

Berenschot

Benchmark Care 2017

Van vergelijken naar verbeteren



Benchmark Care 2017

Van vergelijken naar verbeteren

Inhoud	Pagina
1. Benchmark in perspectief	1
1.1 Context	1
1.2 Ontwikkelingen in de caresector	1
1.3 Leeswijzer	3
2. Visie op en ontwikkelingen in de overhead	5
2.1 Wat is overhead?	5
2.2 Verhouding overhead tot primair proces	6
2.3 Overhead in de caresector	7
2.4 Ontwikkelingen in de overhead	7
2.5 Realiseren van een toekomstbestendige overhead met toegevoegde waarde	10
3. Resultaten van uw organisatie	12
3.1 Overhead als percentage van de totale formatie	12
3.2 Overhead als percentage van de totale kosten	13
3.3 Beschouwing uitkomsten	14
4. Van vergelijken naar verbeteren	22
4.1 Vergroten toegevoegde waarde	22
4.2 Lean Six Sigma voor procesverbetering en maximale klantwaarde	15
4.3 Span of control passend bij de organisatiefilosofie	24
4.4 Aansturing en inrichting van de overhead	24
4.5 Verdieping	25
Bijlagen	19

1. Benchmark in perspectief

1.1 Context

Hoe verhouden de formatie en kosten van de overhead, de hoteldiensten en het primaire proces van uw organisatie zich tot die van andere vergelijkbare zorgorganisaties? Welke opvallende uitkomsten zien wij in de overhead binnen uw organisatie? Welke mogelijke verklaringen zijn er hiervoor? En tot welke aanbevelingen leidt dit voor het verbeteren van de overhead en/of het verdiepen van de benchmarkuitkomsten?

Dit zijn de vragen waar deze rapportage onder andere een antwoord op gaat geven, om zodoende een objectieve bijdrage te leveren aan de discussie over overhead binnen uw organisatie. Wij doen dat op basis van een benchmarkonderzoek naar de omvang van de overhead binnen zorgorganisaties. Het betreft zorgorganisaties die Verpleging, Verzorging of Thuiszorg (VVT), Gehandicaptenzorg (GHZ) en/of Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) aanbieden.

1.2 Ontwikkelingen in de caresector

Sinds 2015 zijn er ingrijpende veranderingen in de zorg doorgevoerd, en ook in 2017 blijft de zorg in beweging. Vooral de langdurige zorg ondergaat gecontinueerd veranderingen. Na de eerdere wijziging van de wettelijke kaders en de overheveling van taken, is in 2017 de aandacht vooral gericht op het uiteindelijke doel van de hervorming: kwalitatief betere en meer persoonsgerichte zorg, door het bewerkstelligen van eigen regie in het zorgproces en waar mogelijk de zorg dichterbij de cliënt te organiseren.

Een aantal ontwikkelingen in de caresector die hiermee gepaard gaan en die wij zien in de praktijk, staan hieronder beschreven:

- **Kwaliteit van zorg**

Kwaliteit van zorg in de zorgorganisatie staat onder nadrukkelijke aandacht. Zo is in januari van dit jaar het kwaliteitskader verpleeghuiszorg gepubliceerd en is in mei 2017 door de Landelijke stuurgroep kwaliteitskader gehandicaptenzorg het kwaliteitskader 2017-2022 voor de GHZ-sector gepresenteerd. Zorgorganisaties maken bewegingen om de kwaliteit van zorg verder te optimaliseren, waarbij de cliënt centraal staat.

De zorgprofessional vervult een sleutelrol in deze persoonsgerichte zorg aan de cliënt. De instellingszorg dient rekening te houden met een specifieke en vaak complexere zorgvraag per cliënt, maar zal deze ook in toenemende mate in samenwerking met het sociale netwerk van de cliënt moeten vormgeven. Dit stelt ook andere eisen aan het (zorg)personeel.

De uitdaging voor zorgorganisaties is om naast de juiste zorginhoudelijke deskundigheidsmix te kunnen voorzien in deze behoeften, ook de juiste overheadcapaciteit en -kwaliteit te bepalen om het zorgpersoneel adequaat te ondersteunen bij het organiseren en leveren van kwalitatief goede en betaalbare zorg.

Gezien de toenemende complexiteit van de zorgbehoevenden, het afnemende aantal (passend gekwalificeerde) zorgprofessionals en de verhoogde aandacht voor kwaliteit en betaalbaarheid van de zorg, is een efficiënte en effectieve inzet van zorgpersoneel belangrijker dan ooit.

