

Van bezinnen naar beginnen

Onderzoek besteding AWBZ-middelen: kostenstructuur en effecten voor cliënten in VVT-organisaties

11 april 2010

Inhoud

Inleiding	10
1 Verdeling van AWBZ-middelen in VVT-organisaties	13
<i>Deelvraag 1a: verdeling van de AWBZ-gelden over kostensoorten</i>	13
Zorgorganisaties besteden driekwart van hun middelen aan personeel	16
Patiënt- en bewonergebonden kosten sterk afhankelijk van type zorgverlening	20
Variatie in materiële kosten	21
Kapitaalslasten geen focus in onderzoek	21
<i>Deelvraag 1b: omvang en samenstelling overheadkosten</i>	21
Overhead gemiddeld 13,2% (Berenschotdefinitie) dan wel 13,3% (benchmarkdefinitie)	23
<i>Deelvraag 1c: verbanden tussen financiële prestaties en inzet van AWBZ-middelen</i>	24
Nettomarge VVT net boven nul	25
Budgetratio gemiddeld 14,7%	25
Geen relatie tussen overhead en nettomarge of budgetratio	26
<i>Deelvraag 1d: achtergronden van kostenstructuur en overhead</i>	28
Percentage personeelskosten hoger in grote zorgorganisaties	28
Percentage personeelskosten hoger in regio's Noord en Zuid	28
Overheadpercentage is het laagst in zeer grote zorgorganisaties	29
Managementfilosofie en managementstijl als quick wins voor goede financiële prestaties te beschouwen.....	30
Managementstijl van grote invloed op personeelskosten en overhead	33
<i>Samenvatting en reflectie op de onderzoeksvraag</i>	37
2 De effecten van de middelenverdeling op de zorgverlening aan de cliënt	39
<i>Deelvraag 2a: operationalisatie kwaliteit en kwantiteit van zorg</i>	39
Kwaliteit van zorg vooral via CQ-index te operationaliseren	39
Kwaliteit van werkgeverschap relevant aspect voor zorgverlening	40
Voor kwantiteit van zorg nog geen goede operationalisatie mogelijk	40
<i>Deelvraag 2b: scores zorgorganisaties op kwaliteit</i>	40
<i>Deelvraag 2c: Samenhang tussen aspecten van zorgverlening</i>	41
Kwaliteitsscores verschillen per onderdeel van de zorgorganisatie	41
Scores op kwaliteit van zorg hangen beperkt samen met scores op werkgeverschap	42
<i>Deelvraag 2d: factoren van invloed op kwaliteit</i>	42
Omvang zorgorganisatie beperkt van invloed op cliëntoordeel	43
Visie op zorgverlening kan bijdragen aan kwaliteit van zorg	43
<i>Reflectie op de onderzoeksvraag</i>	47
3 Verband tussen middelenverdeling en effecten voor de cliënt	48
<i>Deelvraag 3a: verbanden inzet AWBZ-middelen en zorgverlening aan cliënten</i>	48

	Uit benchmark geen algemeen verband tussen financiële prestaties en kwaliteit af te leiden	48
	<i>Deelvraag 3b: factoren die het verband tussen kostenstructuur en kwaliteit beïnvloeden</i>	50
	<i>Reflectie op de onderzoeksvraag</i>	52
4	Aangrijpingspunten voor zorgorganisaties en beleid	54
	<i>Deelvraag 4a: leerpunten voor AWBZ-organisaties</i>	54
	Kennis is aanwezig, implementatie nog uitbouwen	54
	Managementfilosofie, leiderschap en platte gedecentraliseerde organisatie meest benadrukte succesfactoren	54
	<i>Deelvraag 4b: aangrijpingspunten voor beleid</i>	56
	<i>Deelvraag 4c: meerwaarde onderzoek en voorwaarden voor herhaling</i>	57
A	Onderzoeksmodel en -verantwoording	59

Samenvatting

Welk verband is er tussen de wijze waarop zorgorganisaties hun AWBZ-middelen inzetten en de zorgverlening aan hun cliënten? Kunnen goede financiële prestaties samengaan met goede kwaliteit? En wat is de rol van de overheadkosten?

Over deze vragen, toegespitst op de organisaties in de verpleging, verzorging en thuiszorg gaat bijgaand onderzoeksrapport. Het is een rapport dat is geschreven in opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). De brancheorganisatie ActiZ maakte deel uit van de begeleidingscommissie.

Om een antwoord op de vragen te krijgen, is in de eerste plaats een nadere analyse gemaakt van gegevens uit de ActiZ-benchmark 2007/2008. Daarin zijn zowel financiële prestaties als kwaliteitsprestaties onderzocht. Dit kwantitatieve onderzoek is aangevuld met een kwalitatief deel met zes uitgebreide interviews met bestuurders en een groepsdiscussie. De geïnterviewden en deelnemers aan de groepsdiscussie zijn geselecteerd op basis van een steekproef onder de benchmarkdeelnemers in 2007/2008. De uitkomsten van dit kwalitatieve deel zijn niet representatief voor de sector, maar naar ons oordeel wel goed herkenbaar voor de branche.

Onderzoeksvraag 1: de verdeling van AWBZ-middelen

De eerste onderzoeksvraag gaat over de verdeling van AWBZ-middelen over de verschillende kostensoorten, dus met andere woorden over de kostenstructuur. Bijzondere aandacht werd gevraagd voor de overhead.

De kostenstructuur ziet u in tabel S-1. We maken onderscheid tussen intramurale, gemengde en extramurale organisaties. Intramurale organisaties behalen meer dan 55% van hun omzet in zorg met verblijf, extramurale organisaties behalen meer dan 70% van hun omzet in zorg thuis. De overige organisaties zijn de gemengde organisaties. Het onderscheiden van deze drie organisatietypes is van belang, omdat de kostenstructuur substantieel verschilt door onder meer het verschil in kapitaalslasten en het verschil in zorgaanbod.

In de VVT-sector gaat circa 12 miljard euro per jaar om, nog exclusief 1 miljard voor huishoudelijke hulp in het kader van de Wet maatschappelijke ondersteuning¹.

¹ In dit onderzoek meegenomen voor zover geleverd door VVT-organisaties.

Tabel S-1: Gemiddelde verdeling van AWBZ-middelen (opbrengsten) over de kostensoorten

Kostensoort	Intramuraal	Gemengd	Extramuraal
Uitvoerenden zorg (zorgmedewerkers)	46,0%	55,7%	64,2%
Medewerkers hotelfunctie (schoonmaak, voeding)	8,6%	3,8%	0,7%
Leidinggevenden in de zorg	3,1%	3,9%	4,0%
Support staff (secretariaten)	0,8%	1,7%	1,7%
Personeel & Organisatie en (salaris)administratie	2,2%	2,3%	1,8%
Raad van Bestuur/topmanagement	2,4%	5,7%	2,5%
Overige personeelskosten (reiskosten, dienstkleding en kinderopvang)	2,8%	1,9%	6,4%
Totale personeelskosten	65,9%	75,0%	81,3%
Patiënt- en bewonergebonden kosten (bijvoorbeeld kosten van hulpmiddelen en protheses, materiaalkosten bezigheidstherapie en kosten van verpleegmaterialen, beveiliging)	11,4%	5,1%	2,6%
Materiële kosten (bijvoorbeeld automatisering, kantoorkosten, verzekeringen en belastingen)	5,9%	8,6%	10,0%
Kapitaalslasten	15,4%	10,9%	6,7%
Totaal²	100%	100%	100%

Bron: Onderzoek besteding AWBZ-middelen, PricewaterhouseCoopers 2009, gebaseerd op benchmark ActiZ 2007/2008

De overhead per organisatietype ziet u in tabel S-2. De overhead omvat de personeelskosten van leidinggevenden in de zorg, P&O en (salaris)administratie, support staff, RvB/topmanagement plus aan deze functie toegerekende materiële kosten.

Tabel S-2: Overhead als percentage van de kosten

Kostensoort	Intramuraal	Gemengd	Extramuraal
Overhead totaal ³	10,3%	15,6%	13,0%

Bron: Onderzoek besteding AWBZ-middelen, PricewaterhouseCoopers 2009

Gemiddeld voor de VVT-sector bedraagt de overhead 13,3% van de totale kosten. Dat getal is vergelijkbaar met de cijfers uit de overhead-onderzoeken van Berenschot. In de VVT is de overhead (Berenschot: 13,2%) lager dan de overhead in de sector gehandicaptenzorg (14,3%) en zeker dan de ziekenhuizen (15,0%), welzijnszorg (16,3%) en geestelijke gezondheidszorg (21,0%). Het percentage overhead is van belang, omdat minder overhead betekent dat er meer handen aan het bed ingezet kunnen worden.

Toch betekent het niet altijd dat minder overhead beter is. In de benchmark is namelijk niet aangetoond dat organisaties met een lage overhead financieel gezonder zijn – dus geen of minder

² Door afrondingsverschillen tellen de cijfers niet exact op tot 100%

³ Let op: het percentage van 13,3 is niet af te leiden uit de percentages in tabel S-1. Dat komt omdat in tabel S-1 de percentages zijn weergegeven als percentages van de opbrengsten (in aansluiting op de benchmarkuitkomsten), terwijl de 13,3% is uitgedrukt als een percentage van de kosten. Dat laatste is gedaan om de vergelijking te kunnen maken met de berekening van de overhead uit de onderzoeken van bureau Berenschot.

verlies lijden. Er is geen verband te zien. Ook is geen verband vast te stellen tussen de hoogte van de overhead en de kwaliteit van de zorg.

Voor medewerkers de aanwezigheid van overhead van groot belang. Medewerkers in een organisatie met een lage overhead ervaren meer werkdruk. Dat is niet onlogisch: er zijn dan wel meer handen aan het bed, maar die handen moeten ook een aantal taken van leidinggevenden en staf uitvoeren, bijvoorbeeld het maken van dienstroosters. Ergens zal een optimum zijn; uit de beschikbare benchmarkcijfers was dat niet te berekenen, maar in eerder benchmarkonderzoek voor de thuiszorg is het wel aangetoond: beneden een bepaalde overheadgrens daalde de tevredenheid van medewerkers.

Organisaties die vergeleken met de andere organisaties van het zelfde type (dus intramuraal, gemengd of extramuraal) een hoge overhead hebben, doen er echter goed aan om na te gaan in welke mate en hoe zij op hun overhead kunnen besparen. Tussen organisaties van hetzelfde type zijn forse verschillen te zien, en dat betekent dat hier een leerpunt te identificeren is. De variatie wordt vooral veroorzaakt door verschillen in het percentage leidinggevenden in de zorg.

Ook het percentage materiële kosten verschilt tussen de organisaties van eenzelfde type. Ook hier is dus een leerpunt aanwezig.

Onderzoeksvraag 2: de effecten op kwaliteit en kwantiteit van zorg

De kwaliteit van zorg is afgemeten aan de beoordeling van de zorg door de cliënten (de CQ-scores). Naast de CQ-scores zijn er de zorginhoudelijke indicatoren (bijvoorbeeld valpartijen en medicatiefouten); de scores van de verschillende indicatoren zijn echter niet optelbaar, en daarom zijn ze in dit onderzoek buiten beschouwing gebleven.

Cliënten in de zorg thuis waarderen de kwaliteit van zorg met een 8,0. Cliënten die in zorgorganisatie verblijven, zowel somatische cliënten als (contactpersonen van) psychogeriatrische cliënten geven een 7,7 als cijfer. Daarmee zijn zij positiever over de kwaliteit van zorg dan medewerkers; zij geven de kwaliteit van de zorg een 6,9.

Het is niet goed mogelijk om een totaalscore voor het cliëntoordeel per zorgorganisatie te berekenen. De vragen die aan de verschillende cliëntgroepen zijn voorgelegd, verschillen te veel om scores bij elkaar te kunnen optellen. Daar komt bij dat zorgorganisaties die goed scoren in de ogen van de ene cliëntgroep, dit lang niet altijd doen in de ogen van de andere groepen. Er is met andere woorden weinig samenhang tussen de scores van cliënten in de zorg thuis, intramurale somatische en intramurale psychogeriatrische cliënten. Er blijkt evenmin veel samenhang te zijn tussen het oordeel van de cliënt (de zogenoemde CQ-score) en de zorginhoudelijke indicatoren zoals valpartijen of fouten in de medicijnvoorziening. Organisaties waar cliënten positief zijn, scoren lang niet altijd goed op de zorginhoudelijke indicatoren. Blijkbaar letten cliënten op andere zaken.

Er is nog een reden waarom het niet verstandig is om te veel te varen op één score per zorgorganisatie. Er blijken grote kwaliteitsverschillen te zijn tussen verschillende onderdelen (regio's, locaties) van zorgorganisaties. Een score op het niveau van de totale organisatie middelt die verschillen uit en zegt dus weinig meer.

De onderzoeksvraag zoals die was gesteld, betrof ook een specificering en waardering van de *hoeveelheid* zorg die cliënten krijgen. Die vraag kon niet worden beantwoord, omdat daar geen systematische en actuele gegevens over bekend zijn. Dat zou een tijdsregistratie door medewerkers op de werkvloer vergen, met de daarbij behorende administratieve lasten.

Onderzoeksvraag 3: verband tussen financiële prestaties en kwaliteit

Er blijkt geen verband aantoonbaar tussen financiële prestaties en kwaliteit van zorg. Een goede kwaliteit van zorg voorspelt geen gezonde financiële exploitatie, en andersom ook niet.

Daarbij merken wij wel op dat vergelijking wordt bemoeilijkt omdat kwaliteitsgegevens op het niveau van organisatieonderdelen worden verzameld, maar financiële gegevens op het niveau van de gehele organisatie.

Er zijn wél verbanden tussen financiële prestaties en medewerkers. In organisaties die geen of minder verlies lijden, werken medewerkers die meer dan gemiddeld flexibel zijn, die beschikken over voldoende veerkracht, die mogelijkheden hebben voor kennisuitwisseling en communicatie en die betrokken worden bij organisatieprocessen. Deze organisaties hebben tevens gezorgd voor voldoende diversiteit in de medewerkersformatie. De andere kant van de medaille is, dat de medewerkers in dergelijke organisaties wel een hogere werkdruk ervaren en meer moeite hebben met de balans tussen werk en privé. Blijkbaar vraagt het dus wel het nodige van de medewerkers. Een positief punt is dan weer dat in organisaties met een voldoende eigen vermogen de medewerkers meer tevreden zijn over de mogelijkheden voor ontwikkeling en scholing. Deze organisaties investeren in hun medewerkers, en medewerkers merken dat.

De vraag is vervolgens wat daarvan de effecten zijn op de zorg voor de cliënt. Ervaren cliënten een betere kwaliteit van zorg als de medewerkers positiever zijn? Uit de benchmark blijkt dat dit op een aantal onderdelen inderdaad zo is. In organisaties waar de medewerkers die positief zijn over aspecten als sfeer, communicatie en cultuur, ervaren intramurale somatische cliënten een hogere kwaliteit van zorg. Maar voor psychogeriatrische cliënten en cliënten in de zorg thuis gaat dat niet op: er is geen verband gevonden. En dat geldt ook voor andere onderdelen van het medewerkersoordeel. Tussen bijvoorbeeld werkdruk en kwaliteit is maar een heel zwak verband gevonden.

Op basis van de beschikbare (niet-volledige) gegevens is in dit onderzoek geen verband gevonden tussen de toekomstige budgetwijzigingen als gevolg van de invoering van de zorgzwaartebekostiging en de geboden kwaliteit. Verder blijkt uit dit onderzoek dat de opbouw en afbouw van het budget slechts een van de vele factoren is die een rol spelen bij een gezonde

exploitatie van een zorginstelling.

Onderzoeksvraag 4: aangrijpingspunten uit het onderzoek

Het onderzoek biedt geen recept voor goede kwaliteit en een gezonde exploitatie. Het onderzoek biedt echter wel een groot aantal aanknopingspunten in de vorm van factoren die volgens de benchmarkuitkomsten of volgens de geïnterviewden en deelnemers aan de discussiebijeenkomst goede prestaties beïnvloeden. Het zijn stuk voor stuk factoren die herkenbaar zijn en in de praktijk ook al worden toegepast, maar die blijkbaar toch nog onvoldoende worden geïmplementeerd.

In de tabel ziet u een overzicht van de succesfactoren in de bedrijfsvoering van zorgorganisaties.

Tabel S-3: Succesfactoren in de bedrijfsvoering

Factor	Toelichting
Een duidelijke beleidsvisie en managementfilosofie	Van belang is dat de visie: <ul style="list-style-type: none"> - aantoonbaar wordt gedragen door RvB en management - duidelijk wordt gedeeld met de medewerkers - consequent wordt vertaald in de bedrijfsvoering en organisatiestructuur
Cliënt echt centraal	<ul style="list-style-type: none"> - Vraag de cliënt wat hij belangrijke kwaliteitsindicatoren vindt - Laat de cliënt zelf bepalen welke maatzorg hij bovenop de basiszorg wil ontvangen
Focus in bedrijfsvoering	<ul style="list-style-type: none"> - Richt de focus op kerntaken, op het primaire proces; vermijd 'zorgvreemde taken' - Vermijd te grote fusies - Durf de stap naar innovatie te nemen - Het vragen van een bijdrage van de cliënt voor extra diensten raakt steeds meer uit de taboesfeer
Een krachtig management	Goede managers: <ul style="list-style-type: none"> - zijn betrokken en gedreven - durven keuzes te maken - zijn zichtbaar en houden contact met de werkvloer - fungeren als rolmodel - kunnen delegeren - zijn creatief
Een platte en decentraal georganiseerde organisatie	Onder plat en decentraal wordt verstaan: <ul style="list-style-type: none"> - weinig managementlagen - bevoegdheden onderin de organisatie neergelegd - wijkgericht en kleinschalig werken - betrokkenheid van medewerkers bij beleid - medewerkers zijn zich bewust van kwaliteit én kosten
Een uitgewerkt beleid	Goed doordacht beleid ten aanzien van: <ul style="list-style-type: none"> - cliënten - personeel - vrijwilligers - mantelzorgers
Investeren in personeel	<ul style="list-style-type: none"> - Herstel de relatie tussen professional en cliënt, geef professionals vertrouwen en autonomie - Maak medewerkers kostenbewust - Zorg voor scholings- en ontwikkelingsmogelijkheden

Bron: Onderzoek besteding AWBZ-middelen, PricewaterhouseCoopers 2009

Er is in het onderzoek ook gevraagd naar factoren die wel van invloed zijn op financiële prestaties en kwaliteit, maar die niet door individuele zorgorganisaties te beïnvloeden zijn. Als aangrijpingspunt voor de overheid en zorgverzekeraars is op deze wijze vooral de oproep gedaan om een meer duurzaam beleid te voeren en niet voortdurend veranderingen te willen aanbrengen.

Ook werd gewezen op het belang van het tijdig bekend maken van beleidswijzigingen en op de nog steeds ervaren hoge regeldruk.

Grote en kleine zorgorganisaties

Kleine zorgorganisaties, met een omzet van minder dan 10 miljoen euro, zijn financieel gezonder dan andere zorgorganisaties. Als redenen worden vooral genoemd de geringe afstand tussen het management en de werkvloer, en de overzichtelijkheid van de organisatie. Er is echter ook geopperd dat alleen de financieel gezonde kleine organisaties nog bestaan; de andere zouden inmiddels door grote organisaties zijn opgenomen.

Zeer grote organisaties, met een omzet van meer dan 100 miljoen euro, lijden het meeste verlies en hebben het laagste percentage eigen vermogen. Het zijn over het algemeen extramurale organisaties. Een verband met de regio waarin zij zijn gelegen, is er niet. Opvallend is dat zeer grote organisaties wel de laagste overhead hebben (en kleine organisaties een hogere overhead). Ook opvallend is dat de organisaties met de hoogste overhead de organisaties zijn met een omzet tussen de 40 en de 100 miljoen euro; mogelijk zijn deze net te klein om de schaalvoordelen in dit opzicht te kunnen behalen.

