
Bedrijfsvoering voor zorg en welzijn

Juiste zorg op het juiste moment

Lineke Verkooijen
Dennis Moeke

Eerste druk



Noordhoff Uitgevers

Bedrijfsvoering voor zorg en welzijn

Juiste zorg op het juiste
moment

Lineke Verkooijen

Dennis Moeke

Eerste druk

Noordhoff Uitgevers Groningen / Houten

Ontwerp omslag: G2K Designers Groningen/Amsterdam

Omslagillustratie: iStockPhoto

Eventuele op- en aanmerkingen over deze of andere uitgaven kunt u richten aan:
Noordhoff Uitgevers bv, Afdeling Hoger Onderwijs, Antwoordnummer 13,
9700 VB Groningen, e-mail: info@noordhoff.nl

0 / 13

Deze uitgave is gedrukt op FSC-papier.

© 2013 Noordhoff Uitgevers bv Groningen/Houten, The Netherlands.

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever. Voor zover het maken van reprografische verveelvoudigingen uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16h Auteurswet 1912 dient men de daarvoor verschuldigde vergoedingen te voldoen aan Stichting Reprorecht (postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.reprorecht.nl). Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16 Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten Organisatie, postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.stichting-pro.nl).

All rights reserved. No part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system, or transmitted, in any form or by any means, electronic, mechanical, photocopying, recording, or otherwise, without the prior written permission of the publisher.

ISBN (ebook) 978-90-01-85224-5

ISBN 978-90-01-82057-2

NUR 160

Voorwoord

U heeft een belangrijk boek in handen. Belangrijk, want een goede bedrijfsvoering is essentieel voor het behouden en verbeteren van de kwaliteit en de toegankelijkheid van onze zorg. En een zorginstelling aansturen is een uitdagend vraagstuk: er zijn nauwelijks complexere en heterogenere organisaties te bedenken. Dit geldt voor alle niveaus: van de financiering van de zorg met zijn publieke en private aspecten, tot dagelijkse taken als het plannen van een OK-complex of het toewijzen van zorgtaken aan medewerkers in een verpleeghuis of het terugdringen van de versnippering in de jeugdzorg. Iedereen die bijdraagt aan het managen en plannen van zorg zou weet moeten hebben van de concepten die in dit boek behandeld worden. Onze zorg wordt er beter en efficiënter van.

U heeft ook een bijzonder boek in handen. Dit is een van de weinige boeken die de bedrijfsvoering van de zorg- en welzijnssector op een samenhangende manier behandelen, en het enige Nederlandstalige. Het doet dit op een bijzonder heldere en duidelijke manier. De concepten zijn geplaatst in het licht van een van de belangrijkste ontwikkelingen die zich momenteel afspelen in de zorg, namelijk dat een deel van de regie in de zorg zich van de zorgverlener naar de zorggebruiker verplaatst. Denk bijvoorbeeld aan de chronische patiënt die dankzij slimme hulpmiddelen de dokter nauwelijks nog nodig heeft, of de cliënt die zelf zorg op maat inkoopt. De auteurs van dit boek weten als geen ander deze ontwikkeling te duiden en in hun bedrijfsvoeringsmodellen op te nemen.

*Prof. dr. Ger Koole
Vrije Universiteit & VU medisch centrum*

Dankwoord

Het is een hele klus om zo'n boek te schrijven. Vooral als het naast 'het gewone werk' moet worden gedaan. Toch hebben we er geen moment spijt van gehad en er met erg veel plezier aan gewerkt. Niet in de laatste plaats door onze soms heftige discussies over de juiste formulering. Tijdens het schrijven zijn we ook geïnspireerd door het commentaar van onze tegenlezers. Zij wezen ons op een hiaat of deden een voorstel voor verbetering van de tekst. Gelukkig kregen we ook regelmatig complimenten, wat ons vooral inspireerde om nog beter werk te leveren. We willen hen, Roelie Dagelet, Pieter van Lierop en Jenny van Sten-van 't Hof dan ook hartelijk danken voor hun opbouwende commentaar tijdens de maanden waarin dit boek tot stand is gekomen. Ook de studenten van de post-hbo-opleiding Zorglogistiek van Windesheim Flevoland te Almere willen we danken voor hun kritische op- en aanmerkingen en dat zij ons proefkonijn wilden zijn. Annet de Jonge, Renate Claassen, Tony Dijkstra, Marjolande Prins, Anny de Gier, Rob Bosman, Berit Zuure, Ingeborg Angel, Marika van Soest, Carin van Dijk, Martijn Jansen en Djamila Mohammedamin, bedankt!