- **Uitdagingen in de arbeidsmarkt**

Wij zien diverse ontwikkelingen die van invloed zijn op de vraag naar personeel. Denk hierbij aan de kwaliteitsverbetering die wij als maatschappij in de care willen realiseren, de ontwikkeling van de zorgvraag (in de wijk), de toenemende vergrijzing, de toenemende uitval en uitstroom van zittend zorgpersoneel, de vervanging van een grote groep oudere zorgverleners en het oplossen van bestaande personeelstekorten bij een grote diversiteit aan zorgaanbieders. Als gevolg van deze ontwikkelingen loopt het aantal verpleegkundigen en verzorgenden dat de care de komende jaren extra moeten aantrekken op. De cijfers van het Ministerie van VWS wijzen erop dat het tekort kan oplopen naar 80.000 tot 100.000 verpleegkundigen en verzorgenden. Tegelijkertijd groeit de economie en wordt de arbeidsmarkt krappere. Het UWV sprak op 30 mei jongstleden de verwachting uit dat in 2017-2018 de krapte op de arbeidsmarkt zal toenemen, vooral in de zorg, de IT en de bouw. Voor de zorg verwacht het UWV in het bijzonder tekorten in (wijk)verpleegkundigen en verzorgenden, vanwege te weinig instroom in de opleidingen, een negatief imago (vooral in de ouderenzorg) en de daling van het aantal BIG-geregistreerde verpleegkundigen van 267.000 in 2013 tot 180.000 eind 2014¹.

Voor onder andere de specialist ouderengeneeskunde (SOG), de verpleegkundige op hbo-niveau, de psychiater en de arts voor verstandelijk gehandicapten (AVG) is er sprake van een vraagmarkt: het aanbod is kleiner dan de vraag ernaar. Het vacaturepercentage is volgens ramingen van het NIVEL wel gedaald, maar behoort met ongeveer 10% tot de medische beroepen met de meeste onvervulde vacatures. In de afgelopen jaren is het tekort aan SOG en AVG deels opgevangen door de inzet van basisartsen. Er is echter een grens aan wat basisartsen of overige ondersteuners kunnen overnemen.

Strategische personeelsplanning wordt ingezet om een duidelijk beeld te krijgen van het benodigd menselijk kapitaal om de bedrijfsdoelstellingen te kunnen realiseren. De krapte op de arbeidsmarkt betekent voor veel zorgaanbieders hierbij niet alleen extra inspanningen gericht op de werving van zorgpersoneel, ook het behouden van en het doorontwikkelen van zittend personeel wordt steeds belangrijker. Hierbij gaat het om een breed pakket aan maatregelen, van secundaire arbeidsvoorwaarden (onder andere werk-privé balans, mobiliteit en ruimte voor opleidingen) tot aan acties gericht op het verhogen van vitaliteit en werkplezier.

- **Administratieve lasten**

Veel zorgaanbieders stellen dat de administratieve belasting van medewerkers is gestegen als gevolg van de decentralisaties die in 2015 zijn doorgevoerd.

Gemeenten zijn daarmee onder andere verantwoordelijk geworden voor diverse zorgtaken en maken hierover afspraken met zorgaanbieders. Daardoor is in de ogen van zorgaanbieders niet alleen het aantal financiers toegenomen, maar ontbreekt ook de eenduidigheid tussen gemeenten als het gaat om eisen aan registratie en verantwoording.

¹ CBS, Minder geregistreerde verpleegkundigen, maart 2016.

Uit onderzoek van Berenschot onder ruim 4.200 zorgprofessionals in de langdurige zorg blijkt dat zorgprofessionals 25% van hun tijd aan administratieve taken besteden. Bijna negen op de tien medewerkers die directe zorg verlenen in de langdurige zorg ervaren die administratieve taken als belastend. Zelf vinden ze 14% acceptabel.

Ook ten aanzien van de administratieve lasten is het voor veel zorgaanbieders een zoektocht in het bepalen van de juiste overheadcapaciteit om het zorgpersoneel adequaat te ondersteunen. In een Kamerbrief² van de Staatssecretaris van VWS worden verschillende activiteiten aangekondigd om de regeldruk in de langdurige zorg aan te pakken. In deze brief wordt echter ook aangegeven dat dit geen gemakkelijke opgave zal zijn, en dat zorgorganisaties verantwoordelijkheid moeten nemen voor de eigen interpretatie van regels en de inrichting van hun administratieve processen.

- **Technologie en innovatie**

De informatievraag van medewerkers in de zorg is veranderd en zal blijven veranderen. Dit wordt enerzijds gevoed door onder andere de komst van smartphones, tablets en applicaties als WhatsApp, waardoor de vraagarticulatie steeds beter wordt ('medewerkers weten beter wat ze willen'). Anderzijds wordt door nieuwe ontwikkelingen, bijvoorbeeld rondom zelforganisatie, de behoefte in ondersteuning met behulp van ICT anders. Maar ook de behoefte aan technologie en innovatie vanuit cliënten en diens naasten verandert. Zo zien wij een toename van 'blended care', waarbij reguliere zorg met online interventies wordt gecombineerd. Ook zorgverzekeraars stimuleren steeds meer het gebruik van digitale interventies via zorginkoop. Tegelijkertijd zien wij dat de toenemende inzet van technologie en innovatie ook weer vragen op organisatieniveau oproept, bijvoorbeeld over de toenemende ICT-kosten in relatie tot de toegevoegde waarde ervan en de informatiebeveiliging.