De vraag of kleine organisaties betere kwaliteit van zorg leveren dan grote, moet genuanceerd worden beantwoord. Voor intramurale somatische cliënten geldt dat wel enigszins (het verschil met de andere grootteklassen is 0,2 of 0,3 punten), maar voor psychogeriatrische cliënten en cliënten in de zorg thuis is er een verschil van hooguit 0,1 punt. Dit verschil is verwaarloosbaar. Tussen de allergrootste organisaties (met een omzet van meer dan 100 miljoen) en de allerkleinste (met een omzet van minder dan 10 miljoen) is er zelfs in het geheel geen verschil in scores.

Inleiding

Dit rapport beschrijft de wijze waarop VVT-zorgorganisaties hun AWBZ-gelden inzetten en hoe deze inzet zich verhoudt tot de inzet van zorgverlening aan cliënten.

Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft besloten om een verkennend onderzoek te laten uitvoeren naar deze materie. Het inzicht in de materie diende gegeven te worden op basis van een kwantitatief en een kwalitatief onderzoek. Naast het ministerie heeft brancheorganisatie ActiZ zitting genomen in de begeleidingscommissie. Het onderzoek gaat in op de volgende vier onderzoekscategorieën:

- a de kostenstructuur van zorgaanbieders;
- b de zorgverlening voor de cliënt (kwantiteit en kwaliteit);
- c de relatie tussen kostenstructuur en zorgverlening voor de cliënt;
- d aangrijpingspunten voor zorgaanbieders, voor beleidsmakers en voor eventueel herhalingsonderzoek.

Waarom dit onderzoek?

Zorgorganisaties ontvangen AWBZ-gelden die zij dienen te besteden aan de zorgverlening aan hun AWBZ-cliënten. Binnen de productieafspraken die zij maken, zijn zij vrij in de wijze van besteding van deze middelen. Via de jaarverslaglegging bestaat enig inzicht in de wijze waarop deze organisaties de AWBZ-middelen besteden. Daarnaast bestaat inzicht in de kwaliteit van zorg via verschillende kwaliteitstrajecten. Maar hoe verhoudt de inzet van de middelen zich tot de inzet voor zorgverlening aan cliënten, zowel qua omvang als in kwaliteit van zorg?

Het onderzoek dient een bijdrage te leveren aan beleidsvorming ten aanzien van de inzet van AWBZ-middelen en aan het genereren van leerpunten voor de zorgaanbieders. Specifiek zijn dit de verpleeghuizen, verzorgingshuizen en thuiszorginstellingen, ofwel de VVT-sector.

Uitvoering onderzoek

Het ministerie van VWS heeft PricewaterhouseCoopers gevraagd dit verkennende onderzoek uit te voeren. Het onderzoek is uitgevoerd in de tweede helft van 2009 en de eerste maanden van 2010. Het door ons gehanteerde onderzoeksmodel vindt u in bijlage A. In deze bijlage is ook een nadere toelichting op een aantal analyses opgenomen.

Het onderzoek omvat een kwantitatief en een kwalitatief onderzoeksgedeelte.

Toelichting op het kwantitatieve onderzoek

Om meer inzicht te krijgen in de cijfermatige kant, hebben wij (met toestemming van de data-eigenaren) gebruik kunnen maken van de volgende bestaande databronnen:

- a complete gegevens uit de benchmark VVT 2007/2008 en 2009;
- b DigiMV⁴ niet-openbare gegevens Personeel 2007;

De relevante bevindingen van de kwantitatieve analyse vormden input voor het kwalitatieve deel van het onderzoek. In dit rapport presenteren wij uitsluitend de kwantitatieve uitkomsten die naar ons oordeel voldoende representatief zijn voor de sector (wel zijn het uiteraard momentopnamen). Een aantal andere uitkomsten, die vanwege een te klein aantal waarnemingen niet representatief zijn, is door ons gebruikt als vraag in het kwalitatieve onderzoek. In de bijlage is een overzicht opgenomen van het aantal organisaties waarop de analyses zijn gebaseerd.

Toelichting op het kwalitatieve onderzoek

Voor het kwalitatieve onderzoek hebben wij een steekproef getrokken van veertig VVT-zorgorganisaties die wij hebben benaderd met het verzoek om hun medewerking te verlenen aan dit onderzoek. Een overzicht van de selectiecriteria vindt u terug in bijlage C. Zij kregen de mogelijkheid geboden om deel te nemen aan een interview of een groepsdiscussie. Om de anonimiteit van de deelnemende organisaties te waarborgen, zijn de namen niet opgenomen in deze rapportage en evenmin bekend gemaakt aan de opdrachtgever.

Aan de hand van de onderzoeksvragen en de bevindingen uit het kwantitatieve onderzoek is een vragenlijst opgesteld met topics die besproken zijn tijdens interviews (zie bijlage D voor de vragenlijst). In totaal hebben wij zes interviews gehouden met bestuurders van de geselecteerde organisaties. In deze interviews hebben wij gezocht naar verklaringen en verdieping op de kwantitatieve bevindingen.

Tijdens een groepsdiscussie met behulp van GroupSystems®⁵ hebben wij bij de aanwezigen de uitkomsten uit de interviews geverifieerd, gekeken hoe groot de impact en mogelijke investeringen zijn, en met hen in kaart gebracht wat beïnvloedbare en niet-beïnvloedbare factoren zijn. Bij de groepsdiscussie was een mix van personen aanwezig: bestuurders, locatiedirecteuren/-managers en een bestuurssecretaris.

Met de uitkomsten van de groepsdiscussie hebben wij twee controle-interviews uitgevoerd. Ter voorbereiding op deze interviews hebben wij de uitkomsten van de groepsdiscussie samengevat. De factoren waarvan tijdens de discussie naar voren is gekomen dat zij een grote impact kunnen hebben op het effectief inzetten van AWBZ-middelen en het leveren van een goede kwaliteit van zorg, hebben wij voorgelegd aan zorgorganisaties/bestuurders die bekend zijn met zowel goede als slechte prestaties.

⁴ DigiMV is de naam voor de invoertool en database waaraan alle zorgaanbieders hun jaarlijkse verantwoordingsinformatie aanleveren.

⁵ GroupSystems® is een elektronische softwaretool ter ondersteuning van interactieve workshops. De software is ontwikkeld om de discussies te versnellen en interactieve groepsactiviteiten – zoals brainstormen, categoriseren en stemmen – meer impact te geven. De deelnemers aan de workshop krijgen de beschikking over een laptopcomputer die aangesloten is op een lokaal netwerk. Deze wijze van communicatie maakt simultane inbreng van alle deelnemers mogelijk, waardoor een aanzienlijke tempolag gemaakt kan worden.

Graag wijzen wij er op dat het kwalitatieve onderzoek gebaseerd is op gegevens die verzameld zijn bij een beperkt aantal personen en die daarmee niet representatief voor de gehele sector hoeven te zijn.

Opbouw van het rapport

De door het ministerie van VWS gestelde onderzoeksvraag omvatte vier categorieën met ieder een aantal deelvragen. Deze vier categorieën vormen de eerste vier hoofdstukken.

Hoofdstuk 1 geeft inzicht in de kostenstructuur van zorgaanbieders; hoofdstuk 2 in de zorgverlening voor de cliënt. In het derde hoofdstuk behandelen wij de relatie tussen kostenstructuur en zorgverlening voor de cliënt. Hoofdstuk 4 gaat in op aangrijpingspunten voor zorgaanbieders, voor beleidsmakers en voor eventueel herhalingsonderzoek.

In alle hoofdstukken komen zowel de kwantitatieve als de kwalitatieve bevindingen aan de orde.

De bijlagen bevatten achtereenvolgens het onderzoeksmodel, een overzicht met mogelijke verklarende factoren voor zover in de benchmarks onderzocht, de selectiecriteria voor de steekproef, de vragenlijst voor de interviews en de uitkomsten van de groepsdiscussie.

Het rapport veronderstelt bij de lezer kennis op hoofdlijnen van de AWBZ en de VVT-sector.

Dit onderzoek biedt niet 'het' recept voor hoge kwaliteit tegen lage kosten. Misschien bestaat een dergelijk recept ook wel niet. Elke zorgorganisatie heeft zijn eigen karakteristieken waar het recept op aangepast moet worden. En bovendien: er is natuurlijk een ondergrens. Beneden een bepaald kostenniveau is geen verantwoorde zorg meer mogelijk, hoe efficiënt een zorgorganisatie ook werkt.

Waar die grens ligt? Dit onderzoek levert geen bewijzen.

Wat het wél biedt, is een scala aan handreikingen voor het bereiken van een optimum, een goed evenwicht tussen kwaliteit en kosten. Soms vernieuwende inzichten, vaak een bevestiging van wat altijd al werd gedacht.

De onderzoekers spreken de verwachting uit dat het onderzoek daarmee bijdraagt aan een verder inzicht in het presteren van de sector en aan het afstemmen van het beleid daarop.

1 Verdeling van AWBZ-middelen in VVT-organisaties

1.01 In dit eerste hoofdstuk gaan wij in op de verdeling van AWBZ-middelen binnen VVT-zorgorganisaties, of met andere woorden: de kostenstructuur. Hierbij staan de volgende vragen centraal:

- a Wat is de verdeling van de AWBZ-gelden over de verschillende kostensoorten? Welke variatie wordt in de praktijk bij de onderzochte instellingen aangetroffen?
- b Wat is de omvang en samenstelling van de post overhead? Welke variatie wordt hierin bij de onderzochte instellingen aangetroffen?
- c Welke verbanden zijn er tussen financiële prestaties van de instelling en de inzet van de AWBZ-middelen?
- d Wat zijn belangrijke achtergronden voor de eventueel aangetroffen verschillen in kostenstructuur en overhead? In hoeverre speelt de managementfilosofie hierbij een rol? Zo ja, hoe is die te typeren?

1.02 Voor dit onderzoek onderscheiden we drie typen organisaties: intramurale, extramurale en gemengde organisaties. De productie aan hulp in de huishouding (Wmo-gefinancierd) is integraal meegenomen en dus niet afzonderlijk bezien.

Tabel 1-1: Indeling zorgorganisaties ten behoeve van analyses

Categorie	Criterium
Intramuraal	Minder dan 45% extramurale omzet
Extramuraal	Meer dan 70% extramurale omzet
Gemengd	Tussen 45% en 70% extramurale omzet

Bron: Onderzoek besteding AWBZ-middelen, PricewaterhouseCoopers 2009, gebaseerd op benchmark ActiZ 2007/2008

Deelvraag 1a: verdeling van de AWBZ-gelden over kostensoorten

1.03 Wat is de verdeling van de AWBZ-gelden over de verschillende kostensoorten en welke variatie wordt in de praktijk bij de onderzochte instellingen aangetroffen? We onderscheiden de kostensoorten zoals weergegeven in tabel 1-2.

Tabel 1-2: Kostensoorten

Kostensoort	Subcategorie	Toelichting
Personeelskosten	Directe personeelskosten	Uitvoerenden zorg, inclusief activiteitenbegeleiders
		Medewerkers hotelfunctie (huishouding, voeding)
	Indirecte personeelskosten	Leidinggevenden in de zorg
		P&O en salarisadministratie
		Support staff (secretariaat)
		Overige personeelskosten waaronder reiskosten
	Raad van Bestuur/topmanagement	
Patiënt ^b - en bewonergebonden kosten		Materiaal voor hulpmiddelen, activiteiten, verpleeg- en verbandmateriaal
Materiële kosten		Automatiseringskosten
		Algemene kosten waaronder belastingen en verzekeringen, kantoorkosten
		Dotaties en vrijval van voorzieningen
Kapitaalslasten		Afschrijvingskosten
		Huur en leasing
		Onderhoud
		Financiële baten minus lasten

Bron: Onderzoek besteding AWBZ-middelen, PricewaterhouseCoopers 2009, gebaseerd op benchmark ActiZ 2007/2008

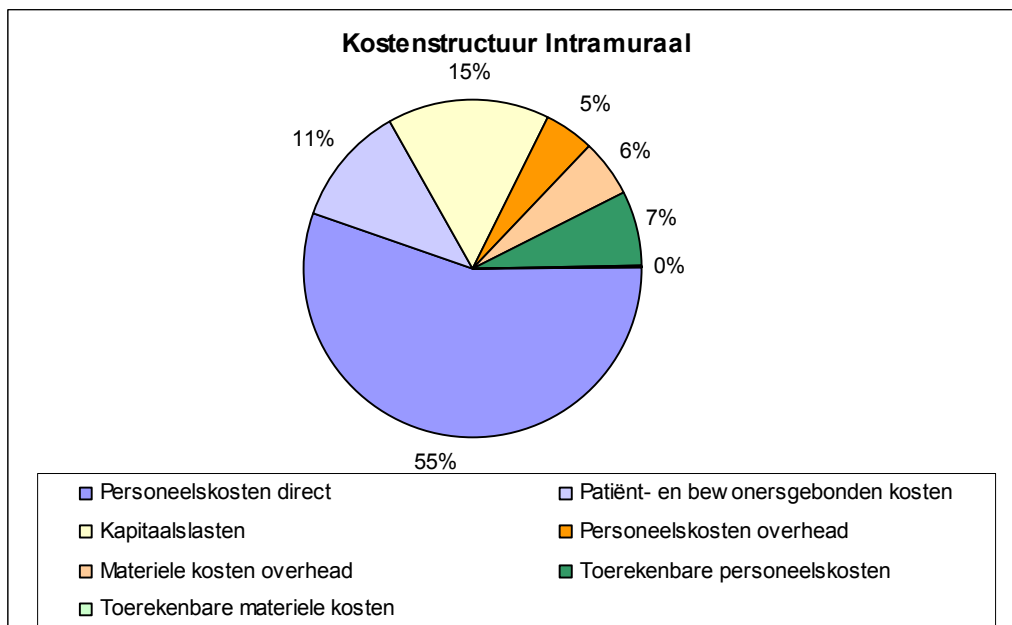
1.04 De materiële kosten (alle drie onderdelen) hebben wij nog verder gesplitst in materiële kosten die behoren bij de directe personeelskosten en de materiële kosten die behoren bij de indirecte personeelskosten, de overhead.

1.05 In de drie figuren die nu volgen, ziet u de kostenverdeling (kostenstructuur) van de intramurale, gemengde en extramurale organisaties. De verschillen zijn duidelijk zichtbaar, maar dat ligt ook voor de hand. Een intramurale zorgorganisatie bijvoorbeeld heeft nu eenmaal meer kapitaalslasten of huurkosten dan een extramurale. Het is dan ook weinig zinvol om te spreken van een gemiddelde kostenstructuur voor alle zorgorganisaties.

De percentages genoemd in de beantwoording van deelvraag 1a zijn percentages van de opbrengsten.

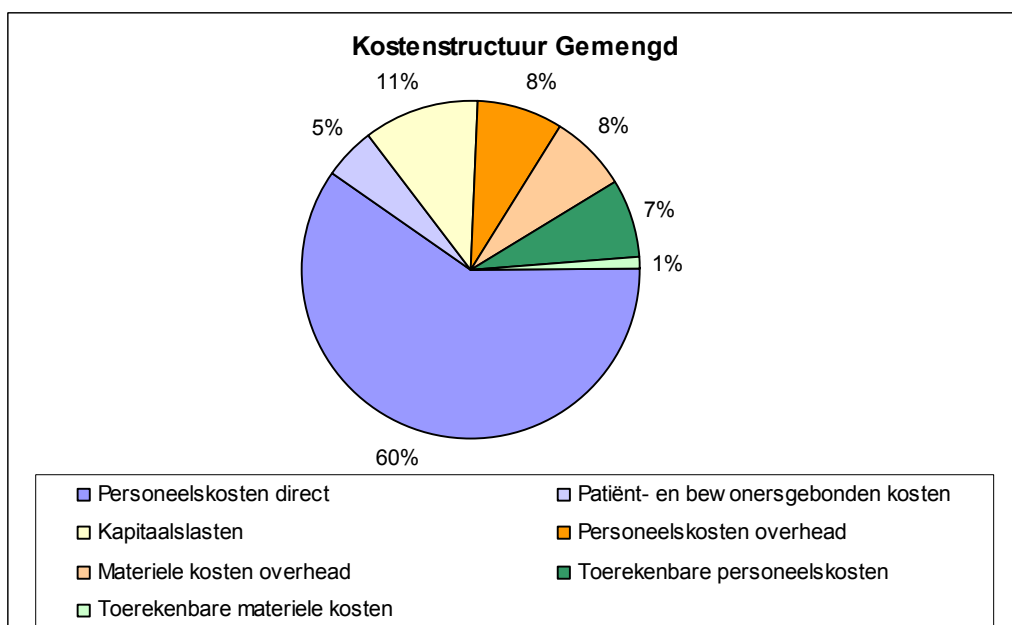
⁶ We hebben ons hier gehouden aan de onder controllers gebruikelijke term, en dus niet gekozen voor cliëntgebonden kosten.

Figuur 1-1: Gemiddelde kostenstructuur intramurale zorgorganisaties



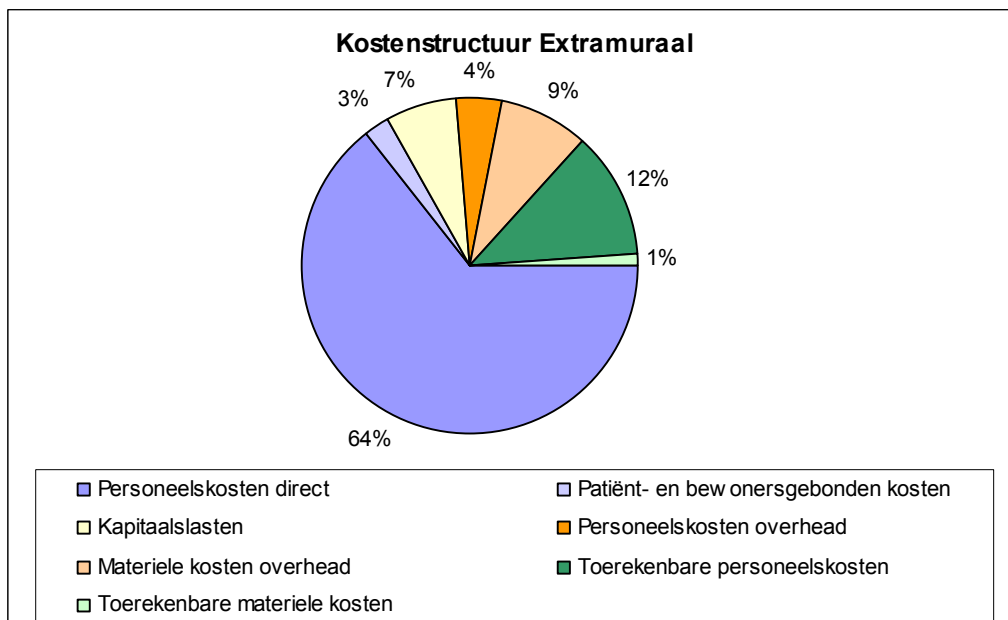
Bron: Onderzoek besteding AWBZ-middelen, PricewaterhouseCoopers 2009, gebaseerd op benchmark ActiZ 2007/2008

Figuur 1-2: Gemiddelde kostenstructuur gemengde zorgorganisaties



Bron: Onderzoek besteding AWBZ-middelen, PricewaterhouseCoopers 2009, gebaseerd op benchmark ActiZ 2007/2008

Figuur 1-3: Gemiddelde kostenstructuur extramurale zorgorganisaties



Bron: Onderzoek besteding AWBZ-middelen, PricewaterhouseCoopers 2009, gebaseerd op benchmark ActiZ 2007/2008

1.06 De verschillen die u in de figuren ziet, bespreken we hieronder. Nb. Toerekenbare kosten zijn kosten die aan het primair proces kunnen worden toegerekend, voornamelijk kosten voor leidinggevenden in de zorg.

