschot heeft een pragmatisch model ontwikkeld dat u kan ondersteunen bij het voeren van de dialoog binnen de organisatie over en het opstellen van een visie op bedrijfsvoering. Dit model is gebaseerd op best practices en onze ervaringen bij honderden zorgorganisaties. Het model gaat uit van continu verbeteren (de blauwe pijlen) en onderscheidt een zestal met elkaar samenhangende onderdelen.



Het uitgangspunt is dat de bedrijfsvoering toekomstbestendig is als er sprake is van tevreden stakeholders (cliënten, medewerkers, overige in- en externe klanten van de overhead) en van efficiënte dienstverlening, zowel op korte als lange termijn.

1. Dit start in onze visie door scherp voor ogen te hebben wat het **bestaansrecht** van de overhead is. Wie zijn de klanten van de overhead? Waar ligt hun behoefte? En hoe wordt dit vertaald naar passende dienstverlening, die aansluit bij de zorgvisie en kernwaarden van de organisatie? Wat mag je van elkaar verwachten? Deze vragen kunnen alleen beantwoord worden als sprake is van een goede dialoog tussen de overhead en het primaire proces, vanuit het besef dat zij gezamenlijk voor dezelfde uitdaging staan: goede en betaalbare zorg. Maar ook vanuit het besef dat de overhead meerdere rollen vervult (namelijk een kaderstellende, controlerende, adviserende en ondersteunende rol) die wat spanning kunnen zetten op de relatie met de klant. Ook daarbij is een gemeenschappelijk streven en goede dialoog cruciaal.
2. Van vaak onderschat belang is een **cultuur** die effectief en efficiënt werken ondersteunt. Met elkaar afspreken dat je streeft naar goede en betaalbare zorg is namelijk één iets. Dit daadwerkelijk doorleven en leidend laten zijn in het dagelijks handelen van zowel het primaire proces als de overhead is vaak de grote uitdaging. Leidinggevenden spelen hierbij een hele belangrijke rol. Bij best practice organisaties is dit één van de onderscheidende succesfactoren. Zij zijn positief kritisch op zichzelf en streven continu naar verbetering. Niets is vanzelfsprekend. En bij alles wat zij doen, stellen zij zichzelf de vragen: Wat heeft mijn cliënt of collega hieraan? Hoe draagt dit bij aan betere en betaalbare zorg?



3. De veranderende aard en omvang van de overhead stellen andere eisen aan het **personeel**. De medewerkers in overheadfuncties zullen over vijf tot tien jaar over andere capaciteiten moeten beschikken dan nu vaak het geval is. Dit is dichtbij en vraagt nu om actie, zodat u over voldoende en gekwalificeerde overheadmedewerkers blijft beschikken. Wij zien dit bij best practice organisaties onder meer door continue focus op werving, mobiliteit, opleiding, loopbaanontwikkeling en performancemanagement.

4. **Leiders** spelen een hele belangrijke rol in het bepalen van de koers, het creëren van de benodigde cultuur, het vertonen van voorbeeldgedrag en het faciliteren en sturen op de gewenste prestaties. Om teams en leidinggevenden zelf te kunnen laten sturen, moet uiteraard allereerst helder zijn wat de gewenste prestaties zijn.

Vervolgens is het van belang dat zij beschikken over actuele, passende en juiste informatie over hun prestaties.

**Stuurinformatie** is hierbij steeds meer actueel beschikbaar en zelfs voorspellend, in plaats van achteraf verklarend. Wat is bijvoorbeeld de meest optimale personeelsplanning?

5. Er wordt steeds meer gedacht en gewerkt vanuit afdelingsoverstijgende **processen**. Dit komt mede door toenemende automatisering, waarbij workflows worden ingericht en het onderscheid tussen overhead en primair proces vervaagt. Maar ook doordat teams en leidinggevenden die integraal verantwoordelijk zijn, ook integraal ondersteund willen worden. Als er bijvoorbeeld een nieuwe medewerker in dienst komt, wil je dit niet hoeven te melden bij zowel P&O, ICT en Facilitaire Zaken, maar op één plek waarna achter de schermen alles geregeld wordt. Dit vraagt om goede samenwerking tussen de overheadfuncties. Wij zien steeds meer zorgorganisaties die processen optimaliseren aan de hand van bijvoorbeeld de Lean-methodiek (het herkennen en elimineren van alle stappen zonder toegevoegde waarde voor de klant).