Duidelijk is in ieder geval dat de caresector volop in beweging blijft. De combinatie van de veranderende wetgeving, de druk op de kosten én de kwaliteit van de zorg en een stijgende en complexere zorgvraag, vereist een kritische(re) blik op de bedrijfsvoering. Meer efficiënt werken mede door automatisering en digitalisering van processen wordt steeds belangrijker, en daarmee onlosmakelijk ook de toegevoegde waarde en omvang van de overhead van organisaties. Wij beogen dat deze benchmark aan deze discussie een waardevolle bijdrage levert.

1.3 Leeswijzer

In hoofdstuk 3 vindt u de benchmarkuitkomsten van uw organisatie. De benchmark biedt een eenduidige en objectieve vergelijking, geen finaal oordeel. 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.

Om te kunnen sturen op de overheadomvang is een norm echter wel van belang. In de huidige situatie hebben veel organisaties geen norm geformuleerd voor de overhead. De waarde van een norm is dat deze een grens aangeeft: hier moeten wij het mee doen. Wij raden uw organisatie aan om een eigen overheadnorm te bepalen. Deze is deels afhankelijk van de door u gewenste kwaliteit van de overhead. Wij vinden het hoe dan ook belangrijk dat de omvang van de overhead in verhouding staat tot de omvang van het primaire proces en in nauwe samenhang wordt beschouwd met de kwaliteit en de toegevoegde waarde ervan.

² De staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, drs. M.J. van Rijn, 15 juni 2016. Meer tijd voor zorg: merkbaar minder regeldruk

Het is belangrijk dat u de benchmarkuitkomsten kunt verklaren. In hoofdstuk 3 hebben wij hiertoe, op basis van een gesprek 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 waarin wij onze visie op en de ontwikkelingen in de overhead schetsen.
- Lees vervolgens de resultaten van uw organisatie in hoofdstuk 3.
- Schrijf vervolgens op basis van deze resultaten een eigen notitie. Verklaar in deze notitie eventuele afwijkingen en benoem eventuele eyeopeners en onverklaarbare items.
- Op het [online Berenschot-benchmarkplatform](#) vindt u een notitie waarin wij de algemene factoren benoemen die de omvang van de overhead bepalen.
- Vervolgens bespreekt u intern de resultaten samen met uw eigen notitie. U kunt dan bezien of er resultaten zijn waarop u wilt verdiepen. Hoofdstuk 4 kan u hierbij helpen.

2. Visie op en ontwikkelingen in de overhead

2.1 Wat is overhead?

Doel overhead

Overhead is een centraal begrip in dit onderzoek. Het begrip overhead heeft een negatieve klank en wordt vaak geassocieerd met het 'vet' van de organisatie. De discussie over overhead gaat vaak vooral 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.

Definitie overhead en primair proces

Voor een zuivere discussie over de overhead en daarmee de uitkomsten van de benchmark is het van belang dat iedereen daaronder hetzelfde verstaat. En juist dat is vaak niet het geval, met veel begripsverwarring en veel 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 proces³.

In het algemeen dragen de overheadfuncties dus 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 voor 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.

³ Zie ook: Huijben, M.P.M. en Geurtsen, A., *Heeft iemand de overhead gezien? Een beproefde methode om de overhead te managen*. Den Haag: SDU/Academic Service, januari 2008.

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

- Management en staf algemene en administratieve functies (zoals raad van bestuur, directie, medewerkers communicatie, 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 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 civiele functies (onder andere leidinggevenden voor keuken, receptie 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- en verblijfsvraag van de cliënt behoren.

Wij hebben een gedetailleerd overzicht van functies en kosten, die wij in dit onderzoek tot de overhead rekenen, opgenomen in de gedetailleerde cijfervergelijking in bijlage 1.

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 op twee manieren uitdrukken:

- In formatie
- In kosten

Het *aantal formatieplaatsen* is de primaire meeteenheid. Dit bepaalt immers het aantal interne klanten en is daarmee de belangrijkste werklustbepalende factor voor de overheadafdelingen. Wij gaan hierbij uit van de gemiddelde aantallen (bezetting) over 2016. Wij drukken het aantal formatieplaatsen binnen een benchmarkrubriek telkens uit als percentage van de totale formatie.

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

- Personele kosten
- Materiële kosten
- Kosten voor inhuur
- Uitbestedingskosten
- Overige kosten (zoals materiële kosten, huisvestingskosten, afschrijvings- en huurkosten)

De overheadkosten hebben wij gerelateerd aan de totale kosten van uw organisatie in 2016. Daarnaast hebben wij de overheadkosten berekend per formatieplaats van uw organisatie. Op die manier brengen wij voor elke organisatie de overhead vanuit drie perspectieven in beeld.