Zorgorganisaties besteden driekwart van hun middelen aan personeel

1.07 Allereerst bespreken we de personeelskosten, te beginnen met de som van de directe en indirecte personeelskosten. Hoeveel procent van hun totale budget besteden de zorgorganisaties aan personeelskosten? In de tabel hieronder ziet u de gemiddelden per type organisatie, en bovendien de variatie daarin. Om die aan te geven, hebben wij het gemiddelde aangegeven van de drie organisaties die in de benchmark het hoogste percentage personeelskosten hadden en de drie die het laagste percentage hadden. We zijn niet uitgegaan van het allerhoogste en allerlaagste percentage, om te voorkomen dat incidentele 'uitbijters' het beeld te zeer zouden vertekenen. Overigens zijn de cijfers geschoond voor onwaarschijnlijke uitkomsten.

Tabel 1-3: Variatie in kostenstructuur: percentage personeelskosten direct + indirect

Type zorgorganisatie	Gemiddeld percentage personeelskosten	Gemiddelde van de laagste drie percentages	Gemiddelde van de hoogste drie percentages
Intramuraal	65,9%	53,5%	76,8%
Gemengd	75,0%	62,3%	87,1%
Extramuraal	81,3%	69,3%	94,1%

Bron: Onderzoek besteding AWBZ-middelen, PricewaterhouseCoopers 2009, gebaseerd op benchmark ActiZ 2007/2008

1.08 We zien in de tabel dat de variatie binnen elk type organisatie groot is: de hoogste drie en de laagste drie verschillen steeds fors van elkaar. Dit is een aanwijzing, dat er iets 'te leren' valt.

1.09 Het is echter te kort door de bocht om te stellen dat organisaties moeten streven naar een zo hoog mogelijk percentage personeelskosten. Dat wordt geïllustreerd wanneer we in de benchmark de verschillen bezien tussen de organisaties die op *alle* onderdelen goed presteren (dus op kosten maar ook op kwaliteit) en de organisaties die op alle onderdelen slecht presteren. We noemen deze organisaties respectievelijk best practices en learning potentials. Wat blijkt nu? Zowel de best practices als de learning potentials hebben een hoger percentage personeelskosten dan gemiddeld. Dat is een bijzondere constatering, die in elk geval aangeeft dat niet te snel conclusies getrokken kunnen worden.

1.10 Oorzaken voor het bovengemiddelde percentage personeelskosten van learning potentials zouden kunnen zijn dat zij relatief *duur* personeel hebben of dat zij veel *indirecte* personeelskosten hebben. Op beide mogelijkheden komen wij terug, respectievelijk tabel 1-6 en in de alinea's 1.25 en volgende.

Verdeling directe en indirecte personeelskosten

1.11 De verdeling tussen directe en indirecte personeelskosten ziet u in tabel 1-4. Ter herinnering: directe personeelskosten zijn de kosten voor de uitvoerenden in de zorg en de hotelfuncties, de indirecte personeelskosten zijn de kosten voor de overige functies.

Tabel 1-4: Personeelskosten direct en indirect

Type zorgorganisatie	Gemiddeld percentage personeelskosten totaal	Gemiddeld percentage personeelskosten direct	Gemiddeld percentage personeelskosten indirect
Intramuraal	65,9%	54,6%	11,3%
Gemengd	75,0%	59,5%	15,6%
Extramuraal	81,3%	64,9%	16,5%

Bron: Onderzoek besteding AWBZ-middelen, PricewaterhouseCoopers 2009, gebaseerd op benchmark ActiZ 2007/2008

1.12 In intramurale organisaties is het percentage personeelskosten ten opzichte van de totale kosten het laagst. Dit heeft te maken met het feit dat intramurale organisaties meer andere kosten hebben zoals kosten voor gebouwen. Van de totale personeelskosten gaat in intramurale organisaties iets meer naar directe personeelskosten dan in de andere typen organisaties. In gemengde organisaties is het aandeel indirecte personeelskosten ten opzichte van de totale personeelskosten hoger dan bij de andere typen.

Directe personeelskosten

1.13 De directe personeelskosten kunnen we splitsen in personeelskosten voor de uitvoerenden zorg en personeelskosten voor de hotelfuncties (schoonmaak, voeding, wasserij). U ziet de verdeling in tabel 1-5.

Tabel 1-5: Personeelskosten uitvoerenden zorg en hotelfuncties

Type zorgorganisatie	Gemiddeld percentage personeelskosten direct	Gemiddeld percentage personeelskosten uitvoerenden zorg	Gemiddeld percentage personeelskosten hotelfuncties
Intramuraal	54,6%	46,0%	8,6%
Gemengd	59,5%	55,7%	3,8%
Extramuraal	64,9%	64,2%	0,7%

Bron: Onderzoek besteding AWBZ-middelen, PricewaterhouseCoopers 2009, gebaseerd op benchmark ActiZ 2007/2008

1.14 De wijze waarop de directe personeelskosten nader verdeeld zijn over uitvoerenden in de zorg en hotelfuncties hangt sterk samen met het type organisaties. In zorgorganisaties met overwegend extramurale productie is het percentage personeelskosten hotelfuncties zeer laag. In zorgorganisaties met overwegend intramurale productie is dit percentage het hoogst.

1.15 Omdat personeel in hotelfuncties gemiddeld een lager salaris heeft dan personeel in de zorg, zou de redenering kunnen zijn: hoe meer werk er kan worden uitgevoerd door personeel in hotelfuncties, hoe meer middelen er overblijven voor personeel in de zorg. Dat zou een pleidooi zijn voor zoveel mogelijk personeel in hotelfuncties. Zo eenvoudig ligt het echter niet.

1.16 Het toedelen van werk aan een medewerker in een hotelfunctie dan wel een medewerker in de zorg is niet alleen een kwestie van bedrijfsvoering, maar ook een kwestie van zorgvisie. Een voorbeeld is het personeel dat zorgt voor de voeding. Koken de zorgmedewerkers samen met cliënten of levert een centrale keuken maaltijden aan? Dat is medebepalend voor de verhouding tussen personeel in hotelfuncties en personeel in de zorg. Bij een visie waarin kleinschaligheid en zelfredzaamheid centraal staan, is personeel nodig dat op een andere manier werkt. Het vraagt ook om een andere manier van het organiseren van de zorg en een andere aansturing van medewerkers. De vraag rijst dan of zorgorganisaties duurder uit zijn wanneer zij zorgpersoneel

inzetten voor hotelmatige taken. Uit interviews en uit eerder onderzoek leiden we af dat dit causaal verband er niet hoeft te zijn als het gaat om de zorg aan psychogeriatrische cliënten, voor wie 24-uurs toezicht nodig is: zorgmedewerkers zijn weliswaar duurder, maar zij zijn vaak toch al permanent aanwezig in de groep en passen het koken in het dagprogramma in. Het keukenpersoneel wordt dus uitgespaard. Vergelijkbare voorbeelden werden ook gegeven als het ging om schoonmaak.

1.17 Toch blijkt uit de cijfers dat er wel erg grote verschillen zijn tussen de organisaties als het gaat om de verhouding uitvoerenden zorg en medewerkers in hotelfuncties. Dit loopt uiteen van 65% uitvoerenden zorg versus 0% medewerkers in de hotelfuncties tot een verhouding van 26% versus 11% in intramurale zorgorganisaties. In extramurale zorgorganisaties zien we verhoudingen van 76% uitvoerenden zorg versus 0% medewerkers in de hotelfuncties tot een verhouding van 14% versus 9%.

1.18 De directe personeelskosten voor de uitvoerenden zorg vormen de grootste kostenpost in de zorgorganisaties. De opbouw verschilt, afhankelijk van de zorgzwaarte van cliënten en/of de zorgvisie. De gemiddelde opbouw per type organisatie is weergegeven in tabel 1-6. Bedacht moet worden dat de alphahulpen niet in het overzicht zijn meegenomen, omdat zij in de onderzochte periode niet in dienst van de organisaties waren.

Tabel 1-6: Mix deskundigheidsniveaus personeel in loondienst als percentage van de totale personeelsformatie

Personeelscategorie	Percentage van het totale aantal fte's zorggebonden personeel		
	Intramuraal	Gemengd	Extramuraal
Verpleegkundigen en sociaal-(ped)agogische hulpverleners (niveau 5)	1,4%	7,8%	16,6%
Verpleegkundigen en sociaal-(ped)agogisch werk(st)ers (niveau 4)	8,1%	5,7%	2,7%
Verzorgenden (IG/AG) en sociaal-(ped)agogisch werk(st)ers (niveau 3)	43,0%	40,5%	14,2%
Overig verpleegkundig, verzorgend en sociaal-(ped)agogisch personeel	16,1%	3,8%	3,6%
Helpenden (niveau 2)	12,9%	16,3%	4,6%
Zorghulpen (niveau 1)	6,2%	12,6%	8,0%
Personeel psychosociale behandeling en begeleiding	5,7%	2,2%	3,0%
Personeel behandel- en behandelingsondersteuning	2,5%	2,4%	8,2%
Medisch en sociaalwetenschappelijke functies	2,2%	0,7%	10,9%

Personeel medische elektronica, revalidatietechniek en onderzoeksfuncties	0,1%	0,0%	5,3%
Management en staf cliëntgebonden functies	1,9%	8,0%	22,9%*
Totaal	100%	100%	100%

Bron: Onderzoek besteding AWBZ-middelen, PricewaterhouseCoopers 2009, gebaseerd op DigiMV 2007

*Het percentage van 22,9% is onwaarschijnlijk hoog, maar wel rechtstreeks gebaseerd op de gegevens in DigiMV.

1.19 In DigiMV is geïnventariseerd hoeveel vrijwilligers actief zijn in de VVT-organisaties. Uitgedrukt in fte's in relatie tot het aantal fte's zorggebonden personeel gaat het volgens de opgave van de zorgorganisaties in de intramurale organisaties om 2,7%, in de gemengde om 0,6% en in de extramurale organisaties om 0,0%.

Indirecte personeelskosten

1.20 Na de directe personeelskosten volgen de indirecte. Deze behandelen wij echter verderop, vanaf alinea 1.25, omdat er een afzonderlijke onderzoeksvraag over is geformuleerd. Daarom gaan we nu verder met de overige kostensoorten, dus de patiënt- en bewonergebonden kosten, de materiële kosten en de kapitaalslasten.

Patiënt- en bewonergebonden kosten sterk afhankelijk van type zorgverlening

1.21 De patiënt- en bewonergebonden kosten⁷ bedragen gemiddeld 6,1% van de totale kosten. In een intramurale zorgorganisatie zijn deze kosten (voor de zorgorganisaties) het hoogst. Voor extramurale cliënten worden deze kosten niet via de zorgorganisatie verrekend.

Tabel 1-7: Patiënt- en bewonergebonden kosten

Type zorgorganisatie	Gemiddeld percentage patiënt- en bewonergebonden kosten
Intramuraal	11,4%
Gemengd	5,1%
Extramuraal	2,6%

Bron: Onderzoek besteding AWBZ-middelen, PricewaterhouseCoopers 2009, gebaseerd op benchmark ActiZ 2007/2008

⁷ Dit zijn kosten voor hulpmiddelen en protheses, materiaalkosten bezigheidstherapie en kosten van verpleegmaterialen.

Variatie in materiële kosten

Tabel 1-8: Materiële kosten

Type zorgorganisatie	Gemiddeld percentage materiële kosten
Intramuraal	5,9%
Gemengd	8,6%
Extramuraal	10,0%

Bron: Onderzoek besteding AWBZ-middelen, PricewaterhouseCoopers 2009, gebaseerd op benchmark ActiZ 2007/2008

1.22 Materiële kosten vormen gemiddeld 8,3% van de totale kosten. Het grootste deel bestaat uit algemene kosten, dat zijn kosten voor kantoorbenodigdheden, inrichting en dergelijke. De percentages lopen flink uiteen tussen de zorgorganisaties, namelijk van 3,7% tot 13,4%. Dat geldt ook *binnen* de categorieën extramuraal, intramuraal en gemengd. Het lijkt er dus op of hier nog aanknopingspunten voor verbetering zijn te vinden, vooral omdat het vaak zal gaan om kosten die de directe zorg niet of weinig raken. Dit is een nader te onderzoeken aspect, omdat in de benchmark noch in de interviews duidelijkheid is verkregen over de achtergronden.

1.23 Een klein deel van de materiële kosten bestaat uit automatiseringskosten: 0,9%. De percentages zijn in intramurale, gemengde en extramurale organisaties nagenoeg gelijk.

Kapitaalslasten geen focus in onderzoek

1.24 De kapitaalslasten noemen wij slechts kort. In dit onderzoek ligt de nadruk meer op kosten die op korte termijn door de zorgorganisaties te beïnvloeden zijn.

Tabel 1-9: Kapitaalslasten

Type zorgorganisatie	Gemiddeld percentage kapitaalslasten
Intramuraal	15,4%
Gemengd	10,9%
Extramuraal	6,7%

Bron: Onderzoek besteding AWBZ-middelen, PricewaterhouseCoopers 2009, gebaseerd op benchmark ActiZ 2007/2008

Deelvraag 1b: omvang en samenstelling overheadkosten

1.25 In de vorige paragraaf hebben wij alle kostensoorten behandeld met uitzondering van de indirecte personeelskosten, dat zijn de kosten voor al het personeel dat geen uitvoerende in de zorg is en geen medewerker in een hotelfunctie. Deze kosten bespreken we afzonderlijk, omdat er

ook een afzonderlijke onderzoeksvraag over is gesteld. De indirecte kosten worden ook vaak 'overheadkosten' genoemd.

1.26 Een bekend kengetal als het gaat om overhead, is het overheadkengetal van Berenschot. Uit de benchmarkcijfers kan echter de overhead zoals die door Berenschot is berekend, niet rechtstreeks worden afgeleid.

Definities overhead Berenschot en benchmark VVT

1.27 Overhead is door Berenschot gedefinieerd als 'alle functies van een organisatie die als doel hebben het sturen van de organisatie en het ondersteunen van het primaire proces'. Dit betekent personeelskosten en aan deze personeelskosten toe te rekenen materiële kosten⁸ van:

- a management en staf: directie/topmanagement, medewerkers personeel en organisatie, financiën, automatisering, administratie, secretariële ondersteuning en communicatie;
- b management binnen de zorg: management en staf, cliënt- en bewonergebonden functies en leidinggevend zorgpersoneel dat voor meer dan 50% is vrijgemaakt voor leidinggevende taken;
- c terrein- en gebouwgebonden functies (technische dienst).

1.28 De in de benchmark gebruikte overheaddefinitie hebben wij ten behoeve van dit onderzoek zoveel mogelijk herrekend op de wijze zoals Berenschot de overhead heeft berekend. Daarbij de volgende opmerkingen:

- a In de definitie van Berenschot zijn de zakelijke lasten (belastingen, verzekeringen) niet meegenomen; in de benchmark zijn ze wel meegenomen als onderdeel van de materiële kosten. Het is niet meer mogelijk om de zakelijke lasten daaruit te isoleren.
- b De overige personeelskosten zijn in de benchmark niet afzonderlijk uitgevraagd voor de directe personeelskosten en de indirecte personeelskosten; omdat alleen de laatste categorie in de benchmarkdefinitie van Berenschot is opgenomen, hebben wij handmatig een splitsing aangebracht door de kosten toe te rekenen naar rato van de verhouding tussen directe en indirecte personeelskosten.
- c In de definitie van Berenschot zijn de totale kosten meegerekend van personeel dat voor meer dan 50% is vrijgemaakt voor leidinggevende taken. In de benchmark is de berekening als volgt gemaakt: als een medewerker voor bijvoorbeeld 60% is vrijgemaakt voor leidinggevende taken en 40% besteedt aan zorguitvoering, wordt 60% van de kosten aan de overhead toegerekend en 40% aan de directe personeelskosten. Dit is niet meer te veranderen.
- d Een klein deel van de patiënt- en bewonersgebonden kosten wordt gemaakt voor beveiliging van gebouwen; dit deel is volgens de definitie van Berenschot als overhead aan te merken, maar is in de benchmark niet meer uit de patiënt- en bewonersgebonden kosten te isoleren; deze kosten zijn dus niet meegenomen in de benchmarkberekening.

⁸ Te weten automatiseringskosten en algemene kosten.

- e Een klein deel van de kosten van personeel in hotelfuncties wordt gemaakt voor medewerkers in terrein- en gebouwgebonden functies; dit deel is volgens de definitie van Berenschot als overhead aan te merken, maar is in de benchmark niet meer uit de kosten van personeel in hotelfuncties te isoleren; deze kosten zijn dus niet meegenomen in de benchmarkberekening.

Om aansluiting te houden met de definitie van Berenschot, zijn alle percentages in het antwoord op deelvraag 1b, dus de alinea's 1.29 tot en met 1.36, uitgedrukt als percentages van de kosten. In het antwoord op deelvraag 1a, de verdeling van de middelen, zijn alle percentages uitgedrukt als percentages van de opbrengsten. Omdat gebruik is gemaakt van bestaande bronnen, was het niet meer mogelijk om de percentages op één manier uit te drukken. Overigens zijn de verschillen niet groot.

Overhead gemiddeld 13,2% (Berenschotdefinitie) dan wel 13,3% (benchmarkdefinitie)

1.29 Berenschot heeft berekend dat de overhead 13,2% van de totale kosten bedraagt (cijfers 2004-2007⁹). Uit onderzoek van Berenschot is bekend dat de overhead in de VVT-sector laag is in vergelijking met die van andere sectoren. Tegenover de 13,2% van de VVT-sector staat 14,3% in de sector gehandicaptenzorg, 15% in de ziekenhuissector, 16,3% in de welzijnssector en 21,0% in de geestelijke gezondheidszorg.

1.30 In de benchmarks komt het percentage overhead op gemiddeld 13,3% van de totale kosten.

Tabel 1-10: Overheadkosten als percentage van de totale kosten

Kostensoort	Intramuraal	Gemengd	Extramuraal
Overhead totaal	10,3%	15,6%	13,0%

Bron: Onderzoek besteding AWBZ-middelen, PricewaterhouseCoopers 2009, gebaseerd op benchmark ActiZ 2007/2008

1.31 De overhead is het laagst in intramurale organisaties. In de gemengde organisaties is de overhead het hoogst, terwijl de extramurale organisaties een middenpositie innemen. Als verklaring is in de benchmark wel genoemd dat in intramurale organisaties het percentage leidinggevenden lager kan blijven omdat de span of control groter kan zijn (het overzicht is groter). Dat in gemengde organisaties het percentage overhead het hoogst is, kan komen – zo werd in interviews gesteld – omdat gemengde organisaties vaak fusieorganisaties zijn, en fusieorganisaties nogal eens de stafafdelingen samenvoegen en vervolgens enige reductie doorvoeren, in plaats van opnieuw te bezien hoeveel overhead nodig is.

1.32 De overhead kan aanzienlijk variëren: van 6,1% (het gemiddelde van de drie organisaties met de laagste overhead) tot 30,9% (het gemiddelde van de drie organisaties met de hoogste overhead). Om een verklaring te vinden, splitsen we hierna de overheadkosten verder uit.

⁹ Over 2009 is 12,6% overhead gemeten.