Zoals eerder gezegd is sprake van toenemende **automatisering**, waarmee het strategisch belang van ICT binnen de zorg steeds groter wordt. Systemen en applicaties moeten gebruikers ondersteunen en dienen daarom snel, betrouwbaar, geïntegreerd, juist en gebruiksvriendelijk te zijn. Registratie vindt plaats aan de bron in het juiste doelsysteem. Het maken van fouten wordt zoveel als mogelijk voorkomen. Dit vraagt om een strategische ICT-visie en een goed ingerichte informatiemanagementfunctie. Bij best practice organisaties zien wij doorgaans dat de ICT-kosten naar verhouding wat hoger zijn dan gemiddeld, maar de totale overheadkosten aanzienlijk lager door relatief lagere personeelskosten voor overheadfuncties.

6. Ten aanzien van de **structuur** geldt dat deze de werkprocessen moet ondersteunen. Van belang daarbij is dat voor iedereen helder is wie waarvan is. Binnen best practice organisaties is de doorgaans beperkte overhead vaak ogenschijnlijk eenvoudig, en voor iedereen duidelijk georganiseerd. Dit maakt het centraal monitoren en sturen op overhead ook gemakkelijker.

In hoofdstuk 5 vindt u meer aanbevelingen voor het optimaliseren en doorontwikkelen van de overhead en voor het verdiepen van de benchmarkresultaten.

## 5. Van vergelijken naar verbeteren

In hoofdstuk 3 hebben wij de uitkomsten en adviezen voor uw organisatie beschreven. Het uitvoeren van een benchmarkonderzoek is de eerste stap op weg naar verbetering van uw bedrijfsvoering. De uitdaging is vervolgens om op basis van de benchmark verbeteracties te formuleren en door te voeren.

Om u hier verder in te inspireren en op weg te helpen, geven we in dit laatste hoofdstuk diverse suggesties voor verbeteringen op basis van onze advieservaring in de zorg. Het zijn verbeteracties die u kunnen helpen om nog beter grip te krijgen op uw overhead als geheel en op uw bedrijfsvoering. Deze suggesties zijn nadrukkelijk bedoeld als denkrichting voor het verder verbeteren van uw bedrijfsvoering en van de effectiviteit en efficiëntie van de verschillende overheadafdelingen. Kijkt u vooral wat bij uw organisatie nodig en passend is.

### 5.1 Vergroten toegevoegde waarde

Met behulp van een Overhead Value Analyse (OVA) wordt de omvang van de overhead (in termen van formatie en kosten) afgezet tegen de toegevoegde waarde ervan voor de organisatie. Hierbij ligt de focus veelal op de centrale ondersteunende diensten of op specifieke overheadfuncties (zoals op P&O of F&C). De benchmark wordt vaak als basis gebruikt voor een OVA om de verdere focus voor verbetering te bepalen.

De toegevoegde waarde van de ondersteuning wordt mede bepaald door afnemers in een enquête of (groeps)gesprek te vragen naar de kwaliteit, naar het nut en de noodzaak en naar de afnamefrequentie van de geleverde producten en diensten per overheadafdeling. Deze uitkomsten kunt u vervolgens verdiepen in individuele- en groepsgesprekken met aanbieders en/of afnemers. Aan de hand van de resultaten kunt u sturen op de omvang en de inhoud van het takenpakket ('de goede dingen doen') om zo efficiëntiewinst en/of besparingen ('deze dingen goed doen') te realiseren.

#### Berenschot en Overhead Value Analyse

Berenschot heeft een gestandaardiseerde aanpak ontwikkeld om de toegevoegde waarde van uw overheadafdelingen te onderzoeken én het gesprek hierover te voeren. Deze aanpak hebben we inmiddels bij tientallen zorgorganisaties kunnen inzetten, wat tot boeiende inzichten en aangrijpingspunten voor verbetering heeft geleid.

Voor meer informatie over Overhead Value Analyse, zie ook onze [website](#).

### 5.2 Lean Six Sigma voor procesverbetering en maximale klantwaarde

Een andere veel toegepaste methode om na de benchmark gericht de efficiency en kwaliteit te verbeteren, is Lean Six Sigma (LSS). LSS is een krachtige methode om processen vanuit klantperspectief gestructureerd te verbeteren. De doelstelling daarbij is doorgaans het verkorten van de doorlooptijd, het verlagen van kosten en/of het verhogen van de kwaliteit.