Behalve onze tegenlezers willen we uiteraard ook Ger Koole van harte bedanken voor zijn mooie en lovende voorwoord. We hopen dat de lezer tot dezelfde conclusies komt!

de auteurs,

Lineke Verkooijen
Dennis Moeke

Inhoud

1 Levering van zorg, een inleiding 13

- 1.1 Inleiding 14
- 1.2 Organisatie van de zorgsector op macroniveau 14
- 1.3 Organisatie van de zorgsector op mesoniveau 17
- 1.4 Actoren in de zorgsector 18
- 1.5 Bedrijfsvoeringsmodellen in de zorgsector 19
- 1.6 MoVer-bedrijfsvoeringsmodel 23
 - Samenvatting 28
 - Casus 29
 - Oefening 30
 - Kernbegrippen 31

DEEL 1

Richten 34

2 Grenzen aan bedrijfsvoering in de zorgsector 37

- 2.1 Inleiding 38
- 2.2 Financiële ruimte van de cliënt 38
- 2.3 Professionele verantwoordelijkheid van de zorgverlener 45
- 2.4 Organisatorische verantwoordelijkheid van de zorgaanbieder 47
- 2.5 Algemeen geaccepteerde waarden en normen 51
 - Samenvatting 52
 - Casus 53
 - Oefening 54
 - Kernbegrippen 55

3 Organiseren van zorg 59

- 3.1 Inleiding 60
- 3.2 Missie 61
- 3.3 Analyse van de interne en externe omgeving 62
- 3.4 Positiebepaling 65
- 3.5 Visie 67
- 3.6 Organisatiedoelen 68
- 3.7 Strategie 68

- 3.8 Organisatiestructuur 70
- 3.9 Organisatiecultuur 72
 - Samenvatting 73
 - Casus 74
 - Oefening 75
 - Kernbegrippen 76

4 Cliëntspecifieke context 79

- 4.1 Inleiding 80
- 4.2 Besturingsfilosofie 80
- 4.3 Cliëntspecifieke context in samenhang 82
- 4.4 Wensen van de cliënt 83
- 4.5 Professionele standaarden en inzichten 83
- 4.6 De drie V's 84
- 4.7 Cliëntspecificiteit 91
- 4.8 Besturingsconcept 92
 - Samenvatting 94
 - Casus 94
 - Oefening 95
 - Kernbegrippen 96

5 Organisatieprocessen 101

- 5.1 Inleiding 102
- 5.2 Wat is een proces binnen een organisatie? 102
- 5.3 Werken met processen binnen een zorgorganisatie 103
- 5.4 Primaire proces(sen) 104
- 5.5 Ondersteunende processen 107
- 5.6 Conditionerende processen 108
- 5.7 Processen gericht op toezicht en verantwoorden 112
 - Samenvatting 114
 - Casus 115
 - Oefening 115
 - Kernbegrippen 116

DEEL 2

Inrichten 121

6 Inrichten van processen 123

- 6.1 Inleiding 124
- 6.2 Basisstructuur 124
- 6.3 Ontwerpen van een basisstructuur 129
- 6.4 Beschrijven van processen 132
- 6.5 Processen die buiten de eigen organisatie reiken 135
 - Samenvatting 137
 - Casus 138
 - Oefening 139
 - Kernbegrippen 140