Voor elke zorgorganisatie bepalen wij welk perspectief het meest betrouwbare beeld van de omvang van de overhead weergeeft. Zo zegt het percentage overheadformatie weinig voor een organisatie die een groot aantal overheadtaken heeft uitbesteed aan derden. Wij kijken in dit voorbeeld dan naar de overheadkosten als percentage van de totale kosten, omdat hierin ook de uitbestedingskosten voor overheadtaken worden meegenomen.

2.3 Overhead in de caresector

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

2.4 Ontwikkelingen in de overhead

Ontwikkelingen

Wij zien diverse ontwikkelingen die van grote invloed zijn op de aard van de omvang van de overhead:

- Door toenemende **automatisering en digitalisering** worden er steeds meer uitvoerende (administratieve) taken uitgevoerd binnen het primaire proces. Primair proces en overhead lopen steeds meer in elkaar over. Veel zorgaanbieders beogen meer regie en verantwoordelijkheid in het primaire proces te beleggen, om zo de cliënt zo passend mogelijk te kunnen ondersteunen. Denk bijvoorbeeld aan het inkopen van goederen, een grotere rol bij de zorgbemiddeling en aan plannen en roosteren.
- **Administratieve belasting.** In de praktijk blijkt het voor veel medewerkers lastig om deze (administratieve) taken effectief en efficiënt uit te voeren. Dit gaat hiermee ten koste van de cliëntgebonden tijd. Zo blijkt uit onderzoek van Berenschot onder 4.200 zorgprofessionals in 2017 dat zorgmedewerkers gemiddeld 25% van hun tijd aan administratieve taken besteden. Die tijd kunnen zij niet besteden aan cliënten. Zelf vinden zij 14% acceptabel.

Veel zorgaanbieders stellen dat de administratieve belasting van medewerkers is gestegen als gevolg van de decentralisaties die in 2015 zijn doorgevoerd. Uit het onderzoek van Berenschot blijkt echter dat niet alleen de overheid, maar ook de zorgorganisaties zelf de administratieve belasting aanzienlijk kunnen verlagen door onnodige administratie te schrappen, administratieve processen slimmer in te richten (bijvoorbeeld eenmalige registratie aan de bron) en deze te ondersteunen door middel van gebruiksvriendelijke software en systemen.

- **Veranderende vraag.** Mede door een verschuiving van uitvoerende (digitale) taken en verantwoordelijkheden naar het primaire proces, verandert de vraag naar de benodigde ondersteuning. Teams en medewerkers willen integraal ondersteund worden om deze taken zo effectief en efficiënt mogelijk uit te kunnen voeren. Zij verwachten hierbij passende en tijdige informatievoorziening, efficiënte processen en goed werkende applicaties, helder(e) aanspreekpunt(en) voor de afhandeling van hun vragen en proactieve advisering hierin.

Leidinggevenden hebben daarnaast behoefte aan proactieve resultaat- en oplossingsgerichte ondersteuning en advisering op tactisch en strategisch niveau en bij innovatie en ontwikkeling.

- **Samen één doel in plaats van wij-zij.** Om vraag en aanbod aan ondersteuning te matchen is het essentieel dat de overhead en het primaire proces elkaars wensen en belangen kennen en hierover dus in dialoog zijn. Tot op heden zijn het primaire proces en de centrale overhead binnen veel zorgorganisaties echter twee verschillende werelden. Hierdoor is vaak sprake van een wij-zij verhouding en kritiek vanuit het primaire proces over de beperkte toegevoegde waarde van de ondersteunende diensten. Het structureel in dialoog zijn over de benodigde overhead, is een randvoorwaarde om zowel op korte als langere termijn een passende ondersteuning (aard, omvang en kwaliteit) en efficiënte bedrijfsvoering te kunnen borgen. Dit is een gezamenlijke verantwoordelijkheid van het primaire proces en de overhead. Wij zien dat veel zorgorganisaties deze complexe verandering aan het doormaken zijn.
- **Procesverbetering.** In deze dialoog gaat het niet alleen om te bepalen wat de goede ondersteuning is, maar ook om deze ondersteuning op een zo goed mogelijke manier te organiseren. Budgetten staan onder druk en organisaties zoeken naar mogelijkheden om efficiënter te werken. Wij zien hierbij dat het realiseren van procesverbetering in toenemende mate op gang komt om 1) knel- en verbeterpunten in de processen op te lossen, 2) in elk proces de klant centraal te zetten en 3) met elkaar te borgen dat processen optimaal blijven functioneren.

De Lean-methodiek kan hierbij helpen, aangezien deze uitgaat van het inrichten van processen waarin alle activiteiten van toegevoegde waarde zijn voor de klant doordat verspillingen (alles wat geen waarde toevoegt) worden geïdentificeerd en geëlimineerd.