1.33 Allereerst de kosten van leiding en support staff, gemiddeld voor de sector 3,7% respectievelijk 1,5%.

Tabel 1-11: Kosten leidinggevend en support staff

Type zorgorganisatie	Gemiddeld percentage kosten leidinggevend	Gemiddeld percentage kosten support staff
Intramuraal	3,1%	0,8%
Gemengd	3,9%	1,7%
Extramuraal	4,0%	1,7%

Bron: Onderzoek besteding AWBZ-middelen, PricewaterhouseCoopers 2009, gebaseerd op benchmark ActiZ 2007/2008

1.34 Het kostenaandeel voor leidinggevend in de zorg varieert van 0,9% tot 11,1% (gemiddelde van de drie organisaties met de laagste respectievelijk de hoogste overhead). Hoe kan het dat er zulke grote verschillen optreden? De oorzaak kan *niet* zijn dat de ene zorgorganisatie medewerkers in de zorg vrijstelt voor leidinggevende taken en de andere niet. In de benchmark zijn alleen de kosten meegerekend die echt worden besteed aan leidinggevend. Er zijn dus werkelijke verschillen. De oorzaken zijn in de benchmark niet verder onderzocht en ook het kwalitatieve deel van het onderzoek leverde niet de verklaring op. Wat ons betreft dus een nader uit te zoeken constatering.

1.35 Vervolgens de personeelskosten van RvB/topmanagement en P&O/(salaris)administratie. Gemiddeld over de hele sector gaat het om 3,8% respectievelijk 2,1%.

Tabel 1-12: Kosten RvB/topmanagement, P&O en (salaris)administratie

Type zorgorganisatie	Gemiddeld percentage RvB/topmanagement	Gemiddeld percentage kosten P&O en (salaris)administratie
Intramuraal	2,5%	2,2%
Gemengd	5,7%	2,3%
Extramuraal	2,4%	1,8%

Bron: Onderzoek besteding AWBZ-middelen, PricewaterhouseCoopers 2009, gebaseerd op benchmark ActiZ 2007/2008

1.36 Het percentage kosten voor RvB/topmanagement varieert van 0,8% tot 17,1% (gemiddelde van de drie organisaties met de laagste respectievelijk de hoogste overhead). Het aandeel kosten voor P&O/(salaris)administratie varieert van 1,6% tot 2,6%.

Deelvraag 1c: verbanden tussen financiële prestaties en inzet van AWBZ-middelen

1.37 De derde deelvraag van het onderzoek luidt: 'Welke verbanden zijn er tussen de financiële prestaties en de inzet van AWBZ-middelen?'. Wij hebben de deelvraag als volgt

geoperationaliseerd. Onder 'de inzet van AWBZ-middelen' verstaan wij de kostenstructuur, en dan met name de overhead. Onder 'de financiële prestaties' verstaan wij de nettomarge en de budgetratio. Met de nettomarge bedoelen wij het verschil tussen de kosten en de opbrengsten van een organisatie, dus de winst of het verlies. De nettomarge is altijd de winst of het verlies van een bepaald jaar, een momentopname dus. De budgetratio is het eigen vermogen, uitgedrukt als percentage van de totale opbrengsten. Het eigen vermogen is opgebouwd in een reeks van jaren en geeft daarmee meer inzicht in de financiële positie over een langere termijn. Zorgorganisaties hebben net als andere organisaties een zeker eigen vermogen nodig om tegenvallers op te kunnen vangen, maar ook om door financiers (bijvoorbeeld banken) te worden geaccepteerd als klant voor het verstrekken van leningen.

1.38 Om het verband tussen de financiële prestaties en de kostenstructuur te kunnen laten zien, moet eerst iets nader ingegaan worden op de nettomarge en de budgetratio.

Nettomarge VVT net boven nul

1.39 De gemiddelde nettomarge in de benchmark is 0,3%. Dat betekent dat er gemiddeld net geen verlies geleden wordt. De nettomarges lopen uiteen van -10,1% tot +6,5% (gemiddelde hoogste en laagste drie): een forse variatie. Het maakt veel uit, om welk type zorgorganisatie het gaat. Extramurale organisaties maken gemiddeld verlies.

Tabel 1-13: Nettomarge per type organisatie

Type zorgorganisatie	Gemiddeld	Gemiddelde hoogste drie	Gemiddelde laagste drie
Intramuraal	1,4%	6,4%	-7,0%
Extramuraal	-0,7%	3,0%	-4,8%
Gemengd	0,3%	4,8%	-2,0%
Totaal	0,3%	6,5% ¹³	-10,1% ¹⁰

Bron: Onderzoek besteding AWBZ-middelen, PricewaterhouseCoopers 2009, gebaseerd op benchmark ActiZ 2007/2008

Budgetratio gemiddeld 14,7%

1.40 De gemiddelde budgetratio is 14,7% en loopt uiteen van -1,3% tot 45,7% (gemiddelde hoogste en laagste drie). Intramurale organisaties hebben gemiddeld de hoogste budgetratio's. Het gemiddelde van de hoogste en laagste drie organisaties over het totaal vormen een combinatie van de laagste en hoogste scores over de verschillende typen organisaties. Hierdoor zijn deze gemiddelden wat extremer dan de gemiddelden van de hoogste en laagste drie per type zorgorganisatie.

10

Tabel 1-14: Budgetratio per type organisatie

Type zorgorganisatie	Gemiddeld	Gemiddelde hoogste drie	Gemiddelde laagste drie
Intramuraal	16,4%	40,4%	4,2%
Extramuraal	13,6%	29,5%	0,6%
Gemengd	13,8%	34,9%	2,9%
Totaal	14,7%	45,7%	-1,3%

Bron: Onderzoek besteding AWBZ-middelen, PricewaterhouseCoopers 2009, gebaseerd op benchmark ActiZ 2007/2008

1.41 De budgetratio kan het best in relatie gezien worden tot de ratio die banken en andere financiers vragen als garantie voor het verstrekken van een lening. Die ratio varieert, maar is het hoogst voor extramurale organisaties¹¹. Dat komt omdat bij intramurale en gemengde organisaties het vastgoed mede als onderpand kan fungeren. Voor extramurale organisaties is de eis vaak tegen de 20%. Daar is de gemiddelde budgetratio dus onvoldoende, wat betekent dat de organisaties problemen kunnen ondervinden bij het verkrijgen van financiële middelen voor het plegen van investeringen, bijvoorbeeld voor nieuwbouw. In intramurale organisaties is de budgetratio gemiddeld wél voldoende. Niet alleen is de ratio hoger, maar ook zijn de eisen van de financiers lager. Dat komt omdat bij intramurale organisaties het vastgoed als onderpand kan dienen. Voor gemengde organisaties geldt dat de budgetratio gemiddeld niet voldoende is.

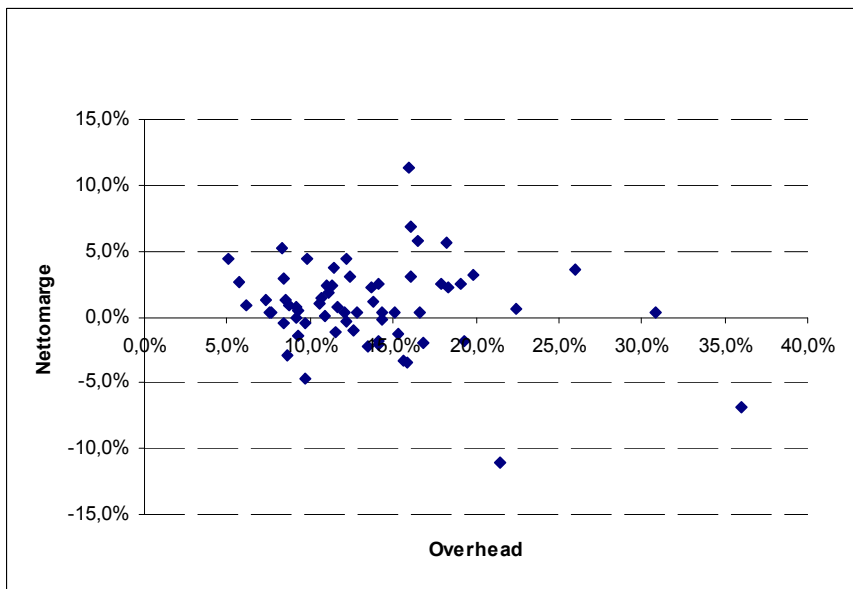
Geen relatie tussen overhead en nettomarge of budgetratio

1.42 In de voorgaande paragrafen hebben we de nettomarge en budgetratio beschreven als elementen van financiële prestaties. Daarmee kunnen we nu ingaan op de verbanden tussen deze financiële prestaties en de overhead (benchmarkdefinitie).

1.43 Allereerst de nettomarge. Uit de analyses blijkt dat er geen relatie is. Figuur 1-4 laat de verdeling zien van de organisaties. De horizontale en verticale lijn geven de gemiddelden weer van respectievelijk de nettomarge en de overhead. De figuur toont dat er organisaties zijn met een bovengemiddelde nettomarge en een bovengemiddelde overhead, maar evenveel met een bovengemiddelde nettomarge en een benedengemiddelde overhead.

¹¹ Voor intramurale organisaties wordt een norm van tussen de 12 en 16% gehanteerd, voor gemengde organisaties tussen de 16 en 18% en voor extramurale organisaties tussen de 18 en 20%.

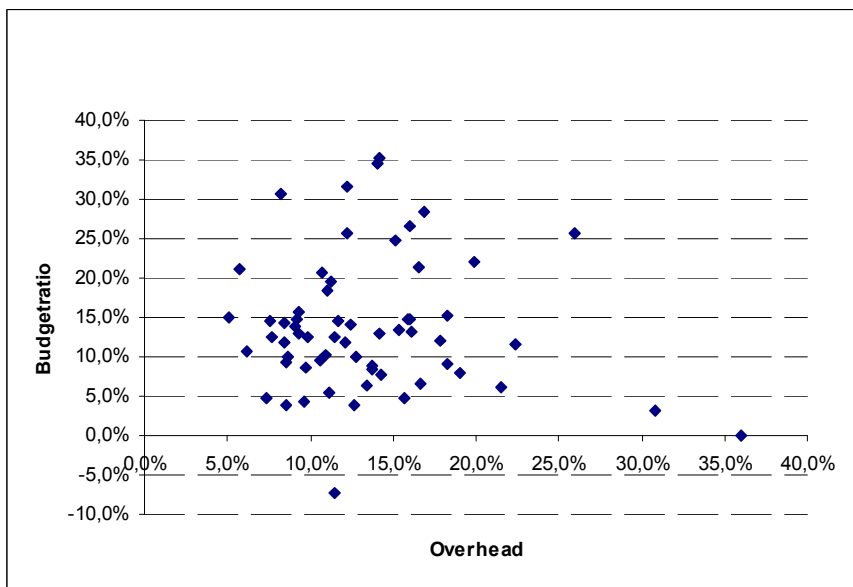
Figuur 1-4: Relatie nettomarge en overhead



Bron: Onderzoek besteding AWBZ-middelen, PricewaterhouseCoopers 2009, gebaseerd op benchmark ActiZ 2007/2008

1.44 Een relatie tussen de overhead en de budgetratio is er evenmin te zien. Op de financiële positie op langere termijn heeft de overhead dus geen invloed (of andersom).

Figuur 1-5: Relatie budgetratio en overhead



Bron: Onderzoek besteding AWBZ-middelen, PricewaterhouseCoopers 2009, gebaseerd op benchmark ActiZ 2007/2008

1.45 Tot nog toe hebben wij gesproken van de nettomarge óf de budgetratio. Goede financiële prestaties omvatten echter beide. Een financieel gezonde zorgorganisatie lijdt geen verlies en heeft voldoende eigen vermogen.

1.46 Wij hebben een aantal analyses uitgevoerd om na te gaan of er een relatie bestaat tussen kostenstructuur/overhead en de financiële prestaties bestaande uit nettomarge en budgetratio samen. De uitkomsten wijzen erop dat er inderdaad enig verband is: organisaties met weinig overhead scoren hoger op het totaal van financiële prestaties. Het verband is echter niet zo sterk dat er sprake zou zijn van een wetmatigheid.

Deelvraag 1d: achtergronden van kostenstructuur en overhead

1.47 De laatste deelvraag die specifiek betrekking heeft op de kostenkant, is de vraag naar achtergronden van en verklaringen voor verschillen in kostenstructuur en overhead. We beginnen met een aantal opmerkingen over het percentage personeelskosten als belangrijk onderdeel van de kostenstructuur. Daarna gaan we in op overheadverschillen en we sluiten af met een gedeelte over mogelijke verklaringen voor financiële prestaties in het algemeen.

Percentage personeelskosten hoger in grote zorgorganisaties

1.48 Op zoek naar een eerste mogelijke verklaring voor de variatie in het percentage personeelskosten, hebben wij een relatie gelegd met de omvang van de zorgorganisaties. Is het percentage in grotere zorgorganisaties hoger of juist lager dan in kleinere?

1.49 Het antwoord is: hoe groter de zorgorganisatie, des te hoger ook het percentage directe personeelskosten. Zeer grote organisaties, met een omzet van meer dan 100 miljoen euro, kunnen dus relatief meer middelen voor de zorg inzetten.

Percentage personeelskosten hoger in regio's Noord en Zuid

1.50 In hoeverre is nu de regio van invloed op het percentage personeelskosten? Om dit na te gaan, hebben we Nederland verdeeld in de regio's Noord, Zuid, Oost en West. Uit de benchmark blijkt dat het percentage personeelskosten in de regio's Noord en Zuid duidelijk hoger is dan in de regio's Oost en West. Een verklaring daarvoor is in de benchmark niet gezocht. Voor de regio West kan het zijn dat relatief hogere kapitaalslasten (duurdere grond) de oorzaak is. Als het percentage kapitaalslasten hoger is, is automatisch het percentage personeelskosten lager. Daarbij merken we op dat de instellingen in de verschillende regio's niet vergelijkbaar zijn wat betreft de verdelingen over de grootteklassen en productmix. Daarnaast hebben we gekeken of de grootte van een zorgorganisatie nog van invloed is op het percentage personeelskosten. Dit bleek echter niet het geval te zijn.

1.51 Het onderscheid tussen steden en plattelandsgemeenten is op basis van de datasets lastig te maken. Veel grote zorgorganisaties hebben hun hoofdkantoor gevestigd in grote steden, maar leveren ook buiten de grote stad zorg. Daarnaast is er een aantal landelijke organisaties die ook in beide gebieden diensten verlenen. In de praktijk lijkt het er op dat in kleine gemeenten en zorgorganisaties/-locaties gelegen in wijken van een stad met een sterke cohesie medewerkers vooral op grond van hun binding met de locatie en cliënten ergens werken. Hierdoor verzuimen zij minder en is er minder uitzendpersoneel nodig, waardoor de personeelskosten lager kunnen zijn. Deze hypothese kunnen wij echter niet hard onderbouwen.

1.52 De arbeidsmarkt lijkt op dit moment geen probleem van betekenis te zijn in de sector. Uiteraard zien wij verschillen bij zorgorganisaties in de inspanning die zij moeten leveren om voldoende en kundig personeel te werven. De eventuele arbeidsmarktproblematiek lijkt echter meer als een gegeven te worden beschouwd. Juist in gebieden waar het lastig is personeel te werven, zien wij zorgorganisaties creatief insprijnen op de problematiek, bijvoorbeeld door het sluiten van convenanten met opleidingsinstituten.

Overheadpercentage is het laagst in zeer grote zorgorganisaties

1.53 Om na te gaan welke rol de omvang van de zorgorganisaties speelt, hebben we de overhead per grootteklasse berekend.

Tabel 1-15: Percentage overhead per grootteklasse (als % van de kosten)

Naam	Omzet per jaar in euro's	Percentage overhead
Klein	Minder dan 10 miljoen	13,9%
Middelgroot	Tussen 10 en 40 miljoen	12,0%
Groot	Tussen 40 en 100 miljoen	16,3%
Zeer groot	Meer dan 100 miljoen	10,8%

Bron: Onderzoek besteding AWBZ-middelen, PricewaterhouseCoopers 2009, gebaseerd op benchmark ActiZ 2007/2008

1.54 De zeer grote organisaties hebben een relatief lage overhead. Blijkbaar zijn de schaalvoordelen hier maximaal te realiseren. Het zijn meestal extramurale organisaties, vaak herhaaldelijk gefuseerd. Soms zijn het ook gemengde organisaties met een groot aantal locaties en regio's. Opvallend is dat de daaropvolgende grootteklasse, met een omzet van 40 tot 100 miljoen euro, juist de meeste overheadkosten heeft. Mogelijk is deze omvang als het gaat om de overhead ongunstig: 'te groot voor een servet en te klein voor een tafellaken'.

1.55 Die veronderstelling spoot met de bevinding dat de middelgrote zorgorganisaties, met een omzet van 10 tot 40 miljoen euro, ook een laag overheadpercentage realiseren. De kleine zorgorganisaties, met een omzet van minder dan 10 miljoen euro, nemen een middenpositie in. Blijkbaar drukken de kosten van de minimaal noodzakelijke management- en staffuncties daar toch relatief zwaar op de exploitatie.

1.56 Dat zeer grote organisaties de laagste overhead hebben, betekent niet dat zij dan ook vaker een financieel gezonde exploitatie realiseren. Overhead trekt als fenomeen misschien wel veel aandacht, maar is uiteindelijk slechts één van de factoren die bepalend zijn.

1.57 De nettomarge is in zeer grote zorgorganisaties negatief, en de budgetratio is gemiddeld zo laag dat zij zelfs niet aan de laagste norm van banken en financiers voldoen. Kleine zorgorganisaties daarentegen realiseren wél een positieve nettomarge en een voldoende hoge budgetratio.

1.58 Onze conclusie luidt dat de omvang van zorgorganisaties van invloed is op de financiële prestaties, maar dat het te simpel is om te zeggen 'hoe kleiner, hoe beter'. De verbanden liggen complexer, getuige bijvoorbeeld het feit dat in zeer grote zorgorganisaties, die relatief vaak verlieslatend zijn, het overheadpercentage het laagst is.





Managementfilosofie en managementstijl als quick wins voor goede financiële prestaties te beschouwen

1.59 Welke factoren uit de bedrijfsvoering kunnen nu een verklaring zijn voor goede financiële prestaties? En welke factoren spelen een rol *zonder* dat de zorgorganisaties deze kunnen beïnvloeden? Om op deze vragen een antwoord te kunnen geven, putten wij vooral uit het kwalitatieve deel van het onderzoek: de interviews en de groepsdiscussie. Daarna volgen nog enkele benchmarkanalyses uit de onderdelen innovatie en High Performance Organization. Goede financiële prestaties vatten wij op als een positieve nettomarge en een budgetratio die voldoet aan de eisen van de financiers.

Groot aantal factoren besproken in groepsdiscussie

1.60 In de interviews hebben de bestuurders een groot aantal factoren genoemd die van invloed zijn op de financiële prestaties. In de groepsdiscussie en slotinterviews zijn deze besproken en getoetst. De deelnemers aan de bijeenkomst hebben de verschillende factoren een score gegeven voor de mogelijke impact van de factor en voor de investering die nodig is om de factor te implementeren. Dit leidde tot het volgende overzicht.

Tabel 1-16: Bedrijfsvoeringsfactoren van invloed op financiële prestaties

Hoge investering, lage impact 	Hoge investering, hoge impact 
Geen factoren geïdentificeerd	Uitvoeren van een gedetailleerde analyse van kostenposten in werkprocessen
	Belonen van laag ziekteverzuim
	Inzetten van digitale hulpmiddelen
	Ruimte bieden voor innovatie
	Opbouwen van voldoende eigen vermogen
Lage investering, lage impact 	Benutten van subsidiemogelijkheden
	Lage investering, hoge impact 
	Vragen van een bijdrage van cliënten voor extra activiteiten
Budgetteren van een post onvoorzien	Duidelijke managementfilosofie
Sturen op intuïtie	

Bron: Onderzoek besteding AWBZ-middelen, PricewaterhouseCoopers 2009, gebaseerd op benchmark ActiZ 2007/2008

1.61 Factoren die veel impact hebben en een lage investering vragen zijn de *quick wins*: factoren waarop snel resultaat te boeken is zonder hoge investeringskosten. Daarvan zijn er twee benoemd: een duidelijke managementfilosofie en de zorgorganisatie besturen 'alsof er eigen geld in zit'.