7 Medewerkers 143

- 7.1 Inleiding 144
- 7.2 Medewerkers in een zorgorganisatie 144
- 7.3 Medewerkers en hun taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden 146
- 7.4 Medewerkers en hun competenties 153
- 7.5 Personeelsbeleid 156
 - Samenvatting 159
 - Casus 160
 - Oefening 160
 - Kernbegrippen 161

8 Informatie en communicatie 165

- 8.1 Inleiding 166
- 8.2 Informatie en communicatie 166
- 8.3 Relatie basisstructuur en informatiesysteem 169
- 8.4 Communicatiestructuur 171
- 8.5 Soorten informatie 173
 - Samenvatting 179
 - Casus 180
 - Oefening 180
 - Kernbegrippen 181

9 Inzet van mensen, middelen en materialen 185

- 9.1 Inleiding 186
- 9.2 Capaciteit 186
- 9.3 Capaciteitsmanagement 187
- 9.4 Bezettingsgraad 190
- 9.5 Wachten 191
- 9.6 Medewerkers als capaciteitssoort 196
 - Samenvatting 199
 - Casus 200
 - Oefening 200
 - Kernbegrippen 201

DEEL 3

Bijsturen 205

10 Prestaties van een organisatie en continue kwaliteitsverbetering 207

- 10.1 Inleiding 208
- 10.2 Op koers houden van de organisatie 208
- 10.3 Kwaliteitsmanagement 209
- 10.4 Werken met prestatie-indicatoren 212
- 10.5 Continue verbetering 216
 - Samenvatting 222
 - Casus 223
 - Oefening 223
 - Kernbegrippen 224

Literatuuropgave 226

Register 228

Over de auteurs 232

Introductie

Bedrijfsvoering voor zorg en welzijn

Juiste zorg op het juiste moment

Gekozen is voor deze titel en deze ondertitel om de essentie van de gezondheids- en welzijnszorg te benadrukken binnen een bedrijfskundige context. Het leveren van de juiste zorg betreft in de eerste plaats een maatschappelijke opdracht, die voor een belangrijk deel gefinancierd wordt vanuit gemeenschapsgelden, wat specifieke eisen stelt aan de bedrijfsvoering. Daarnaast hebben we te maken met een zorggebruiker die zich veelal anders verhoudt tot het product of de dienst die geleverd wordt, dan het doorsnee type klant van elke andere sector. Dit wil overigens niet zeggen dat algemeen bedrijfskundige principes in de zorgsector niet van toepassing zouden zijn of kunnen zijn. Deze kunnen echter niet zonder meer worden toegepast.

Bedrijfsvoering is niet los te zien van de klant. Dus ook in de zorg wordt de bedrijfsvoering in belangrijke mate bepaald door de klant of zorggebruiker. In dit kader spreken we over het perspectief van de zorggebruiker, of het klantenperspectief. Binnen de zorgsector wordt dat vooral gekleurd door:

- 1 het eigen leven van de zorggebruiker en dan met name door het streven naar *'een goed leven in eigen ogen'*;
èn
- 2 de afhankelijke positie ten aanzien van de zorg, die ontstaat als zorg in meer of mindere mate een bijdrage levert aan *'het (kunnen) leven van het eigen leven'*, wat bijna altijd het geval is.

In dit boek is het klantenperspectief het vertrekpunt voor de bedrijfsvoering.

Op zich is dit vertrekpunt een redelijk wijdverbreide opvatting die de laatste jaren onder meer geresulteerd heeft in de overtuiging dat vraagsturing in de zorg een belangrijk besturingsprincipe is. De mate waarin *'juiste'* (van de ondertitel) echter bepaald wordt door de klant, is afhankelijk van het type klant en de omstandigheden. Er is in ieder geval nooit sprake van *'u vraagt, wij draaien'*. De maatschappelijke opdracht en de financiering vanuit gemeenschapsgelden bepaalt de kaders. Zorglevering speelt zich daarom altijd af binnen grenzen die gevormd worden door:

- 1 de financiële ruimte (van indicatie, verzekering en/of eigen portemonnee klant);
 - 2 de professionele verantwoordelijkheid van de zorg- of hulpverleners;
 - 3 de organisatorische verantwoordelijkheid van de aanbieder;
 - 4 algemeen geaccepteerde waarden en normen (van maatschappij en organisatie); en de ten aanzien van deze aspecten geldende wet- en regelgeving.
-

Met deze onderwijspublicatie, kunnen hbo- en wo-studenten leren over de toepassing van bedrijfskundige principes in de gezondheids- en welzijnszorg waarbij de klant steeds het vertrek- en ijkpunt is.