- **Samenwerking en uitbesteden om schaalnadelen tegen te gaan.** Vermindering van de overheadkosten is één van de belangrijkste argumenten voor veel zorgorganisaties om te fuseren of samen te werken. Onderzoek van Berenschot onder 2.000 organisaties in ruim 40 sectoren laat echter zien dat dit voor de meeste organisaties een (vooral tot op heden) een non-argument is. Uit die analyses blijkt dat met name kleine organisaties (tot ongeveer 300 fte) kampen met schaalnadelen en ervaren knelpunten op de 4K's: kosten, kwaliteit, kwetsbaarheid en kansen voor medewerkers.

Wij verwachten echter dat de grens van 300 formatieplaatsen de komende jaren opschuift. In toenemende mate zien wij dat er sprake is van slimme, integrale automatisering met registratie aan de bron door gebruik van tablets en smartphones en het eenmalig invoeren van gegevens. Gevolg is dat processen beter en efficiënter verlopen. Hierdoor kunnen grote zorgorganisaties eindelijk écht voordeel behalen uit hun schaal. Het maakt immers voor een geautomatiseerd systeem nauwelijks uit of er 400 of 4.000 facturen of salarisstroken verwerkt moeten worden.

Automatisering moet hierbij geen doel op zich zijn. Te snel te scherp inzetten kan er ook toe leiden dat een organisatie door de bodem van de bedrijfsvoering zakt. Overhead is er immers niet voor niets, het heeft een belangrijke functie. Schaalvergroting en automatisering alléén leiden niet tot een efficiëntere bedrijfsvoering. De sleutel voor succes ligt daarvoor veel meer in een heldere, gedegene en gedragen visie op de bedrijfsvoering en een effectieve en efficiënte inrichting en aansturing daarvan (meer hierover in hoofdstuk 4).

Vooral kleinere organisaties kunnen dus baat hebben bij een fusie of samenwerking, om de genoemde schaalnadelen tegen te gaan. Een veel gekozen oplossing is het uitbesteden van een deel van de (niet-strategische) overheadtaken zoals administratieve en ICT-ondersteuning. Een andere optie is om dergelijke ondersteunende activiteiten in eigen beheer te houden en ook declarabel aan te bieden aan derden. Een derde mogelijkheid, slimme samenwerkingsverbanden aangaan voor de overhead, gebeurt nog maar zeer beperkt in de langdurige zorg.

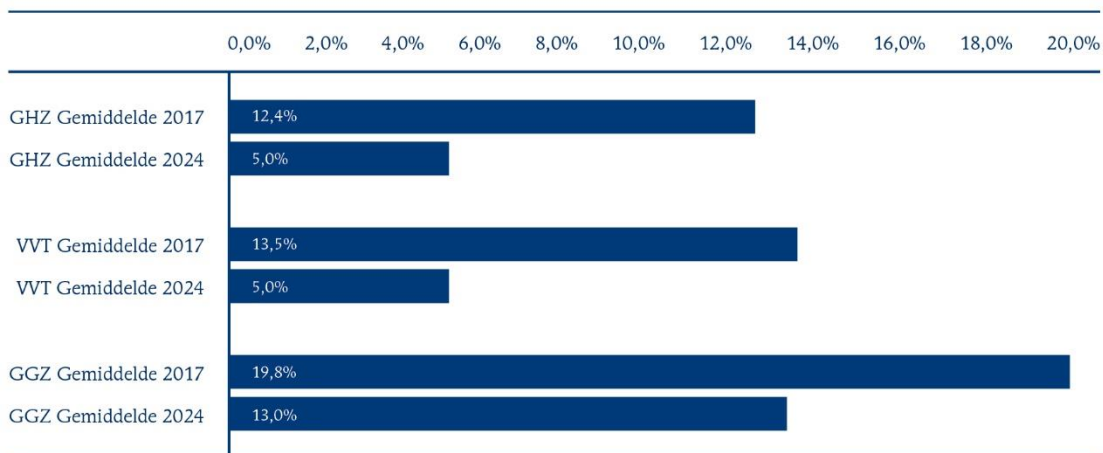
Samenwerken kent meer vormen dan direct met andere organisaties samengaan. Het uitwisselen van kennis en ervaringen, gezamenlijk oppakken van sector brede uitdagingen, gezamenlijk beleid, samen inkopen en samenwerking op specifieke (gestandaardiseerde) taken behoren tot de opties. De mate en de vorm van samenwerking is altijd maatwerk, afhankelijk van de omvang van de eigen zorgorganisatie, de aard van het primaire proces, de organisatie specifieke context en de schaal die daarbij hoort.

- **Sturen op toegevoegde waarde en kwaliteit.** Op dit moment kijken veel zorgorganisaties kritisch naar de huidige omvang, de toegevoegde waarde en kwaliteit van de ondersteunende diensten. Wij zien nog veel ondersteunende diensten met hoofdzakelijk ondersteuning op operationeel niveau. Bovenstaande ontwikkelingen zorgen er echter voor dat de nadruk minder komt te liggen op administratie en uitvoering, en veel meer op aansturing, beleid, advies en informatiemanagement. Dit stelt andere eisen aan de organisatie, mensen en systemen. Zo zal de toekomstige overhead kleiner zijn met gemiddeld hoger opgeleide medewerkers.