1.62 In de discussie en uit de interviews kwam naar voren dat het misschien niet eens zo van belang is hoe de managementfilosofie exact is geformuleerd, maar dat de kracht vooral uitgaat van het hanteren en communiceren van een duidelijke visie op leidinggeven. Het besturen van de organisatie 'alsof er eigen geld in zit' is uitgelegd als een betrokken en gedreven managementstijl.

1.63 De factor intuïtie wekte discussie op. Er werden voorbeelden gegeven van situaties waarin het onderbuikgevoel leidde tot beslissingen die achteraf onjuist bleken te zijn. Er moet dus niet blind op worden gevaren. Toch is het goed te onderkennen dat intuïtie of andere minder rationele factoren altijd een rol zal spelen.

Goede financiële prestaties gaan samen met een aantal organisatiekenmerken

1.64 Factoren vanuit de bedrijfsvoering die van invloed zijn op goede financiële prestaties, komen ook uit de benchmark.

1.65 De eerste is het verband dat is aangetoond tussen een positieve nettomarge en 'de medewerkerkwaliteit'. De medewerkerkwaliteit is een factor die in de benchmark is

geïntervieweerd via het onderdeel 'High Performance Organizations (HPO's)'. Dit onderdeel bracht in kaart hoever een zorgorganisatie is gevorderd op de weg naar de status van excellente organisatie. Met het thema medewerkerkwaliteit werd bedoeld op bijvoorbeeld flexibiliteit en veerkracht van medewerkers, mogelijkheden voor kennisuitwisseling en communicatie, betrokkenheid bij organisatieprocessen en voldoende diversiteit in de medewerkersformatie. De benchmarkanalyse toont aan dat zorgorganisaties die hoog scoren op het (HPO-)onderdeel medewerkerkwaliteit, gemiddeld een wat hogere nettomarge behalen dan zorgorganisaties die lager scoren. Er is geen relatie te constateren tussen een hoge score op medewerkerkwaliteit en de hoogte van de budgetratio.

1.66 De benchmarkanalyse toont ook een aantal verbanden tussen financiële prestaties en de medewerkerraadpleging uit de benchmark. Het blijkt in zijn algemeenheid *niet* zo te zijn (dit verband werd in een aantal interviews verondersteld) dat goede financiële prestaties samengaan met tevreden medewerkers. Die hypothese moest dus worden gefalsificeerd. Zo blijkt dat naarmate de nettomarge in een zorgorganisatie hoger is, de medewerkers minder positief zijn over de balans tussen werk en privé; ook vinden ze de werkdruk iets hoger. Blijkbaar vraagt het gezond houden van de exploitatie wel het nodige van de medewerkers. Wel blijkt nog dat in zorgorganisaties met een groter eigen vermogen de medewerkers positiever zijn over de mogelijkheden voor ontwikkeling en scholing. Uit interviews is naar voren gekomen dat deze zorgorganisaties investeren in opleidingen en dat de medewerkers daar positief op reageren. Medewerkers beschouwen het positief als zij een opleiding mogen volgen en zetten zich dan vaak ook extra in voor de organisatie, waardoor personele kosten bijvoorbeeld kunnen dalen.

Aantal externe factoren als frustrerend ervaren voor efficiënte inzet AWBZ-middelen

1.67 In de interviews en discussie is niet alleen gevraagd naar bedrijfsvoeringsfactoren die financiële prestaties beïnvloeden, maar ook naar niet-beïnvloedbare factoren (al heeft daar niet het accent op gelegen). Drie factoren willen we hier noemen.

1.68 De consistentie van beleid en beleidsvoering van het ministerie van VWS en de zorgkantoren bepalen mede hoe een zorgorganisatie haar middelen kan inzetten. Wanneer tijdig duidelijkheid bestaat over beleidskeuzes, kan een zorgorganisatie daar haar beleid op aanpassen. Wanneer ad hoc beleidsbeslissingen worden genomen of nieuw beleid lang boven de markt hangt maar definitieve beslissingen lang worden uitgesteld, is het voor zorgorganisaties lastig om zich daarop voor te bereiden en snel te anticiperen als dat nodig is. Als voorbeelden hiervan zijn genoemd de overgang van de Wmo naar gemeenten en een mogelijke overgang van de AWBZ naar de zorgverzekeraars.

1.69 Ten tweede ervaren zorgorganisaties het als lastig om de inzet van de middelen telkens aan te passen aan de veranderende eisen van de zorgkantoren. Zorgkantoren hebben de vrijheid om binnen kaders het eigen beleid vorm te geven. Dit doen zij dan ook. Wanneer bestaande eisen

niet langer onderscheidend zijn, voeren zij naar de ervaring van zorgorganisaties nieuwe eisen in. Zorgorganisaties stellen dat zorgkantoren nieuwe eisen vaak pas laat bekend maken, zodat zij daar niet meer op kunnen anticiperen. Zij krijgen daarmee de indruk dat de eisen gewijzigd worden om op het tarief te korten in plaats van om de kwaliteit te verbeteren. Een voorbeeld dat is genoemd, is het stellen van een eis van een ziekteverzuim van lager dan 4%. Wanneer dit eerder in het jaar bekend was geweest, hadden zorgorganisaties hier beter op kunnen sturen.

1.70 Ten derde hebben zorgorganisaties aangegeven dat zij het een bezwaar vinden dat zij geen invloed hebben op de ingevoerde zorgzwaartebekostiging. Zeker voor afbouwers komt de zorgzwaartebekostiging als een voldongen feit, ondanks het overgangstraject dat het ministerie heeft opgesteld. Op de omvang van het uiteindelijke budget kunnen zij naar hun gevoel onvoldoende snel sturen en de impact op de zorgverlening en bedrijfsvoering kan ingrijpend zijn. Zorgorganisaties zien echter ook mogelijke voordelen aan de bekostigingssystematiek. Het kan een bijdrage leveren aan een juiste inzet van de AWBZ-middelen: iedere cliënt zou hierdoor de zorg en begeleiding moeten krijgen die hij nodig heeft en daarvoor moeten de juiste middelen beschikbaar zijn. De zorgzwaartebekostiging kan tevens meer inzicht genereren in de inzet van middelen over verschillende posten.

1.71 Alles bij elkaar opgeteld, ervaren zorgorganisaties de administratieve lasten als hoog. Er zijn veel verschillende zaken waarover zij verantwoording moeten afleggen, waardoor soms het gevoel ontstaat dat een aanzienlijk deel van het beschikbare budget wordt opgeslokt door administratieve rompslomp. Graag zouden zij efficiënter en effectiever met de beschikbare tijd en middelen omgaan.

Managementstijl van grote invloed op personeelskosten en overhead

1.72 In de vorige paragraaf ging het over factoren die van invloed zijn op goede financiële prestaties in het algemeen. We hebben echter ook specifiek gevraagd naar factoren die van invloed zijn op personeelskosten en overhead. Dit leverde het volgende overzicht op.

Tabel 1-17: Bedrijfsvoeringsfactoren van invloed op personeelskosten en overhead

Hoge investering, lage impact 	Hoge investering, hoge impact 
Geen factoren geïdentificeerd	Managers die sturen op kwaliteit Een leiderschapsstijl die aansluit bij de huidige behoefte van organisaties Goede gebruiksvriendelijke management-informatie gekoppeld aan de beleidsvisie Managers met kennis van management-methodes (vakkennis) Sturen op de deskundigheidsmix van medewerkers Grond en panden in eigendom
Lage investering, lage impact 	Lage investering, hoge impact 
Geen factoren geïdentificeerd	Topmanagement vervuld voorbeeldfunctie Een platte organisatie Bevoegdheden laag in de organisatie leggen Leuke dingen organiseren voor de medewerkers Integraal management (verantwoordelijk voor budget en kwaliteit) Managers die keuzes durven te maken Managers die kunnen delegeren Managers die handelen vanuit verantwoordelijkheid Managers die zichtbaar zijn Creatieve managers die buiten de gebaande paden treden Managers die contact houden met de werkvloer Managers met een sterke visie Medici en verzorgenden die elkaars taal spreken Bouwbegeleiding in eigen beheer

Bron: Onderzoek besteding AWBZ-middelen, PricewaterhouseCoopers 2009, gebaseerd op benchmark ActiZ 2007/2008

1.73 Interessant om te zien is dat de deelnemers van de meeste factoren de investering voor implementatie niet hoog inschatten. Dit lijkt kansen te bieden, omdat er weliswaar investeringen nodig zijn, maar deze te overzien zijn.

1.74 Verreweg de meest factoren hebben betrekking op de managementstijl. Deze is ook al genoemd toen het ging over de financiële prestaties in het algemeen. Het lijkt erop of hier een cruciale factor in het spel is. Niet nieuw, maar wel consequent in alle interviews en bijeenkomsten benoemd. Ook uit de literatuur komt de cruciale rol van het management naar voren. Blijkbaar is er

in de praktijk toch nog onvoldoende gebruik gemaakt van deze algemeen bekende inzichten. Een goede manager sluit aan bij wat de zorgorganisatie op dat moment nodig heeft. Hij of zij is integraal verantwoordelijk (dus voor zowel kosten als kwaliteit), gedraagt zich als voorbeeld, en durft keuzes te maken. Dat betekent niet dat hij alles zelf doet: een goede manager delegeert juist veel, maar hij houdt wel nadrukkelijk contact met de werkvloer, blijft in gesprek met de medewerkers en weet wat daar speelt. Hij is dus zichtbaar voor zijn mensen. Hij stuurt uiteindelijk op kwaliteit. Een langetermijnvisie op financiën, gekoppeld aan de strategie van de zorgorganisatie, beschouwen alle deelnemers aan de groepsdiscussie als noodzakelijk voor een gezonde organisatie.

1.75 Een 'platte organisatie' heeft volgens de deelnemers aan de groepsdiscussie veel impact op de overhead en vereist relatief lage investeringen. Wel bleken er uiteenlopende ideeën te bestaan over het optimale aantal managementlagen.

1.76 De meningen lijken wat verdeeld te zijn over de vraag of het beter is om vastgoed wel of niet in eigendom te hebben. Vanuit financieel perspectief lijkt het in ieder geval voor kleinere zorgorganisaties beter om geen vastgoed in eigendom te hebben, zo werd gesteld. Het vormen van een holding met een woningcorporatie werd genoemd als een manier om toch invloed te hebben op het vastgoed. De vraag rijst waarom zoveel zorgorganisaties vastgoed in eigendom hebben, terwijl dat financieel minder aantrekkelijk kan zijn. Uit de discussie bleek dat hier andere redenen aan ten grondslag liggen. Zo beschouwt men het zelf beschikken over vastgoed als een mogelijkheid om een strategische positie te behouden en levert het een zorgorganisatie minder stress op.

1.77 Goede gebruikersvriendelijke managementinformatie vraagt volgens onze respondenten een hoge investering. Zij vinden dat de investeringen in een informatiesysteem zichzelf niet terugbetalen. Als reden daarvoor noemden zij dat ook de best beschikbare systemen te veel uitgaan van harde kengetallen (financieel, productiviteit, ziekteverzuim) en te weinig van zachtere succesindicatoren zoals tevredenheid van cliënten en personeel, werkdruk, bejegening en dergelijke. Dit kwam overigens ook uit de interviews naar voren. Een aanbeveling zou dan ook zijn om de bestaande systemen te verbeteren c.q. informatie te verspreiden over systemen die wél de gewenste mix van harde en zachte indicatoren bevatten.

1.78 De lijst met factoren met een positieve invloed op het percentage personele kosten en een optimale overhead werd door de deelnemers aan de groepsdiscussie met twee factoren aangevuld, te weten:

- a het beleggen van meerdere functies bij één persoon;
- b het op basis van een formatieplan beschikbaar stellen van een afgebakend aantal uren aan stafmedewerkers, al of niet in combinatie met het 'verhuren' van extra capaciteit aan andere (zorg)organisaties.

1.79 Het gaat hier vooral om het heel scherp vaststellen van het aantal uren dat nodig is om het primair proces goed te kunnen ondersteunen. In de praktijk lijkt het er vooral op dat wanneer een bestuurder nieuw binnenkomt bij een zorgorganisatie hij scherp kijkt naar de post overhead en naar de manier waarop deze geoptimaliseerd kan worden.

1.80 Uitbesteden van taken is geen factor die van invloed werd geacht op de omvang van de overhead. Het is feitelijk niets meer dan een andere manier van het organiseren van de overhead. De gemaakte kosten vinden zowel bij het intern uitvoeren van de activiteiten als bij het uitbesteden hun plaats in de overheadkosten.

Benchmarkuitkomsten kostenstructuur/overhead op één lijn met uitkomst groepsdiscussie

1.81 De conclusies uit de groepsdiscussie bevestigen in grote lijnen de verbanden die uit de benchmarkanalyses naar voren komen.

1.82 Allereerst een aantal verbanden tussen het zijn van HPO en het percentage overhead. Er zijn vijf HPO-onderwerpen; het onderwerp medewerkerkwaliteit kwam in de vorige paragraaf al aan de orde. De andere vier zijn: managementkwaliteit, een open en actiegericht klimaat, gerichtheid op de lange termijn en continue verbetering (van producten, diensten en processen). Uit de benchmark blijkt dat een lage overhead consequent samengaat met een hogere score op alle vijf HPO-kenmerken; voor het onderwerp langetermijngerichtheid is het verband wat zwakker, maar voor de andere onderwerpen is het duidelijk te zien. Zorgorganisaties met een lage overhead zijn goed in staat om goede prestaties te leveren op HPO-onderwerpen of omgekeerd: zorgorganisaties die goed presteren op HPO-onderwerpen hebben vaak een lage overhead.

1.83 Verder blijkt er een verband tussen alle HPO-kenmerken met uitzondering van de langetermijngerichtheid enerzijds patiënt- en bewonergebonden kosten anderzijds. Hoe hoger die kosten, hoe hoger ook de scores op de HPO-kenmerken. Het lijkt erop of we kunnen concluderen dat investeren in cliënten hoort bij een HPO-organisatie.

1.84 Er zijn ook verbanden tussen kostenstructuur/overhead en uitkomsten van de medewerkerraadpleging. In zorgorganisaties die een hoger percentage van hun budget weten in te zetten voor personeelskosten (direct en indirect), zijn de medewerkers positiever over de werkdruk en de balans tussen werk en privé.

1.85 Het valt op dat het hogere percentage personeelskosten wat de medewerkers betreft ook kan worden ingezet in overhead. Medewerkers van organisaties met een hogere overhead oordelen namelijk positiever over werkdruk en de balans tussen werk en privé. Een lage overhead gaat bovendien samen met een minder positief oordeel over de overzichtelijkheid van de zorgorganisatie¹² en de ontwikkelings- en verbetermogelijkheden. En ook dat zijn elementen die deel uitmaken van het totale medewerkeroordeel. Medewerkers gedijen dus goed in een organisatie waar zij voldoende worden ondersteund door leiding en staf.

¹² De overzichtelijkheid van de organisatie kan te maken hebben met de omvang, maar dat hoeft niet. Ook grote organisaties kunnen overzichtelijk georganiseerd zijn. Het gaat erom of de medewerker de organisatie als overzichtelijk ervaart.

1.86 Al met al bevestigt deze bevinding de eerder besproken stelling dat het reduceren van overhead op het niveau van een zorgorganisatie niet ongelimiteerd door moet gaan. Er is een optimum.

1.87 Ten slotte blijkt nog dat een hoog percentage kosten voor medewerkers in hotelfuncties samengaat met een minder positief oordeel (van alle medewerkers gemiddeld) over de werkdruk. Blijkbaar is de zorg voor medewerkers beter te leveren wanneer meer hotelmatige zaken door medewerkers worden verricht die primair cliëntgebonden werken. We hebben niet de link kunnen leggen naar de visie van organisaties. Zoals al eerder is aangegeven, is het doorvertalen van de visie van de zorgorganisatie naar de structuur en aansturing van de organisatie van belang. Dit laatste duidt ook op een goed doordachte aanpak wat mogelijk ook een positieve invloed kan hebben op het oordeel van medewerkers.

Samenvatting en reflectie op de onderzoeksvraag.

1.88 In dit hoofdstuk is ingegaan op de kostenstructuur van zorgorganisaties, meer in het bijzonder de overhead, de financiële prestaties en mogelijke verklaringen daarvoor. De kostenstructuur is als volgt.

Tabel 1-18: Verdeling van AWBZ-middelen over de kostensoorten

Kostensoort	Gemiddeld	Intramuraal	Gemengd	Extramuraal
Uitvoerenden zorg	55,6%	46,0%	55,7%	64,2%
Medewerkers hotelfunctie	4,2%	8,6%	3,8%	0,7%
Leidinggevenden in de zorg	3,7%	3,1%	3,9%	4,0%
Support staff	1,5%	0,8%	1,7%	1,7%
Overige personeelskosten (reiskosten, dienstkleiding, kinderopvang)	3,5%	2,8%	1,9%	6,4%
P&O en (salaris)administratie	2,1%	2,2%	2,3%	1,8%
RvB/topmanagement	3,8%	2,4%	5,7%	2,5%
Patiënt- en bewonergebonden kosten (hulpmiddelen, materiaal dagopvang, verpleegmaterialen)	6,1%	11,4%	5,1%	2,6%
Materiële kosten (kantoorkosten, automatisering, verzekeringen en belasting)	8,3%	5,9%	8,6%	10,0%
Kapitaalslasten	10,9%	15,4%	10,9%	6,7%
Totaal	100%	100%	100%	100%

Bron: Onderzoek besteding AWBZ-middelen, PricewaterhouseCoopers 2009, gebaseerd op benchmark ActiZ 2007/2008

1.89 Uit de benchmark blijkt een overhead van 13,3%, vergelijkbaar met de 13,2% uit de onderzoeken van Berenschot. Dat percentage is lager dan in andere zorgsectoren. Organisaties met een lage overhead zijn gemiddeld financieel gezonder dan organisaties met een hoge overhead, maar dit geldt niet voor zorgorganisaties met een omzet van meer dan 100 miljoen per

jaar. Deze organisaties hebben de laagste overhead, maar kunnen dit schaalvoordeel niet omzetten in een positieve nettomarge en een voldoende groot eigen vermogen.

1.90 De omvang van zorgorganisaties is van invloed op de financiële prestaties. Kleine zorgorganisaties (met een omzet van minder dan 10 miljoen euro) realiseren de hoogste nettomarge, zeer grote organisaties de laagste. In de interviews en groepsdiscussie werd dit verschijnsel verklaard door te wijzen op een betere verbinding tussen het management en de werkvloer in kleinere organisaties en een betere sturing door een groter overzichtelijkheid. In eerdere benchmarkbijeenvakkomsten is wel naar voren gekomen dat kleine organisaties financieel beter presteren omdat alleen de beter presterende kleine organisaties zijn overgebleven. Minder goed presterende organisaties zijn al door grotere organisaties opgenomen. Ook is wel geopperd dat grote en zeer grote organisaties altijd fusieorganisaties zijn, die enkele jaren nodig hebben om efficiencyvoordelen te bereiken. Wij hebben deze veronderstelling niet nader kunnen onderzoeken in het kader van deze opdracht.

1.91 Medewerkers in organisaties die een hoog percentage van hun budget weten in te zetten voor personeelskosten (direct en indirect), zijn positiever over hun werk dan medewerkers van organisaties die daar niet in slagen. Opvallend is dat medewerkers baat hebben bij een niet te laag (kwantificeren is helaas niet mogelijk) overheadpercentage. Zij ervaren minder werkdruk naarmate de overhead hoger is.