Het boek is verder bedoeld voor iedereen die zich bezig wil houden of bezig houdt met het leveren van zorg.

Als rode draad fungeert het MoVer-bedrijfsvoeringsmodel, dat door de auteurs speciaal voor de zorgsector is ontwikkeld. In het eerste hoofdstuk wordt dit model nader toegelicht. In de volgende negen hoofdstukken wordt 'bedrijfsvoering in de zorg' verder uitgediept. Deze hoofdstukken zijn ondergebracht in de drie delen:

- Deel 1 Richten
- Deel 2 Inrichten
- Deel 3 Bijsturen

In het eerste deel wordt aandacht besteed aan het zogeheten richten van de organisatie. *Hoe zet je de organisatie op het juiste spoor binnen het gegeven kader? Wat wil je met je organisatie bereiken?*

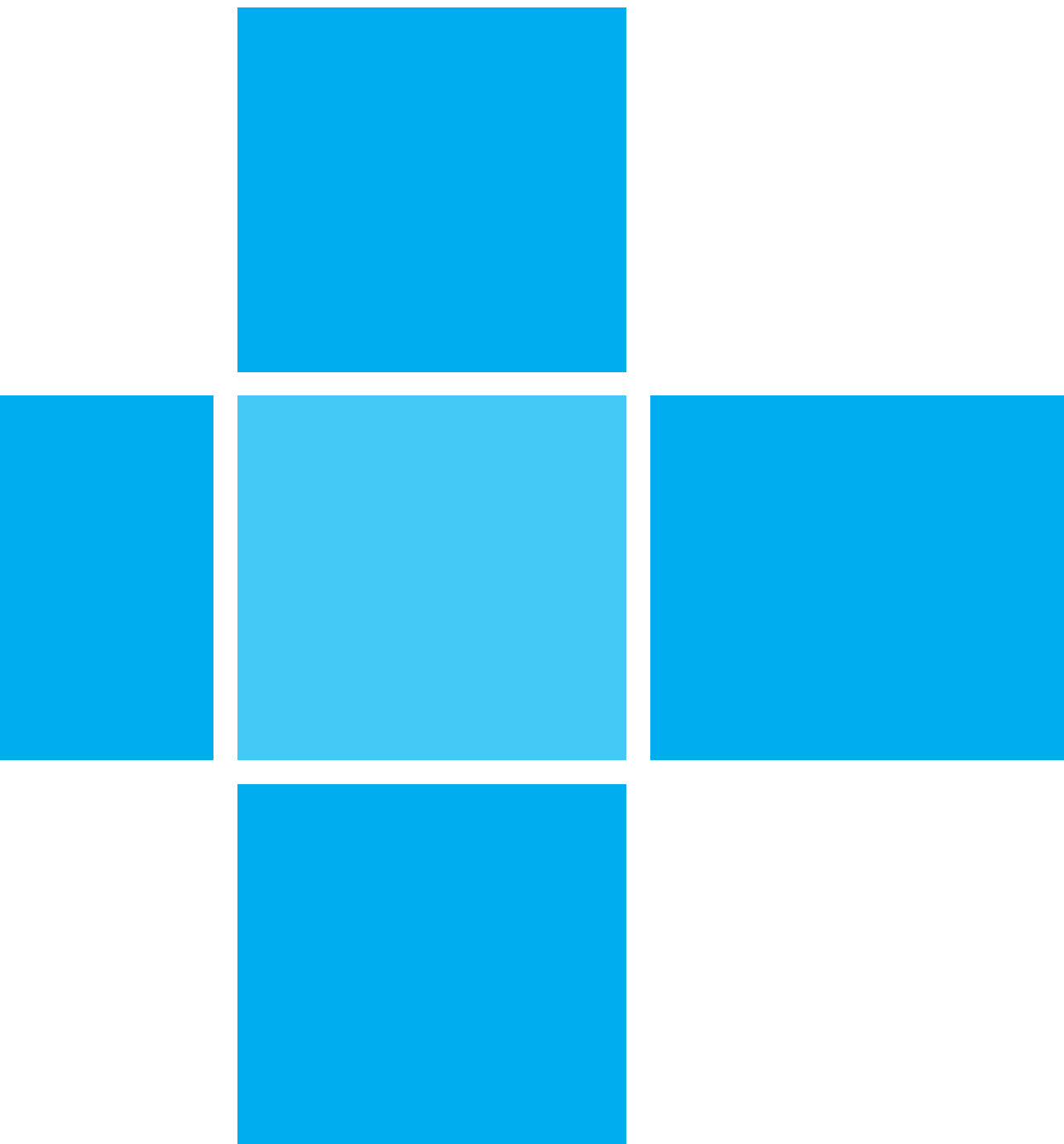
In het tweede deel staat de inrichting van de organisatie centraal. *Met welke mensen, middelen en materialen? Hoe zorg je voor afstemming en hoe organiseer je één en ander adequaat en slim?*