LSS redeneert sterk vanuit het doel van een proces. De aanpak richt zich op het identificeren en elimineren van verspillingen binnen een proces. Met andere woorden: stappen in het proces die geen of onvoldoende waarde voor de klant toevoegen. U kunt hierbij denken aan onnodige controles, wachttijd en het herstel van fouten in een proces. Hierbij zien wij altijd een belangrijke rol voor medewerkers uit het specifieke proces. Zij kennen het proces, kunnen concreet aangeven waar de verspilling zit en met oplossingen komen. Er worden in de literatuur acht vormen van verspilling onderscheiden, die we in de volgende figuur hebben beschreven.



LSS-trajecten worden uitgevoerd aan de hand van de volgende vijf fasen:

- 1. Definiëren:** het bepalen van het doel van het proces. Hierbij wordt het proces op hoofdlijnen beschreven.
- 2. Meten:** het meten van de huidige procesprestatie. Alle processtappen worden in meer detail beschreven en per stap worden betrokkenen en verantwoordelijkheden in beeld gebracht en de doorloop- en bewerkingstijden gemeten.
- 3. Analyseren:** het identificeren van knelpunten of vormen van verspilling in het proces. Met de betrokkenen in het proces gaan wij hierbij op zoek naar de oorzaken en tonen deze op basis van de metingen statistisch aan.
- 4. Implementeren:** het vinden van oplossingen voor de geconstateerde knelpunten en vormen van verspilling. Gezamenlijk met de betrokken medewerkers selecteren wij de meest haalbare oplossingen en toetsen deze in een pilot (wat is de nieuwe procesprestatie?). Tevens maken wij een beschrijving van het verbeterde proces.
- 5. Controleren:** het borgen van het nieuwe proces. Betrokkenen monitoren de procesprestaties om te zien of de oplossingen het gewenste effect hebben. Waar mogelijk kan bijgestuurd worden.

Belangrijk bij het uitvoeren van een LSS-traject is support van het management en de deelname van de mensen uit het proces zelf. U kunt LSS inzetten om één specifiek proces te optimaliseren, maar ook om een cultuur van continu verbeteren in uw organisatie te creëren.

#### Berenschot en Lean Six Sigma in de zorg

Berenschot beschikt over een Lean-spel waarin medewerkers in een halve dag de principes van Lean leren begrijpen, deze direct toepassen in een simulatieproces en met elkaar de opgedane kennis en ervaring vertalen naar de eigen praktijk. Wij spelen graag met u dit spel.

Berenschot ontwikkelde onder andere mede hiervoor een Green Belt Opleiding voor de langdurige zorg. Wij gaan graag met u in gesprek hoe dit binnen uw organisatie gerealiseerd kan worden.

Voor meer informatie over Lean in de Zorg, zie ook onze [website](#).

### 5.3 Span of attention passend bij de organisatiefilosofie

Een onderzoek naar de span of attention heeft betrekking op de verhouding tussen leidinggevend en (meer of minder) ondergeschikten. Hierbij staat het invloed uitoefenen door een leidinggevende op het handelen van ondergeschikten centraal. Het doel van het onderzoek is om de optimale span of attention te bepalen voor uw organisatie.

De optimale span of attention verschilt per organisatie en uit onderzoek blijkt dat het hoofdzakelijk afhankelijk is van vijf factoren:

1. Organisationsfilosofie (zoals werken met zelforganiserende/resultaatverantwoordelijke teams).
2. Taakcomplexiteit (zoals aard werk, taakheterogeniteit, meetbaarheid).
3. Taakvolwassenheid medewerkers (zoals motivatie, opleidings- en kennisniveau en ervaring).
4. Organisationskenmerken (zoals structuur, verloop, cultuur, omgeving en omvang).
5. Relatie tussen manager en ondergeschikten ('staan de neuzen dezelfde kant op?').

Ondanks het onderscheid zijn alle factoren aan elkaar gerelateerd. Het type organisatie en de omgeving bepalen bijvoorbeeld de arbeidsdeling en daarmee de aard van het werk. Maatwerk is nodig, maar toch kan er een globale richtlijn voor de publieke sector gepresenteerd worden. Uit onderzoek van Berenschot blijkt dat er tussen organisaties grote verschillen bestaan in de omvang van het zorgmanagement. Deze omvang varieert van 2 tot 6% van de totale personeelsformatie. Gemiddeld in de deelsectoren ligt het aandeel rond de 3%. Dit is een lichte daling in vergelijking met eerdere jaren (toen was het plusminus 4% gemiddeld).