1.92 De rol van de overheadkosten is dus een complexe, en nader onderzoek zou dan ook nodig zijn om deze rol te verhelderen. Dit klemmt des te meer, omdat het fenomeen overhead politiek zoveel aandacht krijgt. Wij wagen ons niet aan een normgetal. Daarvoor zouden meer cijfers nodig zijn, bijvoorbeeld over een optimum in relatie tot het oordeel van medewerkers: bij welk percentage overhead zijn medewerkers het beste in staat om verantwoorde zorg te leveren?

1.93 Een krachtige en betrokken managementstijl en een duidelijke managementfilosofie komen uit het kwalitatieve deel van het onderzoek naar voren als factoren die een relatief lage investering vergen, maar wel van grote invloed zijn op goede financiële prestaties.

1.94 Al met al lijkt het raadzaam om voorzichtig te zijn met algemene oordelen. Te meer omdat in hoofdstuk 3 zal blijken dat er weinig verband is tussen financiële prestaties en kwaliteit van zorg. Beter is het om te focussen op de in de interviews en groepsdiscussie aangegeven succesfactoren. Wat daarbij vooral intrigeert, is het feit dat de aanbevelingen weliswaar voor de hand liggend lijken, maar blijkbaar toch lang niet altijd in de praktijk worden gebracht.

2 De effecten van de middelenverdeling op de zorgverlening aan de cliënt

2.01 Hoofdstuk twee gaat over de zorgverlening aan de cliënt. De volgende onderzoeksvragen zijn aan de orde:

- a Wat zijn, gelet op beschikbaarheid van gegevens, gewenste operationalisaties van kwaliteit en kwantiteit van de geboden zorg?
- b Hoe scoren instellingen op deze aspecten van zorgverlening?
- c Is er een samenhang tussen deze aspecten van de zorgverlening?
- d Is er een relatie tussen deze uitkomsten en de achterliggende visie op zorgverlening?

Deelvraag 2a: operationalisatie kwaliteit en kwantiteit van zorg

2.02 De vraag is te splitsen in de operationalisatie van de kwaliteit en die van de kwantiteit van zorg.

Kwaliteit van zorg vooral via CQ-index te operationaliseren

2.03 Binnen de VVT-sector is het gebruik van de Consumer Quality Index (CQ-index) en de Zorginhoudelijke Indicatoren (ZI) gemeengoed voor het meten van de kwaliteit van zorg.

2.04 Verder hanteren de meeste zorgorganisaties een kwaliteitssysteem en zijn zij gecertificeerd. Uit DigiMV 2007 blijkt dat 88% van de organisaties over een kwaliteitscertificaat beschikt. Het meest gebruiken de zorgorganisaties het HKZ-systeem (Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de zorgsector). Uit onderzoek van onder meer Plexus blijkt wel dat een positief verband tussen het beschikken over een kwaliteitssysteem en het leveren van verantwoorde zorg nooit is aangetoond. In dit rapport is er daarom voor gekozen het onderwerp verder buiten beschouwing te laten.

2.05 De meerderheid van de deelnemers aan de groepsdiscussie was het erover eens dat CQ en ZI een goed beeld geven van de kwaliteit van zorg die een zorgorganisatie levert. Kanttekening die hier met name tijdens de interviews bij is geplaatst, is het risico van het beperken van de focus tot deze indicatoren. Dit betekent dat andere belangrijke elementen uit het oog kunnen worden verloren in het streven om goed te scoren op de elementen die in de publiciteit komen en waar de zorgorganisaties landelijk op beoordeeld worden. In de groepsdiscussie is verder geopperd dat de CQ-vragen te veel ingaan op uitsluitend de elementen die de cliënten goed kunnen beoordelen, zoals de manier waarop op de medewerkers hen bejegenen en de variatie in de maaltijden. Er wordt te weinig gevraagd naar zaken die nu niet aanwezig zijn, maar die de cliënten wel aantrekkelijk zouden vinden. In de tweede plaats werd erop gewezen dat verantwoorde zorg nog geen excellente zorg is: wat moeten zorgorganisaties doen die zich op kwaliteit sterk willen

onderscheiden? Hierop is geen eenduidig antwoord gegeven.

2.06 Voor dit onderzoek hebben wij ons in ieder geval moeten beperken tot de CQ-uitkomsten, omdat alleen daarover voldoende gegevens beschikbaar zijn. Aan de zorginhoudelijke indicatoren wordt slechts kort aandacht besteed, omdat de scoring en interpretatie van deze indicatoren nog in ontwikkeling zijn.

Kwaliteit van werkgeverschap relevant aspect voor zorgverlening

2.07 Naast de kwaliteit van zorg kan ook de kwaliteit van het werkgeverschap worden onderscheiden. Dat is het oordeel van medewerkers over de kwaliteit van de zorgorganisaties als werkgever, geoperationaliseerd als de scores op de MedewerkerMonitor in de benchmark.

Voor kwantiteit van zorg nog geen goede operationalisatie mogelijk

2.08 Voor de kwantiteit van de geboden zorg zijn geen landelijke normen. Voor de intramurale zorg geldt dat de zorg zoals geformuleerd in de zorgzwaartepakketten de leidraad vormt voor de hoeveelheid te leveren zorg. Het is aan de zorgorganisaties zelf om te bepalen met hoeveel formatie deze zorg wordt geleverd, gelet op de zorgkwaliteit die men nastreeft. Desgewenst kan de verhouding tussen de zorgproductie en het aantal fte's als kengetal worden beschouwd, maar dan niet als norm. Systematische en actuele landelijke informatie over de tijd die medewerkers aan cliënten besteden, is niet beschikbaar. Dit zou een uitgebreide tijdsregistratie op de werkvloer vergen, met de daarbij behorende administratieve lasten.

2.09 Wij hebben voor de kwantiteit van zorg dus geen kengetal kunnen vinden waar zorgorganisaties op kunnen 'scoren'.

Deelvraag 2b: scores zorgorganisaties op kwaliteit

2.10 De uitkomsten van de CQ beschrijven wij kort, omdat deze al openbaar zijn via KiesBeter.nl en er daarom al het nodige over bekend mag worden verondersteld. Er zijn CQ-gegevens beschikbaar over de kwaliteit van zorg vanuit het perspectief van de cliënt uitgesplitst naar:

- a intramuraal somatische cliënten;
- b intramuraal psychogeriatrische cliënten (PG, hier wordt het oordeel gevraagd aan contactpersonen van de cliënt en niet aan de cliënt zelf);
- c cliënten in de zorg thuis.

2.11 In de benchmark zijn de uitkomsten van de CQ omgerekend in scores. Gemiddeld waarden cliënten uit de zorg thuis de kwaliteit van zorg met een 8,0 op een schaal van 1-10. Intramurale cliënten somatiek en contactpersonen voor psychogeriatrische cliënten geven voor de kwaliteit van zorg het cijfer 7,7. Zorg thuis wordt dus gemiddeld hoger gewaardeerd. De grootste

variatie is te zien in het oordeel van somatische cliënten intramuraal.

2.12 In de benchmark is ook aan de medewerkers gevraagd om een oordeel te geven over de kwaliteit van zorg (in hun organisatie). Hier is geen uitsplitsing gemaakt naar intramuraal somatiek, intramuraal psychogeriatricie of extramuraal. Gemiddeld geven zij de kwaliteit van zorg een 6,9. Dat getal is niet zonder meer te vergelijken met de cijfers die de cliënten geven, omdat aan de medewerkers andere vragen zijn gesteld dan aan de cliënten. Wel is het zo dat in een organisatie waar de cliënten zelf bovengemiddeld positief zijn over de zorgverlening, de medewerkers dat ook zijn. Het valt op dat dit verband er niet is als het gaat om psychogeriatricische cliënten: de contactpersonen van cliënten letten blijkbaar op andere zaken dan medewerkers en dan cliënten zelf.

2.13 Voor zorginhoudelijke indicatoren bestaat geen totaalscore per organisatie(onderdeel). De indicatoren zijn verschillend van aard en dus moeilijk optelbaar. Het is evenmin mogelijk om objectieve wegingsfactoren aan te geven. Om die reden achten wij het op dit moment niet verantwoord om een totaaloordeel over de zorginhoudelijke kwaliteit van een organisatie te geven.

2.14 Zijn nu organisaties waarvan de cliënten positief oordelen, ook organisaties die goed scoren op zorginhoudelijke indicatoren? Dat antwoord valt niet zomaar te geven. Een statistisch significant verband is er alleen maar te zien voor de groep psychogeriatricische cliënten, tussen de zorginhoudelijke indicator 'aanwezigheid van beleid gericht op het voorkómen van vrijheidsbeperkende maatregelen' en de CQ-indicatoren (oordeel over) professionaliteit van het personeel, betrouwbaarheid van het personeel, bejegening, lichamelijke verzorging, informatievoorziening en bereikbaarheid van de organisatie. Alle andere verbanden zijn te zwak om er conclusies op te baseren. Weinig organisaties slagen er dus in om op beide aspecten gunstig te scoren. Een verklaring daarvoor is uit de cijfers niet af te leiden, maar het perspectief van cliënten is blijkbaar duidelijk anders dan dat van de inhoudelijke indicatoren.

Deelvraag 2c: Samenhang tussen aspecten van zorgverlening

2.15 In de benchmarkanalyses hebben wij gezocht naar verbanden tussen verschillende onderdelen van de kwaliteitsscores.

Kwaliteitsscores verschillen per onderdeel van de zorgorganisatie

2.16 Veel zorgorganisaties die hebben deelgenomen aan de benchmark bieden een combinatie van intramurale somatische zorg, intramurale psychogeriatricische zorg en zorg thuis. Het valt dan op dat er maar weinig verband te zien is tussen de scores die deze zorgorganisaties behalen. Zorgorganisaties die bijvoorbeeld hoog scoren op de waardering door intramurale somatische cliënten, scoren lang niet altijd hoog op de waardering door de andere cliëntgroepen. Een echte verklaring is daarvoor niet gevonden.

2.17 Uit de analyses komt wel naar voren dat de CQ-scores per organisatorische eenheid (dit zijn organisatieonderdelen) binnen een zorgorganisatie sterk uiteen kunnen lopen. Dit wordt door de interviews verder onderbouwd. Er is opgemerkt dat in fusieorganisaties de oorspronkelijke zorgorganisaties nog vaak lang herkenbaar blijven en redelijk autonoom zijn in het vormgeven van de kwaliteit.

2.18 Kwaliteit van zorg is dus blijkbaar een aspect dat (nog) niet zozeer vanuit de top van de zorgorganisatie wordt vormgegeven. Per locatie en zelfs per cliëntgroep kan het oordeel over de kwaliteit verschillen. Het handhaven van kwaliteitsindicatoren biedt wel randvoorwaarden voor een minimaal kwaliteitsniveau.

Scores op kwaliteit van zorg hangen beperkt samen met scores op werkgeverschap

2.19 Zijn zorgorganisaties met medewerkers die tevreden zijn over hun werk ook altijd zorgorganisaties met tevreden cliënten? Een vraag die gevoelsmatig, ook in de interviews, vaak met 'ja' is beantwoord. Toch zijn de benchmarkuitkomsten wat minder stellig. Samenhang tussen tevreden medewerkers en tevreden cliënten is er wel, maar de samenhang is niet sterk. Er zijn ook veel zorgorganisaties waar in het geheel geen samenhang te zien is. In de intramurale somatische zorg is het verband nog het sterkst, en in de zorg thuis het minst sterk. Dat laatste kan komen omdat medewerkers in de zorg thuis hun eventuele minder positieve oordeel over hun werkgever opzij kunnen zetten als zij eenmaal bij de cliënt in huis zijn.

2.20 We zien op onderdelen van het medewerkersoordeel over de kwaliteit van hun werk wel verbanden. Zo gaat een hoge kwaliteit van zorg voor intramurale somatische cliënten en cliënten van zorg thuis samen met een positief oordeel van medewerkers over aspecten als sfeer, cultuur en communicatie in hun organisatie. Misschien werkt een positieve sfeer door op de wijze waarop de medewerkers benaderen; maar het verband kan ook andersom zijn: misschien zorgen tevreden cliënten er wel voor dat de medewerkers de sfeer als plezierig ervaren. In elk geval kunnen beide kanten voor de zorgorganisaties een aangrijpingspunt zijn. Verbeteringen in het ene aspect maken de kans groot dat ook het andere verbetert. In die zin is er sprake van een multipliereffect.

2.21 Het kan de moeite lonen om nader onderzoek te doen naar de vraag waarom het verband tussen tevredenheid van cliënten over de kwaliteit van zorg en de tevredenheid van medewerkers over de kwaliteit van hun werk niet sterker en algemener is. De gedachte dat tevreden medewerkers betere zorg kunnen leveren, ligt eigenlijk zeer voor de hand en in eerdere benchmarks is het verband ook wel degelijk gevonden.

Deelvraag 2d: factoren van invloed op kwaliteit

2.22 De laatste deelvraag van het onderdeel zorgverlening gaat over de vraag of de visie op zorgverlening van invloed is op de kwaliteit van zorg. Wij hebben deze deelvraag wat verbreed tot de vraag welke verklaringen voor kwaliteitsscores er uit de benchmark en de

interviews/groepsdiscussie naar voren komen.

Omvang zorgorganisatie beperkt van invloed op cliëntoordeel

2.23 Vaak wordt gedacht dat het cliëntoordeel in kleine zorgorganisaties veel hoger zal zijn dan in grote. In oudere benchmarks hebben we dit verband ook wel gevonden. Als we echter de resultaten over een reeks van jaren op een rij zetten, is steeds minder verband tussen de omvang van een zorgorganisatie en het cliëntoordeel zichtbaar. Dat kan komen omdat het 'kleinschalig organiseren in grootschalige organisaties' de laatste tijd steeds meer aandacht krijgt. Over 2007 ontstaat het volgende beeld. Voor intramurale somatische cliënten in zeer kleine organisaties (omzet minder dan 10 miljoen euro) geldt dat zij de zorg wat hoger waarderen dan in alle andere grootteklassen¹³: 7,9 versus 7,6 of 7,7. Gezien de beperkte spreiding in de scores is dit wel een relevant verschil. Voor de cliënten psychogeriatric en de cliënten zorg thuis is er echter een verschil van hooguit 0,1, dus in feite verwaarloosbaar.





2.24 Bezien we de scores per regio, dan is ook hier het verschil maximaal 0,3 punt. Zorgorganisaties in de regio's Noord en West scoren iets minder hoog dan zorgorganisaties in de andere regio's. Hoe dat komt, is niet uit de benchmark of de interviews af te leiden. Het komt in elk geval niet doordat in de ene regio bijvoorbeeld relatief meer thuiszorg wordt gegeven (met dus positievere cliënten).

Visie op zorgverlening kan bijdragen aan kwaliteit van zorg

2.25 Net als het geval was bij de financiële prestaties, hebben wij in de interviews en groepsdiscussie gevraagd naar factoren in de bedrijfsvoering die de kwaliteit van zorg beïnvloeden. Dit leidde tot het volgende overzicht.

¹³ Dus de organisaties met een omzet van 10-40 miljoen euro, van 40-100 miljoen euro en van meer dan 100 miljoen euro.

Tabel 2-1: Bedrijfsvoeringsfactoren van invloed op kwaliteit van zorg

Hoge investering, lage impact 	Hoge investering, hoge impact 
Geen factoren geïdentificeerd	Profileren op maatzorg, met standaardisatie van basiszorg
	Afstemmen van de bedrijfsvoering op de zorgvisie
	Afstemmen van de organisatiestructuur op de zorgvisie
	Aangaan van dialoog met cliënten, vrijwilligers en medewerkers
	De cliënt laten bepalen wat de belangrijkste kwaliteitsindicatoren zijn
	Vooroplopen met nieuwe concepten voor zorg en wonen
	Een integrale visie op zorg en wonen op basis van een omgevingsanalyse
Lage investering, lage impact 	Lage investering, hoge impact 
Burgerlijke ongehoorzaamheid	Geen factoren geïdentificeerd

Bron: Onderzoek besteding AWBZ-middelen, PricewaterhouseCoopers 2009, gebaseerd op benchmark ActiZ 2007/2008

2.26 Over burgerlijke ongehoorzaamheid en het voorlopen in nieuwe concepten van zorg en wonen waren de meningen verdeeld: dragen zij nu wel of niet bij aan kwaliteit van zorg?

2.27 Onder burgerlijke ongehoorzaamheid wordt verstaan dat een zorgorganisatie als actief ondernemer op zoek gaat naar nieuwe mogelijkheden, en zich niet op voorhand laat tegenhouden door verplichtingen die zijn opgelegd (of lijken te zijn opgelegd) door een overheid of financier. Wanneer bestuurders hiervoor kiezen, is dit vooral om de medewerkers een deel van de administratieve lasten te besparen. Op zaken waar een zorgorganisatie wordt afgerekend, zoals de registratie van normen voor verantwoorde zorg, zullen zij niet burgerlijk ongehoorzaam zijn, zo stellen de deelnemers aan de groepsdiscussie. Of burgerlijke ongehoorzaamheid een positieve invloed heeft op de kwaliteit van zorg, is volgens de deelnemers de vraag. Daarover verschillen de meningen. De impact hiervan werd in de bijeenkomst gering geschat. Politiek trekt dit aspect echter wel de aandacht.

2.28 Het voorlopen in nieuwe concepten van wonen en zorg kan een positieve invloed hebben op kwaliteit, maar volgens de deelnemers aan de groepsdiscussie ook evengoed een negatieve. Op macroniveau is het van belang dat er voorlopers zijn. Maar voor een individuele zorgorganisatie die voorloopt, kan deze positie betekenen dat veel tijd opgaat aan overleg met bijvoorbeeld het

zorgkantoor, omdat de regelgeving nog niet is afgestemd op een dergelijke situatie. Op al geëffende paden is het makkelijker om te excelleren. Het kan echter voor een individuele organisatie ook kwaliteitsvoordelen hebben om voorloper te zijn. Een zorgorganisatie raakt op deze manier al lang van tevoren gewend aan een bepaalde manier van werken, waardoor zij wanneer een concept gemeengoed wordt een voorsprong heeft op andere zorgorganisaties. Men veronderstelt dat de investering voor het voorlopigen hoog zullen zijn.

2.29 De deelnemers aan de groepsdiscussie pleiten ervoor om voldoende te investeren in innovatie. Wanneer een zorgorganisatie besluit om geen voorloper te willen zijn, wil dat niet zeggen dat hij voor zijn eigen zorgorganisatie niet zou hoeven investeren in het verbeteren van de kwaliteit van zorg.

2.30 Van de factoren die volgens de deelnemers in elk geval wél van invloed zijn op de kwaliteit, wordt de zorgvisie of beleidsvisie consequent genoemd. Ook hier lijkt het er weer op dat het niet zozeer van belang is wat die visie inhoudt, zolang de visie maar duidelijk wordt gecommuniceerd en doorleefd en zolang de zorgverlening en de zorgorganisatie maar worden afgestemd op de visie. De visie is niet alleen iets van de Raad van Bestuur, maar ook de medewerkers op de werkvloer weten waar de zorgorganisatie voor staat. Alleen bekendheid met de visie tot en met het niveau van middenmanagement is onvoldoende. Op de werkvloer hebben de medewerkers het echte contact met de cliënt en kunnen zij daarmee ook het verschil maken. Dit doen zij door goede kwaliteit van zorg te leveren, maar ook door zelf met verbetervoorstellen te komen. Het betrekken van professionals bij het opstellen en in de praktijk brengen van de zorgvisie kan een belangrijke succesfactor zijn. Tegelijkertijd is een voorwaarde dat Raad van Bestuur en management zelf rolmodellen zijn als het gaat om het in de praktijk brengen van de zorgvisie. In de interviews komt als concrete tip naar voren de persoonlijke zichtbaarheid van Raad van Bestuur en management, door regelmatig op locaties aanwezig te zijn, door persoonlijk deel te nemen aan personeelsactiviteiten en door verbeteringsprojecten die vanuit de organisatie zelf komen, actief te stimuleren.