Overhead in 2024

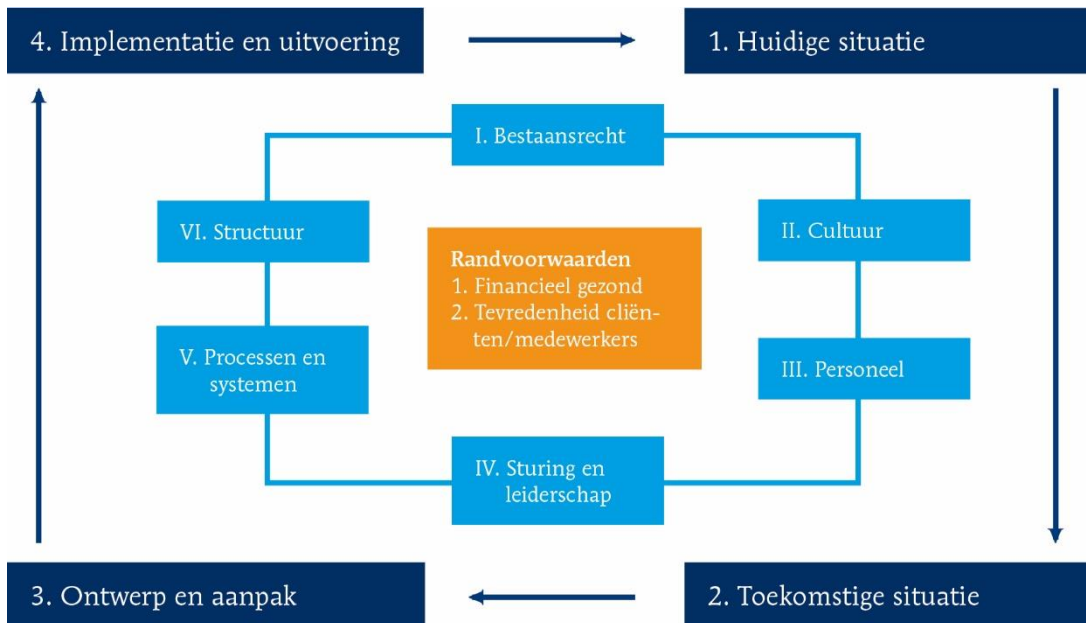
In de benchmark berekenen wij naast het gemiddelde ook een kwartielscore. Dat is het percentage overhead waar een kwart van de organisaties op of onder zit. Daarmee is dit voor nu een scherpe, reële richtlijn. De komende jaren zullen de aard en omvang van de overhead zoals hiervoor aangegeven echter drastisch veranderen. Voor de VVT en GHZ verwachten wij een daling van de overheadformatie naar gemiddeld 5%, voor de GGZ zal het percentage naar verwachting op 13% uitkomen. Dat lijkt utopie, maar in onze benchmark hebben enkele organisaties reeds een dergelijke omvang van de overheadformatie waarbij zij in staat zijn om de benodigde toegevoegde waarde en kwaliteit in de ondersteuning te leveren.

Percentage overheadformatie



2.5 Realiseren van een toekomstbestendige overhead met toegevoegde waarde

Wetende dat de aard en omvang ervan veranderen, is het dus de vraag hoe overhead kan blijven bijdragen aan goede betaalbare zorg. Wij hebben op basis van best practice onderzoek een pragmatisch model ontwikkeld, dat hierbij kan helpen. Het model gaat uit van continu verbeteren (de donkerblauwe pijlen) en onderscheidt een zestal met elkaar samenhangende onderdelen.



Het uitgangspunt is dat overhead 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 aan de lat staan voor dezelfde uitdaging: goede en betaalbare zorg. Maar ook vanuit het besef dat de overhead meerdere rollen vervult (namelijk een kader stellende, 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. Leidinggevendens 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 performance management.
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 real time 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 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).
6. Zoals gezegd is er 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.
7. 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 4 vindt u meer aanbevelingen voor het optimaliseren en vernieuwen van de overhead.