### 5.4 Aansturing en inrichting van de overhead

Vaak zien wij dat belangrijke knelpunten en dus verbetermogelijkheden voortkomen uit een suboptimale aansturing en de inrichting van de overhead. De beste oplossing voor iedereen bestaat niet. Wat optimaal is, kan namelijk per organisatie verschillen. Hier moet dus zeer kritisch en met verstand van zaken naar gekeken worden. Voor de aansturing van de overheaddiensten zijn vanuit de theorie grofweg drie modellen denkbaar:

1. **Centrale sturing.** De afname is verplicht voor gebruikers, zonder dat deze invloed hebben op de omvang en aard daarvan. Er is sprake van sturing op input.
2. **Centrale sturing met interface.** De afname wordt gebudgetteerd in overleg tussen leveranciers en afnemers van deze diensten. Er is sprake van een leverings- en afnameplicht, maar over de omvang en kwaliteit van de diensten wordt periodiek onderhandeld.
3. **Interne marktwerking.** De aanbieder stelt een tarief per eenheid vast. De interne gebruikers hebben de vrijheid om een afweging te maken tussen interne en externe aankoop. Ook kan de leverancier diensten buiten de organisatie aanbieden. Er is sprake van sturing op output. Een verdergaande variant hiervan is outsourcing. In dat geval wordt de overheaddienst ingekocht op de externe markt.

In onze optiek is model 2 vaak het meest passend voor het aansturen van overheaddiensten binnen zorgorganisaties. Voor een deel van de taken valt onder bepaalde voorwaarden model 3 (interne marktwerking) te overwegen. Model 1 heeft als belangrijk nadeel dat het aanbod van de overheaddiensten veelal niet aansluit op de vraag vanuit de lijn. Toch zien we dat veel zorgorganisaties dichter bij model 1 dan bij model 2 zitten.

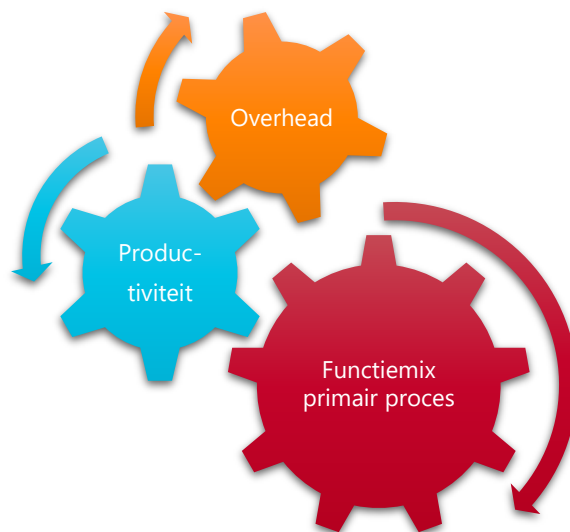
Ook is het goed om te kijken naar de verhouding tussen centrale en decentrale overhead. Wij zijn voorstander van centrale overhead tenzij er zwaarwegende argumenten zijn om een dienst decentraal te beleggen. Wij zien dit veelal bij grote zorgorganisaties. Dat vereist wel dat de 'interface' met gebruikers goed wordt vormgegeven. Dat kan bijvoorbeeld door periodiek de tevredenheid te peilen van de lijnmanagers en/of teams en hun wensen mee te nemen bij aanpassingen in de dienstverlening voor het volgende jaar. Daarnaast is het belangrijk dat de centrale overheadmedewerkers wel 'zichtbaar' zijn op de diverse locaties, bijvoorbeeld doordat enkele functionarissen een deel van hun tijd fysiek bij de locaties aanwezig zijn (gedeconcentreerd werken).

Met centraliseren bedoelen wij derhalve het hiërarchisch centraliseren van overheaddiensten en het geven van uniforme kaders voor het uitvoeren van de werkzaamheden. De daadwerkelijke uitvoering kan deels op de diverse locaties plaatsvinden. De aansturing en inrichting van overheadfuncties dient zodanig te worden vormgegeven dat dit niet te complex wordt en dat de overheadafdelingen kritisch naar hun dienstverlening blijven kijken.

## 5.5 Integrale kostprijs als sturingsinstrument

Sinds de hervormingen in de zorg is het kennen en kunnen beïnvloeden van de eigen kostprijs steeds belangrijker. Zorgaanbieders hebben te maken met meer verschillende financiers die veelal zelf hun prijzen kunnen bepalen. Zonder afdoende inzicht op de werkelijke kostprijs van uw zorgproducten is het moeilijk om goede bedrijfsmatige keuzes te maken in uw zorgcontractering met alle (financiële) risico's van dien.