2.31 Uit de interviews is verder nog gebleken dat de respondenten het in hoge mate van belang achten dat medewerkers zodanig worden opgeleid dat de scholing aansluit bij de visie van de zorgorganisatie. Een voorbeeld. Een zorgorganisatie heeft in haar visie kleinschaligheid opgenomen. Zij vertaalt dit onder meer door naar de praktijk door samen met cliënten te koken. Dit betekent dat de medewerkers toegerust moeten zijn om voor een groep van zes tot acht personen te koken. Dat vraagt andere vaardigheden dan het koken van een maaltijd in de privésfeer. Daarnaast hebben veel schoolverlaters nauwelijks ervaring met koken. Dit vraagt om een extra opleiding, aansluitend bij de visie van de zorgorganisatie.

2.32 In de benchmark is het onderwerp zorgvisie niet expliciet aan de orde gekomen, zodat langs die lijn geen conclusies kunnen worden getrokken.

2.33 Als voorbeeld van kwaliteitsverhoging door het afstemmen van de organisatiestructuur op de zorgvisie is in herhaaldelijk de wijkgerichte zorg en kleinschalige intramurale zorg genoemd. De geïnterviewden verwachten daarvan een grote kwaliteitswinst. Het initiatief van Buurtzorg wordt aangehaald en als goed voorbeeld benoemd, hoewel soms vraagtekens worden geplaatst bij de duurzaamheid. Uit de groepsdiscussie kwam specifiek over de kwaliteit nog naar voren dat kleinschalig wonen de zelfredzaamheid van cliënten vergroot, maar dan vooral binnen grootschalige voorzieningen. Kleinschalige voorzieningen in de wijk kunnen soms juist een negatief effect hebben op de zelfredzaamheid van cliënten. De bewegingsvrijheid van de cliënt is daar praktisch gezien vaak beperkt tot de voorziening zelf, daar waar cliënten in een grootschaliger voorziening ook gebruik maken van gemeenschappelijke voorzieningen, of zich binnen het gebouw kunnen bewegen. Ook hebben cliënten in kleinschalige voorzieningen minder mogelijkheden om keuzes te maken in de contacten die ze aangaan of in de invulling van de dag.

2.34 Een volgende factor die is genoemd, is de inspraak van cliënten, mantelzorgers en vrijwilligers op kwaliteitsaspecten en zelfs op de structuur van de organisatie. Dit betekent dat deze groepen nauw betrokken dienen te worden bij discussies over deze onderwerpen.

2.35 Inspraak verhoogt de betrokkenheid van vrijwilligers en mantelzorgers en zij hebben het gevoel daadwerkelijk bij te kunnen dragen aan de organisatie. Vrijwilligers en mantelzorgers zijn voor zorgorganisaties van wezenlijk belang, omdat zij de medewerkers ontlasten waardoor die zich meer kunnen richten op hun werkzaamheden en cliënten zijn meer tevreden omdat er meer ruimte is voor de factor aandacht. De deelnemers aan de groepsdiscussie vinden ook dat dit de kwaliteit van zorg ten goede komt. Wel vragen zij aandacht voor het (al veel langer bestaande) fenomeen dat met name in verstedelijkte gebieden moeilijk vrijwilligers te vinden zijn. Ook is genoemd dat mantelzorg en vrijwilligerswerk tot op zekere hoogte communicerende vaten zijn. Mensen die bereid zijn om mantelzorg te leveren, zijn ook bereid om vrijwilligerswerk te doen en andersom. Hoe groter nu het beroep dat op mensen gedaan wordt om mantelzorg te leveren, hoe kleiner het potentieel aan vrijwilligerswerk wordt. Daarnaast merkten enkele geïnterviewden op dat vrijwilligers vooral graag actief zijn in grootschalige voorzieningen, en veel minder in kleinschalige. Daar is juist weer meer mantelzorg.

2.36 De deelnemers aan de groepsdiscussie geven organisaties de tip om een gedegen vrijwilligersbeleid op te zetten. Dit schept duidelijkheid naar vrijwilligers en medewerkers. Vrijwilligers weten dan waar ze op kunnen rekenen (meer in de voorwaardelijke sfeer), maar ook is duidelijk afgebakend welke handelingen en taken zij wel en ook niet mogen verrichten. Dit draagt er mede aan bij dat een goede kwaliteit van zorg wordt gewaarborgd.

2.37 In de discussie en interviews kwam de stelling naar voren, dat cliënten nog steeds niet goed in staat zijn om inspraak vorm te geven, zelfs niet als het gaat om de kwaliteit van de zorg in de eigen organisatie. Daarvoor is er nog steeds te weinig toegankelijke (vergelijkings)informatie beschikbaar. Wat daar ook van zij, interessant is de hypothese dat het weinig oplevert om de cliënt

te vragen 'wat hij of zij wil'. Mensen weten daar vaak geen antwoord op. Beter is het om te vragen waar hij of zij 'blij of juist verdrietig van wordt'. Dan wordt duidelijk wat mensen belangrijk vinden. Het gaat dan vaak om factoren die samenhangen met hun vroegere leefstijl. Aansluiten bij de leefstijl van cliënten is een kwaliteitsfactor die steeds meer in de belangstelling komt.

2.38 Ten slotte nog een kleine zijsprong. In de discussie werd de stelling geponeerd: 'De vaste omvang van een zorgzwaartepakket doet geen recht aan verantwoorde zorg'. Nagenoeg alle deelnemers aan de groepsdiscussie waren het hiermee oneens. Dit betekent dat de algemene omschrijving van de zorgzwaartepakketten naar hun mening voldoende ruimte biedt voor het realiseren van verantwoorde zorg. Het sturen op zorgzwaarte en het op die wijze centraal stellen van de cliënt in het proces passen daarbij.

Reflectie op de onderzoeksvraag

2.39 In dit hoofdstuk zijn wij ingegaan op de kwaliteit van zorg.

2.40 Cliënten waarderen de zorg met een cijfer tussen de 7,7 en de 8,0; cliënten in de zorg thuis zijn met een 8,0 het meest positief. Medewerkers waarderen de kwaliteit van de zorg met een 6,9. Er is weinig samenhang tussen het oordeel van cliënten en de zorginhoudelijke kwaliteitsindicatoren.

2.41 Er lijkt eveneens weinig verband te zijn tussen de scores van de verschillende cliëntgroepen in een zorgorganisatie. Organisaties waar intramurale somatische cliënten positief zijn, scoren lang niet altijd goed als het gaat om de zorg voor psychogeriatrische cliënten of cliënten in de zorg thuis.

2.42 Er is niet meer dan een zwak verband tussen het oordeel van cliënten over zorg en het oordeel van medewerkers over hun werk. De slogan 'Tevreden medewerkers betekent tevreden cliënten' gaat wel op, maar minder duidelijk dan wij hadden verwacht.

2.43 Cliënten in kleine of zeer kleine organisaties oordelen niet eenduidig positiever over de kwaliteit van zorg dan in grote of zeer grote organisaties. Voor intramurale somatische cliënten kan dit nog wel worden gesteld, maar voor de andere cliëntgroepen niet.

2.44 De interviews en groepsdiscussie leveren tal van factoren op die een goede zorgkwaliteit beïnvloeden. Net als in het vorige hoofdstuk, verklaringen voor financiële prestaties, zijn de genoemde factoren eigenlijk voor de hand liggend: een gedragen en duidelijke zorgvisie, luisteren naar cliënten, herstel van het contact tussen professional en cliënt. Opnieuw rijst dan de vraag waarom deze factoren blijkbaar toch nog niet overal in de praktijk worden gebracht.

3 Verband tussen middelenverdeling en effecten voor de cliënt

3.01 Hoe ligt de relatie tussen de kostenstructuur en de effecten voor de cliënt? Deze vraag staat centraal in dit derde hoofdstuk. Hierbij zijn de volgende onderzoeksvragen geformuleerd:

- a Zijn er verbanden tussen de inzet van de AWBZ-middelen en de effecten van deze inzet voor de zorgverlening aan cliënten? Zo ja, welke verbanden zijn er? Wat zijn hiervan de achtergronden?
- b Hoe worden deze verbanden eventueel beïnvloed door het profiel van de zorgorganisatie (meetbaar gemaakt in factoren als zorgzwaarte, grootte van de instellingen, organisatie van de zorgverlening kleinschalig/meer grootschalig)?

3.02 Wij realiseren ons dat dit kernvragen in het onderzoek zijn. Daarom melden wij op voorhand, om teleurstellingen bij de lezer te voorkomen, dat er minder verbanden aantoonbaar zijn dan bij het formuleren van de onderzoeksvragen misschien was verondersteld.

Deelvraag 3a: verbanden inzet AWBZ-middelen en zorgverlening aan cliënten

3.03 Is er verband tussen financiële prestaties en de kwaliteit van zorg? Met andere woorden: lijden organisaties met een hoge zorgkwaliteit per definitie verlies of gaan een hoge kwaliteit en een gezonde exploitatie juist vaak samen?

Uit benchmark geen algemeen verband tussen financiële prestaties en kwaliteit af te leiden

3.04 Uit de benchmarkanalyses blijkt dat er niet van een verband kan worden gesproken. Alle combinaties zijn mogelijk: hoge kwaliteit kan samengaan met een gezonde exploitatie maar ook met een verlies. Hoge kwaliteit van zorg kan samengaan met een lage overhead maar ook met een hoge overhead. Er is weinig van te zeggen.

3.05 Er is evenmin een verband tussen het percentage personeelskosten in de zorg en het oordeel van cliënten en medewerkers over de kwaliteit van zorg. En datzelfde geldt voor het aandeel kosten van leidinggevenden in de zorg (het aandeel in de totale personeelskosten) en de kwaliteit van zorg.

3.06 Een oorzaak van de ontbrekende verbanden kan liggen in de meetsystematiek. Het is namelijk zo dat financiële scores zijn berekend op het niveau van de gehele organisatie, maar kwaliteitsscores op het niveau van organisatorische eenheid, per organisatieonderdeel dus. Dat vertroebelt de vergelijking. Een nadere analyse is met de beschikbare gegevens niet mogelijk, omdat er geen financiële cijfers op het niveau van organisatieonderdelen bekend zijn. De

budgetratio, het eigen vermogen dus, is nu eenmaal niet gekoppeld aan een organisatieonderdeel maar aan de gehele zorgorganisatie. Cijfers over de kostenstructuur per organisatieonderdeel zijn waarschijnlijk bij de zorgorganisaties zelf wel bekend, maar zijn niet in de benchmark opgenomen of via DigiMV beschikbaar. Het is evenmin mogelijk om per organisatie één CQ-score te berekenen. De scores die intramurale somatische cliënten, psychogeriatrische cliënten en cliënten in de zorg thuis geven, kunnen niet bij elkaar worden opgeteld omdat de vragen te sterk van elkaar verschillen.

Invloed opbouw of afbouw budget als gevolg van zorgzwaartebekostiging niet geïsoleerd vast te stellen

3.07 Een van de specifieke aandachtspunten tijdens het onderzoek was de vraag naar de invloed van de zorgzwaartebekostiging. Voor sommige zorgorganisaties betekende de zorgzwaartebekostiging een vooruitgang in budget, voor andere een achteruitgang.

3.08 Een relatie met financiële prestaties is kwantitatief nog niet aan te tonen. De cijfers over de financiële prestaties betreffen 2008, een jaar waarin de financiële effecten van de zorgzwaartebekostiging nog niet zichtbaar waren.

3.09 Om tot een gestructureerd inzicht te komen is het nodig dat de beschikbare gegevens over financiën en kwaliteit over dezelfde (organisatorische) eenheid beschikbaar zijn of daartoe zijn herleiden. Navraag bij de NZa leert ons dat dit niet het geval is: budgetinformatie over stijgers en dalers is gekoppeld aan het begrip instelling (volgens de NZa-definitie), terwijl de Inspectie bij kwaliteitsgegevens uitgaat van het begrip organisatorische eenheid (bijvoorbeeld locaties, afdelingen of regio's). Dit is een andere eenheid dan de NZa-definitie van instelling. Doorgaans zijn meerdere locaties onderdeel van wat de NZa ziet als een instelling. Om precies vast te stellen hoe deze verschillende definities voor concrete zorginstellingen zich tot elkaar verhouden is aanvullend onderzoek nodig en dit valt buiten het bestek van dit onderzoek.

3.10 Ook als deze extra bewerkingslag zou worden uitgevoerd, dan is het goed te bedenken dat de uitkomsten op het gebied van kwaliteit tussen afdelingen binnen een locatie verschillen. Vervolgens kunnen ook de uitkomsten tussen de locaties binnen een zorginstelling verschillen.

3.11 Om meer zicht te krijgen op de relatie tussen kwaliteit en herallocatie van middelen zou de component kwaliteit moeten worden gebaseerd op de cliënttevredenheid over de geboden zorg (aan de hand van de CQ-index in de vorm een rapportcijfer). De zorginhoudelijke indicatoren lenen zich nog niet voor een allesomvattend eindoordeel, zoals besproken in hoofdstuk 2 alinea 2.15 en verder). De uitkomsten op de CQ-index laten zien dat de zorginstellingen over het algemeen meer dan voldoende tot goed scoren op de geboden zorg. Het verschil tussen de hoogste en laagste totaalscore is het hoogst bij intramurale somatische zorg (een verschil van 1,9 met een score range van 6,8 tot 8,7), bij de andere twee zorgtypes is het verschil kleiner (respectievelijk 1,1 en 0,9 bij psychogeriatrische cliënten en zorg thuis)¹⁴. Op grond van deze constatering kan de conclusie

¹⁴ Gezien het feit dat scores in cliënttevredenheidsonderzoeken vaak dicht bij elkaar liggen, beschouwen wij deze verschillen als relevant.

worden getrokken dat er geen verband is tussen toekomstige budgetwijzigingen als gevolg van de invoering van de ZZP-financiering en de geboden kwaliteit.

3.12 Uit het kwalitatieve deel van het onderzoek kwam naar voren dat de opbouw of afbouw van het budget voor de zorgorganisatie slechts een van de vele factoren is die een rol spelen bij een gezonde exploitatie. Een gezonde exploitatie vormt in veel gevallen een aandachtspunt voor zorgorganisaties. Op zichzelf vinden zorgorganisaties het niet onlogisch dat in de bekostiging rekening wordt gehouden met de zorgzwaarte. Zij hebben begrip voor de nieuwe systematiek¹⁵

Deelvraag 3b: factoren die het verband tussen kostenstructuur en kwaliteit beïnvloeden





3.13 Factoren die het verband tussen kostenstructuur en kwaliteit beïnvloeden, zijn vooral af te leiden uit het kwalitatieve deel van het onderzoek. Vanuit de benchmarkanalyses is de vraag naar deze factoren niet te beantwoorden, omdat er geen verband tussen kosten en kwaliteit is aangetoond.

3.14 Wel weten we dat best practices, dus organisaties die zowel financieel gezond zijn als goede kwaliteit leveren, wat vaker kleine dan grote organisaties zijn. Dat kan ermee te maken hebben dat kleine organisaties – in de benchmark – vaak intramurale organisaties zijn met het accent op ZZP 1 tot en met 4, dus de voormalige verzorgingshuizen. Het zorgtype kan hier dus een rol spelen; daarmee willen wij overigens niets afdoen aan verklarende factoren in de bedrijfsvoerings sfeer. Best practices scoren hoger dan gemiddeld op de HPO-thema's innovatiekracht en op langetermijnnoriëntatie.

3.15 Aan de geïnterviewde bestuurders is gevraagd welke factoren een positieve invloed hebben op zowel de zorgverlening aan de cliënt als op de inzet van AWBZ-middelen. De lijst – met hier en daar een doublure met de factoren voor financiële prestaties en kwaliteit afzonderlijk - hebben we voorgelegd tijdens de groepsdiscussie. Dit leidde tot het volgende overzicht.

¹⁵ Dit bleek uit de interviews die voor dit onderzoek zijn gehouden, maar ook uit de bevindingen van PwC in het project ZZP Support, waar organisaties een quick scan konden laten doen om na te gaan of ze voldoende waren voorbereid op de invoering van de zorgzwaartebekostiging.

Tabel 3-1: Factoren die bijdragen aan zowel goede financiële prestaties als kwaliteit van zorg

Hoge investering, lage impact 	Hoge investering, hoge impact 
Geen factoren geïdentificeerd	Visie en strategie delen met medewerkers Visie leidend laten zijn en niet bezuinigen op taken die in lijn zijn met de visie Ontwikkelingsperspectieven voor medewerkers creëren Personeelsbeleid uitwerken Opleidingsbeleid uitwerken Vrijwilligersbeleid uitwerken Mantelzorgbeleid uitwerken Integratie van werkprocessen na fusie Een decentrale organisatiestructuur Wijkgericht werken met autonome teams Creëren van ketenzorg/zorgnetwerken
Lage investering, lage impact 	Lage investering, hoge impact 
Vragen van een extra bijdrage van de cliënt voor extra zorg	Een inspirerende strategie Vermijden van grote fusies Focus op kernactiviteiten Pluspakketten

Bron: Onderzoek besteding AWBZ-middelen, PricewaterhouseCoopers 2009, gebaseerd op benchmark ActiZ 2007/2008

3.16 Organisatiekenmerken die de meeste verwachte impact hebben op zowel zorgverlening als op de inzet van AWBZ-middelen zijn ook de kenmerken die de hoogste investering vragen. Dit zijn integratie van werkprocessen na een fusie, ketenvorming en netwerkvorming. In de discussie zijn de laatste twee zaken buiten beschouwing gebleven. Ten aanzien van het integratie van werkprocessen na een fusie is aangegeven dat deze nogal eens achterwege blijft, terwijl juist daar op termijn de besparingen van te verwachten zijn. Als om welke reden dan ook de werkprocessen gescheiden blijven, betekent dat in de praktijk dat elke voormalige organisatie zijn eigen apparaat aan stafmedewerkers en zijn eigen technische infrastructuur houdt. De organisaties worden als het ware op elkaar geplakt, zonder dat vooralsnog schaalvoordelen worden benut. Gebrek aan besluitvaardigheid kan een reden zijn, zo werd gesteld.

3.17 Ook decentralisatie en wijkgericht werken à la Buurtzorg, vraagt een hoge investering. Geïnterviewden en deelnemers aan de groepsdiscussie veronderstellen dit omdat zij ervan uitgaan dat decentralisatie en wijkgericht werken een hoog deskundigheidsniveau vragen. Medewerkers moeten zelfstandiger zijn, over coördinerende vaardigheden beschikken en in staat zijn om de cliënt te begeleiden naar zelfstandigheid. Bovendien impliceert wijkgericht werken het inzetten van

minder hulpverleners per cliënt, en in dat geval verwachtte men dat de hulpverlener met het hoogste deskundigheidsniveau wordt ingezet, omdat die alle handelingen mag verrichten. De investering is echter de moeite waard volgens de deelnemers, omdat ook het rendement vrij hoog zal zijn en per saldo bespaard kan worden omdat cliënten minder zorg vragen en de zorg efficiënter wordt geregeld. Verwezen wordt naar de casus Buurtzorg. Of de implementatie ervan duurzaam is, hangt voor een belangrijk deel af van de ontwikkelingsfase waarin de zorgorganisatie zich bevindt, zo is in de interviews en discussie gesteld. Een net opgestarte organisatie appelleert aan de pioniersgeest en autonomie van de professional en maakt dat deze zich maximaal inzet. Naarmate de organisatie langer bestaat, zou dit effect afnemen.

3.18 Het vragen van een bewonersbijdrage voor zaken die niet strikt onder de AWBZ-zorg vallen, wordt steeds meer geaccepteerd. Bestuurders hebben de ervaring dat cliënten dit niet als bezwaarlijk ervaren.