3. Resultaten van uw organisatie

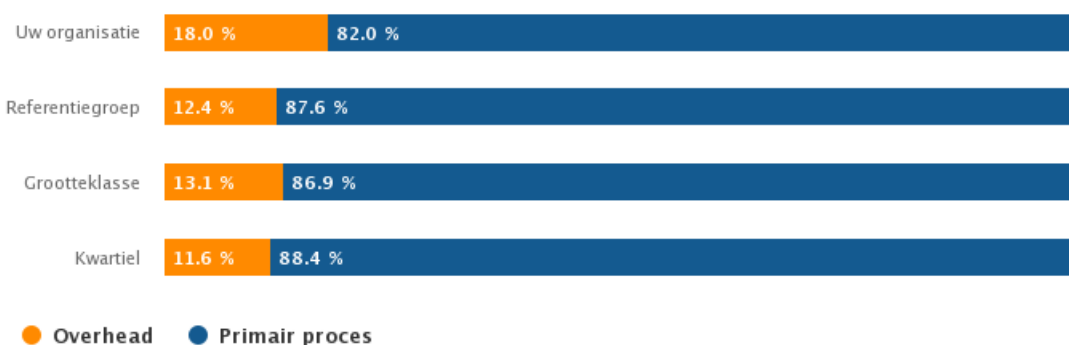
In dit hoofdstuk beschrijven wij de benchmarkuitkomsten van uw organisatie. Wij vergelijken de overhead van uw organisatie in formatie en in kosten met drie referentiegroepen:

- De eerste en primaire referentiegroep is het gemiddelde van de totale GHZ-referentiegroep. In deze referentiegroep zitten 50 GHZ-organisaties.
- De tweede referentiegroep is het gemiddelde van GHZ-organisaties die minder dan 500 fte in dienst hebben. In deze referentiegroep zitten 14 organisaties.
- De derde referentiegroep betreft de kwartielscore van GHZ-referentiegroep. De kwartielscore is een 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 bijlage 1 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 onderstaande 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.



De omvang van de overheadformatie van uw organisatie bedraagt 18,0%. Dit is 45% groter dan gemiddeld in de totale GHZ-referentiegroep (12,4%)

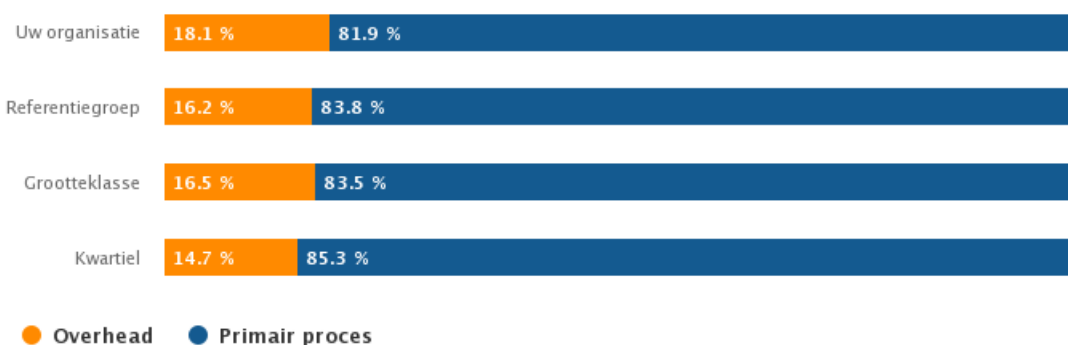
B

Onderstaande tabel presenteert een gedetailleerdere vergelijking van uw overheadformatie. Wij hebben achter elke rubriek de code conform de cijferbijlage opgenomen.

	Uw organisatie	Gemiddelde referentiegroep	Gemiddelde grootteklasse	Kwartaalscore referentiegroep
Personeel algemene en administratieve functies	Verwijderd	Verwijderd	Verwijderd	Verwijderd
<i>Algemeen management</i>	Verwijderd	Verwijderd	Verwijderd	Verwijderd
<i>Staf algemene en administratieve functies</i>	Verwijderd	Verwijderd	Verwijderd	Verwijderd
<i>Administratief en financieel personeel</i>	Verwijderd	Verwijderd	Verwijderd	Verwijderd
<i>Automatiseringspersoneel</i>	Verwijderd	Verwijderd	Verwijderd	Verwijderd
<i>Opleidingspersoneel</i>	Verwijderd	Verwijderd	Verwijderd	Verwijderd
<i>Personeel verwerving (inkoop)</i>	Verwijderd	Verwijderd	Verwijderd	Verwijderd
<i>Personeel i.z. P&O</i>	Verwijderd	Verwijderd	Verwijderd	Verwijderd
<i>Personeel algemene ondersteuning</i>	Verwijderd	Verwijderd	Verwijderd	Verwijderd
Management & staf civiele functies	Verwijderd	Verwijderd	Verwijderd	Verwijderd
Management cliëntgebonden functies	Verwijderd	Verwijderd	Verwijderd	Verwijderd
Staf cliëntgebonden functies	Verwijderd	Verwijderd	Verwijderd	Verwijderd
Leidinggevend VOV-personeel	Verwijderd	Verwijderd	Verwijderd	Verwijderd
Personeel terrein- en gebouwgebondenfuncties	Verwijderd	Verwijderd	Verwijderd	Verwijderd
Totaal aandeel overhead	18,0%	12,4%	13,1%	11,6%

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 gemiddelden en de kwartaalscore van de GHZ-referentiegroep. Het percentage is berekend door de overheadkosten te delen door de totale kosten.