De integrale kostprijs is echter óók een spiegel van uw bedrijfsvoering. Door inzicht te creëren in uw kostprijzen en specifiek in uw kostprijsbepalende factoren krijgt u integraal zicht op uw bedrijfsvoering. De drie draaiknoppen in uw kostprijs voor zorgproducten zijn de inschaling/functiemix, productiviteit en (opslag voor) overhead. Indien het gaat om verblijfsproducten spelen daarnaast de materiële cliëntgebonden kosten en huisvestingskosten een grote rol.



Zorgaanbieders doen er goed aan hun kostprijzen te bepalen op de volgende vier uitgangspunten:

1. Gedeelde definities. Zorg bij de start voor duidelijkheid over de uitgangspunten (welke cijfers worden gebruikt en verstaat iedereen hier hetzelfde onder?), definities en doelen van de kostprijzen. Goede afspraken en draagvlak aan de voorkant voorkomt onnodige discussie achteraf als uitkomsten niet in lijn zijn met de verwachtingen.
2. Basisadministratie op orde. De informatie moet actueel en betrouwbaar zijn. Oftewel correcte en tijdige registratie, inzicht in welke gegevens nodig zijn om kostprijzen te bepalen en de mogelijkheid om deze informatie ook daadwerkelijk te genereren.

3. Interne capaciteit en kwaliteit. Doorgaans gaan business controllers en adviseurs informatievoorziening op basis van de uitgangspunten rekenkundig aan de slag. Betrek ook de zorg, zodat de uitkomsten herkenbaar zijn in het zorgproces.
4. Actueel en juist inzicht. Maak de kostprijzen inzichtelijk in een dashboard en gebruik deze als stuurinformatie.

#### **Berenschot Kostprijsmodel Zorg**

Berenschot heeft de afgelopen jaren veel ervaring opgedaan in kostprijsonderzoeken en tariefdiscussies. We worden zowel door financiers als aanbieders ingeschakeld om hen te helpen in het bepalen van kostprijzen en tarieven. Dit doen we veelal in landelijke onderzoeken. Zo hebben we de afgelopen jaren de kostprijs bepaald voor jeugd-ggz, beschermd wonen, hospicezorg en jeugdbescherming.

Maar ook voor individuele zorgaanbieders helpen we in de ontwikkeling van een eigen, passend kostprijsmodel en berekening van de eigen kostprijzen.

Voor meer informatie over het Berenschot Kostprijsmodel Zorg, zie ook onze [website](#).

#### **Tot slot**

We schetsten in de benchmarkrapportage diverse ontwikkelingen in de bedrijfsvoering van zorgorganisaties. Tevens hebben wij in de beschouwing aangegeven welke vervolgonderzoeken op de benchmark mogelijk zijn. In een aparte, met de benchmarkrapportage, meegestuurde bijlage geven wij per overheadfunctie onze visie en aanbevelingen, die u kunnen helpen bij het verbeteren van de eigen bedrijfsvoering.

## Bijlage 1

*Vraagstelling en onderzoeksplan*

## Bijlage 1. Vraagstelling en onderzoeksaanpak

### Vraagstelling

De centrale vraagstelling in het benchmarkonderzoek luidt:

*'Hoe verhouden de formatie en kosten van de overhead van uw organisatie zich tot die van andere zorgorganisaties?'*

Alhoewel in dit onderzoek de overhead centraal staat, gaan wij tevens in op de formatie en kosten van de hoteldiensten en het primaire proces.

### Referentiegroep

De benchmark is gebaseerd op een database verkregen uit deelname van in totaal 112 zorgorganisaties die in de periode 2017-2019 aan de benchmark hebben deelgenomen. Wanneer een organisatie in de genoemde periode vaker aan de benchmark heeft deelgenomen, zijn alleen de meest recente cijfers in het gemiddelde opgenomen.

Wij vergelijken uw uitkomsten iedere keer met drie referentiegroepcijfers:

1. Het gemiddelde van uw zorgvorm.
2. Het gemiddelde van qua formatieomvang vergelijkbare organisaties binnen uw zorgvorm.
3. De kwartielscore van uw zorgvorm.