3.19 Oneens waren de deelnemers het met de stelling dat de kwaliteit van zorg wordt bedreigd door medewerkers in hoge mate flexibel in te zetten. Flexibiliteit gaat vaak samen met veel wisselende gezichten voor de cliënt. Dit is wel een element waar cliënten vaak negatief op reageren. Daarom hadden wij steun voor deze stelling verwacht. Deelnemers gaven echter aan dat het ook met een meer flexibele inzet mogelijk is om het aantal hulpverleners per cliënt te beperken, als maar een goede roostering en planning wordt gebruikt.

Reflectie op de onderzoeksvraag

3.20 In dit hoofdstuk stond de relatie tussen kostenstructuur/financiële prestaties en kwaliteit van zorg centraal. Wat merkt de cliënt van de financiële bedrijfsvoering van de zorgorganisatie?

3.21 De eerste bevinding, afkomstig uit de benchmark, luidt dat er weinig verband is gevonden. We kunnen dus niet stellen dat bijvoorbeeld hoge of juist lage overhead, winst of verlies, of een voldoende of onvoldoende groot eigen vermogen leiden tot een bepaalde mate van kwaliteit, en of andersom. Efficiënte organisaties kunnen goede maar ook slechte kwaliteit bieden.

3.22 Een reden voor het ontbreken van een verband zou kunnen zijn dat er een derde factor is, die beide beïnvloedt. Er wordt wel gedacht aan de rol van de zorgvisie en beleidsvisie als centrale factor, maar die rol zou nader onderzocht moeten worden. Een andere reden kan zijn dat efficiëntie en kwaliteit niet goed aan elkaar te relateren zijn, omdat financiële prestaties worden gemeten op het niveau van gehele organisaties en kwaliteit op het niveau van kleinere organisatieonderdelen en per cliëntgroep. Theoretisch is dit op te lossen. Zo moet het uiteindelijk mogelijk zijn om kwaliteitsscores op het niveau van de gehele organisatie te berekenen of financiële prestaties (ten minste de kostenstructuur en de nettomarge) op het niveau van organisatieonderdelen. Dat vergt echter een omvangrijke operatie, waarbij zorgorganisaties extra moeten registreren of aanleveren. Desondanks menen wij dat het de moeite waard kan zijn om te onderzoeken of de daarmee

gepaard gaande administratieve lasten zodanig kunnen worden verminderd, dat de vergelijking wél kan worden gemaakt.

3.23 Wij willen er graag op wijzen dat het ontbreken van een sterk verband tussen financiële prestaties en kwaliteit niet betekent dat zorgorganisaties met elk willekeurig budget in staat zijn om kwaliteit te leveren. Een onderzoek in die richting is binnen de benchmark nooit gedaan. Evenmin is systematisch in beeld gebracht of in best practice-organisaties, die dus efficiënt werken en goede kwaliteit van zorg (en goed werkgeverschap) combineren, mogelijk bijzondere en voor andere organisaties niet te kopiëren factoren een rol spelen die de goede prestaties mede verklaren.

3.24 In dit verband noemen wij ten slotte nog het contract dat ActiZ eind 2009 met ons, PricewaterhouseCoopers, heeft gesloten. Het contract voorziet in een zesjarig benchmarktraject waarin jaarlijks zowel financiële prestaties als kwaliteit worden meegenomen. Dit traject biedt het perspectief om meer licht te werpen op de relatie tussen prestaties.

4 Aangrijpingspunten voor zorgorganisaties en beleid

- 4.01 In dit hoofdstuk komen de laatste onderzoeksvragen aan de orde:
- Wat zijn op basis van deze studie leerpunten voor AWBZ-organisaties?
 - Wat zijn op basis van deze studie aangrijpingspunten voor beleid?
 - Biedt dit type onderzoek voldoende meerwaarde? Aan welke condities moet zijn voldoen voor een zinvolle herhaling van dit onderzoek?

4.02 Dit hoofdstuk kent niet zoals de vorige een afsluitende paragraaf 'reflectie op de onderzoeksvraag' omdat het gehele hoofdstuk in feite een reflectie op het onderzoek is.

Deelvraag 4a: leerpunten voor AWBZ-organisaties

4.03 Wat levert dit onderzoek op voor VVT-zorgorganisaties, terugkijkend op de onderzoeksresultaten?

Kennis is aanwezig, implementatie nog uitbouwen

4.04 Het onderzoek heeft in de eerste plaats een reeks succesfactoren voor een gezonde exploitatie en een hoge kwaliteit van zorg opgeleverd. Daaronder vele factoren die geen bijzonder hoge investeringen vergen. Bovendien zijn deze maatregelen door te voeren zonder dat er een stelselwijziging of aanpassing in de regelgeving nodig is.

4.05 Het viel op dat er onder geïnterviewden en deelnemers aan de groepsdiscussie grote consensus bestond. Iedereen is het er wel over eens wat de succesfactoren zijn en iedereen kent ze. De vraag rijst dan, waarom de VVT-sector ze dan niet massaal toepast. In de praktijk zijn overal wel voorbeelden van te vinden, maar blijkbaar lang niet overal. De vraag hoe dit komt, was geen onderwerp van onderzoek, maar is wel een intrigerende vraag voor vervolqacties.

Managementfilosofie, leiderschap en platte gedecentraliseerde organisatie meest benadrukte succesfactoren

4.06 Om de beschikbare middelen op een juiste manier in te kunnen zetten, zijn vooral zaken die op bestuursniveau te realiseren van belang. Ten eerste is het hebben van een duidelijke managementfilosofie essentieel. Hoe stuurt u de zorgorganisatie aan en met welke achterliggende gedachte. Daarnaast kan het helpen wanneer de bestuurder(s) omgaan met de zorgorganisatie alsof zij zelf hun geld hebben geïnvesteerd in de organisatie. Dit kan het kosten- en uitgavenbewustzijn vergroten.

4.07 Er is een aantal karakteristieken te noemen die een positieve invloed hebben op de kostenstructuur van een zorgorganisatie en de overhead. Een platte zorgorganisatie (maximaal

drie lagen voor een landelijke organisatie) draagt eraan bij dat de overhead een niet al te groot beslag legt op de beschikbare middelen. Wanneer we naar de bestuurskant kijken, blijkt een voorbeeldfunctie van de top aan te bevelen te zijn. Hoe deze voorbeeldfunctie er in de praktijk uit zou moeten zien, is niet nader gedefinieerd. Maar als we kijken naar de eisen die gesteld worden aan managers, dan is te verwachten dat deze ook van toepassing zouden moeten zijn op een top met een voorbeeldfunctie. Dit zijn de volgende karakteristieken:

- a managers die kunnen delegeren;
- b managers die handelen vanuit verantwoordelijkheid;
- c managers die zichtbaar zijn;
- d managers die oren en ogen open houden op de werkvloer en in gesprek zijn met medewerkers en cliënten;
- e managers met een sterke visie;
- f creatieve managers die buiten geëigende paden treden.

4.08 Een visie die – zo stellen de deelnemers aan de groepsdiscussie – met weinig inspanning te realiseren is en die een positieve invloed heeft op de kwaliteit van zorg, is het centraal stellen van het primaire proces in de bedrijfsvoering. Dit sluit tevens goed aan op het credo dat al langer in de sector klinkt: stel de cliënt centraal.

4.09 Het is van belang dat het management in gesprek treedt met de cliënt over de kwaliteit van zorg. Dit heeft een positieve invloed op zowel cliënten als op medewerkers. Het gaat hierbij nadrukkelijk niet alleen om het management dat direct bij de werkvloer is betrokken. Tot en met de raad van bestuur zou men betrokken moeten zijn bij de cliënt. Betrokkenheid betekent dan ook een oprechte interesse en openheid en ook direct inspringen op vragen wanneer die leven.

4.10 Ten slotte is een aantal quick wins te noemen die een positieve invloed hebben op de zorgverlening en op de inzet van de AWBZ-middelen. Dit zijn:

- a keuzes maken in wat de organisatie wel en niet doet/ focussen op kernactiviteiten;
- b een aanvullend pakket van diensten tegen betaling (zogenaamde 'pluspakketten');
- c een extra bijdrage vragen voor sociale activiteiten.

4.11 In het voorgaand zijn de quick wins vanuit de interviews en groepsdiscussie benoemd. Dit wil echter niet zeggen dat geen aandacht dient te worden besteed aan aspecten die weliswaar een hoge impact kunnen hebben, maar ook een hogere investering kunnen vragen, en die dus niet als 'quick win' te karakteriseren zijn. Vooral het wijkgericht werken is in dit verband besproken. Voor deze zaken is het extra van belang om goed in kaart te brengen wat het verwachte rendement is. Is dit hoog, dan is het de moeite waard om in te investeren.

4.12 Ook uit andere bronnen dan de benchmark en de interviews en groepsdiscussie zijn wel leerpunten bekend. We hebben deze niet in het onderzoek betrokken, maar vanuit andere ervaringen kennen we het belang van een hoog kostenbewustzijn bij medewerkers. Veel

organisaties zijn bezig om meer ruimte te creëren voor het zorgproces en de interactie tussen cliënt en medewerker. In deze focus op het primaire proces zit niet alleen een sleutel voor een goede kwaliteit van zorg maar ook voor efficiënt werken. De wijze waarop medewerkers deze zorg samen met de cliënt vormgeven is bepalend voor het resultaat van een zorgorganisatie. Medewerkers die zich bijvoorbeeld bewust zijn van de grenzen van een indicatie in duur van te verlenen zorg en in te zetten deskundigheid zullen andere keuzes maken dan medewerkers die dat niet zijn. Het tijdig aanvragen van een herindicatie, het tegen betaling leveren van aanvullende diensten of niet van dienst ruilen met een collega met een ander deskundigheidsniveau en het inperken van de indirecte werkzaamheden kunnen bijdragen aan een kwalitatief hoogwaardige en efficiënte zorgverlening. Het sturen op de juiste succesfactoren in het zorgproces is alleen mogelijk als de randvoorwaarden hiervoor vanuit het management zijn gerealiseerd. De zorgzwaartebekostiging kan zorgorganisaties behulpzaam zijn om de verbinding tussen financiën en zorg te leggen.

4.13 Van het bevorderen van het kostenbewustzijn wordt niet alleen een directe invloed op efficiency verwacht, maar ook een indirecte. Kostenbewustzijn maakt medewerkers autonomer, omdat zij meer integrale verantwoordelijkheid kunnen nemen; dit vanuit de gedachte dat kwaliteitsbewustzijn bij medewerkers in de zorg al aanwezig is. De benchmark laat zien dat organisaties die de beste zorg leveren, autonomere medewerkers hebben dan organisaties die het minst goed scoren op kwaliteit van zorg. Een algemeen verband (hoe hoger de autonomie, hoe hoger de kwaliteit) is er overigens niet.

Deelvraag 4b: aangrijpingspunten voor beleid

4.14 In de interviews en groepsdiscussie is meermalen aangegeven dat onvoldoende efficiency of kwaliteit niet alleen de zorgorganisaties aangerekend kan worden. Ook de overheid en andere actoren zoals de zorgverzekeraars spelen daarin een rol. Onvoldoende consequent beleid, een onvoldoende consistent stelsel en te weinig invloed op beleidsontwikkelingen werden het meest frequent benoemd, en verder werd gepleit voor meer regelvrijheid. Het zou in het kader van dit onderzoek te ver voeren om hier nader op in te gaan. In de interviews en groepsdiscussie hebben wij er bewust voor gekozen om in te steken op wat de organisaties zelf kunnen doen.

4.15 Dit onderzoek kan alle partijen helpen de aandacht te richten op kansrijke factoren en niet te blijven steken in concepten die in de praktijk genuanceerder liggen dan vaak wordt aangenomen. Zo blijkt het adagium 'hoe minder overhead, hoe beter' niet altijd op te gaan.

4.16 De brancheorganisaties in de VVT kunnen een bijdrage leveren aan implementatie van de gevonden succesfactoren door hun leden verder te stimuleren en te ondersteunen.

Deelvraag 4c: meerwaarde onderzoek en voorwaarden voor herhaling

4.17 De meerwaarde van het onderzoek is naar onze mening het systematisch inventariseren van factoren die financiële prestaties en kwaliteit kunnen beïnvloeden en het in kaart brengen van verbanden die (in de benchmark) werkelijk zijn bewezen.

4.18 Het zou zeer de moeite waard zijn om het onderzoek periodiek te herhalen, om te zien of de genoemde factoren zijn geïmplementeerd en welke gevolgen dit heeft voor de financiële prestaties en de kwaliteit van zorg. Veel informatie zal beschikbaar komen via het zesjarig benchmarktraject dat ActiZ eind 2009 heeft ingezet. Via de benchmark komt jaarlijks informatie beschikbaar waarop kan worden voortgebouwd.

4.19 Verder herinneren wij nog aan de constatering dat gegevens over financiële prestaties en kwaliteit op dit moment op verschillend niveau worden verzameld en dat dit een oorzaak kan zijn voor het feit dat verbanden tussen financiële prestaties en kwaliteit veelal niet aantoonbaar zijn. Op dit punt zou nader onderzoek wenselijk zijn. Ook hiervoor kan de benchmark aanknopingspunten bieden. Meer specifiek nader onderzoek bevelen wij aan als het gaat om de procentuele hoogte van de materiële kosten, die ook binnen de verschillende categorieën organisaties (intramuraal, extramuraal en gemengd) duidelijk verschillen. Datzelfde geldt voor de hoogte van het percentage kosten van leidinggevenden.

4.20 Bij de beantwoording van de onderzoeksvragen die op de overheadkosten betrekking hadden, kwam naar voren dat er meerdere definities voor het begrip overhead in omloop zijn. Dit vertroebelt het algemene beeld. Harmonisatie en op basis daarvan een onderzoek naar de nadere uitsplitsing van overhead kan een bijdrage leveren aan het identificeren van een optimum.

4.21 Nader onderzoek levert echter het hoogste rendement op wanneer het als een onderdeel wordt beschouwd van de maatschappelijke opgave waar het ministerie van VWS en zorgorganisaties gezamenlijk voor staan: zorgen voor een duurzaam systeem van langdurige zorg. Om gezamenlijk goed vorm te kunnen geven aan dit systeem is een open dialoog tussen beide noodzakelijk. De resultaten van het onderhavige onderzoek kunnen een onderdeel vormen in het proces om deze dialoog te faciliteren.

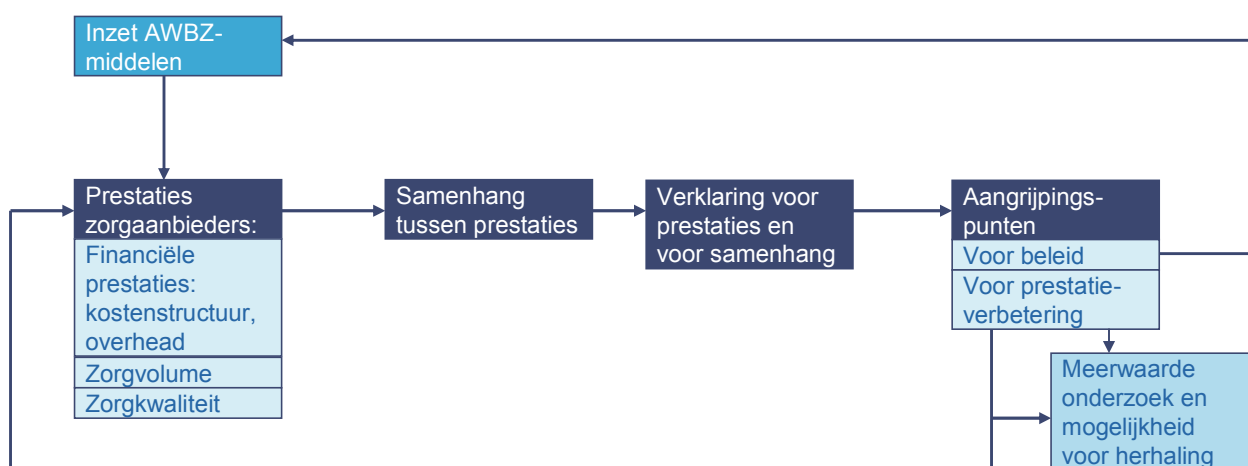
4.22 Dit proces zien wij als een mogelijkheid om het wederzijdse vertrouwen tussen het ministerie en de zorgorganisaties te verbeteren en te versterken. Tijdens de interviews en groepsdiscussie werd positief gereageerd op het initiatief van het ministerie om tijd en aandacht te besteden aan verbeteringen in de sector. Een meer participerende rol, bijvoorbeeld door aanwezigheid bij de groepsdiscussie, was daarbij wenselijk geweest volgens de deelnemers. Nu hebben zij de indruk dat het ministerie zich veelal baseert op een aantal werkbezoeken en daarmee vooral de uitzonderingen op de regel ziet.

4.23 Dit type onderzoek gecombineerd met een diepergaand contact tussen het ministerie en de zorgorganisaties heeft naar onze mening dan ook zeker meerwaarde, ook voor andere sectoren. Maar het belangrijkste is om niet te lang stil te blijven staan bij nader onderzoek, maar vooral samen aan de slag te gaan. Met andere woorden: van bezinnen naar beginnen.

A Onderzoeksmodel en -verantwoording

A.01 Wij hebben het onderzoek beschouwd als een speurtocht naar de *verklaring* van prestaties van zorgaanbieders, om van daaruit aangrijpingspunten voor prestatieverbetering en beleidsvorming te vinden. Deze visie leidt tot een onderzoeksmodel dat als volgt in schema kan worden weergegeven.

Figuur A-1: Onderzoeksmodel



Bron: Onderzoek besteding AWBZ-middelen, PricewaterhouseCoopers 2009

Kwantitatieve analyse kostenstructuur

A.02 Voor de analyses van de kostenstructuur is gebruik gemaakt van benchmarkdata over de deelnemerondes uit 2007. Ter validatie van de gebruikte data is een vergelijking gemaakt met zorgorganisaties die in 2008 hebben deelgenomen aan het financiële onderdeel van de benchmark. Dit gaat om 21 zorgorganisaties. Slechts één van deze organisaties is een intramurale zorgorganisatie. Hiermee is deze groep niet vergelijkbaar met de 63 zorgorganisaties die in 2007 hebben deelgenomen. Daarnaast betreft het een relatief kleine steekproef.

Gebruikte data voor financiële analyses

A.03 De benchmarkdata 2007/2008 zijn bruikbaar. Om meer massa te hebben voor het zoeken naar verbanden en verklaringen kunnen de data uit alle benchmarkrondes samengevoegd worden, en dit is ter validatie ook gebeurd. De gepresenteerde gemiddelden hebben echter alleen betrekking op de benchmark 2007/2008.

A.04 In de benchmark 2007/2008 hebben we de volgende kostensoorten als overhead beschouwd:

- a personeelskosten P&O en salarisadministratie;
- b personeelkosten management en staf;
- c algemene kosten (exclusief automatiseringskosten);
- d dotaties en vrijval van voorzieningen.

A.05 Een aantal cijfers hebben wij kunnen valideren doordat ze ook in DigiMV waren opgenomen.

Tabel A-1: Aandeel kosten in totale personeelskosten

Personeelscategorie	Percentage in benchmark	Percentage in DigiMV 2007
Leidinggevenden zorg	3,7%	3,3%
Direct personeel	59,9%	62,1%
Indirect personeel	14,6%	23,7%

Bron: Benchmark 2007/2008 en DigiMV 2007

Aantallen zorgorganisaties in benchmark

Financiële prestaties

	Totaal VVT	Intramuraal	Gemengd	Extramuraal
Totaal VVT	63	27	19	15
Grootteklasse I	19	12	4	3
Grootteklasse II	16	10	2	3
Grootteklasse III	20	4	9	6
Grootteklasse IV	8	1	4	3

Bron: Benchmark 2007/2008

Cliënten

N = 74

Medewerkers

N = 145