De omvang van de overheadkosten van uw organisatie bedraagt 18,1%. Dit is 11% groter dan gemiddeld in de totale GHZ-referentiegroep (16,2%).

B

Onderstaande tabel presenteert een gedetailleerdere vergelijking van de overheadkosten.

	Uw organisatie	Gemiddelde referentiegroep	Gemiddelde grootteklasse	Kwantielscore referentiegroep
Totale overheadlasten	18,1%	16,2%	16,5%	14,7%
<i>Personele lasten overhead</i>	<i>Verwijderd</i>	<i>Verwijderd</i>	<i>Verwijderd</i>	<i>Verwijderd</i>
<i>Personele inhuurlasten overhead</i>	<i>Verwijderd</i>	<i>Verwijderd</i>	<i>Verwijderd</i>	<i>Verwijderd</i>
<i>Materiële lasten overhead - eigen beheer</i>	<i>Verwijderd</i>	<i>Verwijderd</i>	<i>Verwijderd</i>	<i>Verwijderd</i>
<i>Uitbestedingslasten overhead</i>	<i>Verwijderd</i>	<i>Verwijderd</i>	<i>Verwijderd</i>	<i>Verwijderd</i>

3.3 Beschouwing uitkomsten

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

4. 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. Het uitvoeren van de adviezen is hierbij de volgende stap. Maar wat houdt het advies precies in? En wat betekent dat voor uw organisatie? Welke stappen kunt u nog meer ondernemen op weg naar verbetering? In dit hoofdstuk lichten wij enkele mogelijke vervolgonderzoeken toe.

4.1 Vergroten toegevoegde waarde

Met behulp van de 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 focus mede te bepalen.

De toegevoegde waarde van de ondersteuning wordt mede bepaald door afnemers in een enquête 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 worden vervolgens verdiept in individuele- en groeps gesprekken 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.

4.2 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.

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.

In de volgende figuur hebben wij de acht vormen van verspilling met toelichting opgenomen.



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. **Metten:** 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 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](#).

4.3 Span of control passend bij de organisatiefilosofie

Een onderzoek naar de span of control 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 control te bepalen voor uw organisatie. De optimale span of control verschilt per organisatie en uit onderzoek blijkt dat het hoofdzakelijk afhankelijk is van vijf factoren:

1. Organizeerfilosofie (zoals werken met zelforganiserende/resultaatverantwoordelijke).
2. Taakcomplexiteit (zoals aard werk, taakheterogeniteit, meetbaarheid).
3. Taakvolwassenheid medewerkers (zoals motivatie, opleidings- en kennisniveau en ervaring).
4. Organizeerkenmerken (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 lijnmanagement. Deze omvang varieert van 1 tot 13% van de totale personeelsformatie. Het is gemiddelde in de deelsectoren van de care ligt rond de 4%.

4.4 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. Ten aanzien van de aansturing van de overheaddiensten, zijn vanuit de theorie grofweg drie modellen denkbaar:

- *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.
- *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.
- *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 care-organisaties. 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. Verder 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 jaarlijks de tevredenheid te peilen van de lijnmanagers en hun wensen mee te nemen bij aanpassingen in de dienstverlening voor het volgende jaar. Daarnaast is het belangrijk dat de centrale medewerkers 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 scherp gehouden worden.

4.5 Verdieping

Berenschot kan uw organisatie ondersteunen bij het verdiepen van de benchmarkuitkomsten en/of realiseren van verbeteringen in de bedrijfsvoering in brede zin. Wij hebben voor enkele actuele thema's hieronder links opgenomen waar u meer informatie onder andere over onze dienstverlening kunt vinden. Neemt u bij vragen vooral contact met ons op.

- [Duurzame HR strategie en Strategische personeelsplanning](#)
- [Kostprijsberekeningen](#)
- [Zelfsturing / zelforganisatie](#)
- [Informatiemanagement en Strategische ICT-planning](#)
- [Lean in de zorg](#)
- [Bedrijfsvoering](#)
- [Hospitality in de zorg](#)

Bijlagen

Bijlage 1

Gedetailleerd overzicht van de resultaten van uw organisatie

Bijlage 2

Onderzoeksverantwoording

Bijlage 2 Vraagstelling en aanpak

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 115 zorgorganisaties die in de periode 2015-2017 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
Totaal	49	50	17
Minder dan 500 fte	8	14	0
500 - 1000 fte	19	14	3
Meer dan 1000 fte	21	22	14

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.

Eenduidige 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.
- 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 ten behoeve van 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 biedt een uitstekende mogelijkheid om een zuivere discussie te voeren over de omvang van de overhead in uw organisatie.

Maar beperkingen zijn er ook. 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.

Marvin Hanekamp
Eveline Castelijns
Simon Heesbeen
Carlijn Koopal
Ard Kot
Rika van Scherrenburg