Referentiegroep	VVT	GHZ	GGZ
<b>Totaal</b>	<b>54</b>	<b>39</b>	<b>19</b>
<b>Kleiner dan 50 miljoen</b>	16	11	3
<b>Tussen 50 en 100 miljoen</b>	16	9	2
<b>Tussen 100 en 200 miljoen</b>	18	11	9
<b>Groter dan 200 miljoen</b>	4	8	5

De primaire vergelijking in de rapportage is die met uw zorgvorm. Uiteraard is ook de vergelijking met qua formatie vergelijkbare organisaties binnen uw zorgvorm een zeer relevante. Zoals de bovenstaande tabel laat zien, zijn de gemiddelden dan gebaseerd op minder waarnemingen. De gemiddelden zijn daardoor mogelijk minder betrouwbaar dan die van de zorgvorm.

### Eenduidig vergelijken: valide en betrouwbaar

De kern van een goed benchmarkonderzoek is dat wij eenheden vergelijken die door alle deelnemers zo veel mogelijk eenduidig worden gemeten. Dit voorkomt dat wij appels met peren vergelijken. In onze aanpak is er veel aandacht voor het zo eenduidig mogelijk invullen van de vragenlijst. De kwaliteit van de referentiecijfers valt of staat immers met de kwaliteit van de ingevulde vragenlijsten door de deelnemers.

Daarom hebben wij een Berenschot-codeschema opgesteld dat aansluit aan bij de uniforme codering van formatie en kosten uit het NZi-Rekeningschema 2004. Verder hebben wij gedurende het traject aandacht besteed aan het eenduidig invullen van de vragenlijst door alle deelnemers.

### Onderzoeksaanpak

Wij hebben de volgende onderzoeksaanpak gevolgd, in stappen:

- Het actualiseren van de gestandaardiseerde vragenlijst uit de voorgaande onderzoeken tijdens de startbijeenkomst.



- Het beschikbaar stellen van de definitieve digitale vragenlijst aan alle deelnemende organisaties. Alle deelnemers hebben deze vragenlijst vervolgens ingevuld. Zij zijn daarbij ondersteund door het Berenschot-codeschema, een toelichting op de vragenlijst, onze helpdesk en de online FAQ. Waar gewenst hebben de deelnemende organisaties gebruik gemaakt van onze optionele invulondersteuning.
- Het controleren van de ingevulde vragenlijsten op volledigheid en consistentie, om de gegevens daarna te analyseren.
- Het houden van gesprekken met alle deelnemende organisaties, met als doel de aangeleverde informatie te valideren en verklaringen te vinden voor de opvallende afwijkingen.
- Het nader analyseren van het cijfermateriaal en de informatie uit de gesprekken voor de persoonlijke paragraaf voor in de rapportage.
- Het opstellen van deze rapportage per deelnemer en het beschikbaar stellen van de algemene uitkomsten en het referentiemateriaal via het Berenschot Benchmark Platform.
- Een presentatie van de uitkomsten aan bestuur en MT.

### **Waarde en beperking van het onderzoek**

De waarde van dit benchmarkonderzoek is dat het een objectieve en eenduidige vergelijking biedt van uw formatie en kosten. Het voorziet in een uitstekende mogelijkheid om een zuivere discussie te voeren over de omvang van de overhead in uw organisatie.

Maar er zijn ook beperkingen. Elke zorgorganisatie is uniek. Een benchmarkonderzoek kan hier nooit geheel recht aan doen. Er zijn immers tal van organisatiespecifieke omstandigheden die een hogere of juist lagere overhead prima kunnen verklaren. De in dit onderzoek gepresenteerde cijfers vormen daarom ook niet het 'finale oordeel' over uw organisatie.

Om tot een dergelijk oordeel te komen, is het allereerst van belang om de uitkomsten te interpreteren met de kennis van uw eigen organisatie. Kunt u de uitkomsten verklaren? Wanneer dit niet het geval is, is een nadere analyse nodig van de specifieke situatie in uw organisatie.

## Team Benchmark Care

Marvin Hanekamp (projectleider)

Simon Heesbeen

Geertje Koppers-Bevers

Hannelore Schouten

Bas Peeters

Floris van Dam

Michael Wessels

Ide van der Helm

Sarah Ponten



### **Berenschot B.V.**

Van Deventerlaan 31-51, 3528 AG Utrecht

Postbus 8039, 3503 RA Utrecht

030 2 916 916

[www.berenschot.nl](http://www.berenschot.nl)

• [/berenschot](https://www.facebook.com/berenschot)