In het derde deel wordt aandacht besteed aan het bijsturen. *Hoe zorg je ervoor dat de kwaliteit gegarandeerd is en blijft? Hoe borg je de prestaties of resultaten van de organisatie?*

Het boek biedt een breed scala aan onderwerpen die samenhangen met bedrijfsvoering in de zorg en beschrijft deze als een geïntegreerd geheel. Verder is er voor gekozen om niet uitputtend te zijn en zo veel mogelijk gebruik te maken van bedrijfskundige inzichten die hun sporen verdiend hebben. Het boek moet gezien worden als een basisboek, een boek waarmee we beogen ruim voldoende houvast te bieden voor een goede bedrijfsvoering in de zorg.

Op de website www.bedrijfsvoeringzorg.noordhoff.nl vind je opgaven en casussen.





1

Levering van zorg, een inleiding

- 1.1 Inleiding
- 1.2 Organisatie van de zorgsector op macroniveau
- 1.3 Organisatie van de zorgsector op mesoniveau
- 1.4 Actoren in de zorgsector
- 1.5 Bedrijfsvoeringsmodellen in de zorgsector
- 1.6 MoVer-bedrijfsvoeringsmodel

1.1 Inleiding

Er is maar één reden voor het bestaan van zorg- en welzijnsorganisaties. En dat is dat ze hulp, behandeling, zorg of ondersteuning¹ bieden aan mensen die hier tijdelijk of blijvend afhankelijk van zijn om een kwalitatief goed leven te kunnen leven. Als zorg- en welzijnsorganisaties geen zorg zouden bieden, dan zouden ze een woningcorporatie, een ontspanningscentrum, een restaurant zijn of welk aanbod ze verder ook maar mogen hebben. Want veel zorg- en welzijnsorganisaties beperken zich niet tot het aanbod van zorg alleen. In dit boek wordt hulp, behandeling, zorg en/of ondersteuning als de kernopdracht van zorg- en welzijnsorganisaties beschouwd. Een kernopdracht die maakt dat dit type organisaties zich onderscheidt van elke ander type organisatie. Het aanbod van een zorgorganisatie heeft grote invloed op het leven van de betreffende klant. Zo groot, dat dit veelal leidt tot een afhankelijke positie bij de klant. De bedrijfsvoering rond dit aanbod kent daarom eigen eisen en karakteristieken met het voorkomen van onnodige afhankelijkheid als minimale vereiste. Alvorens in te zoomen op de bedrijfsvoering in relatie tot het directe contact met de klant, of het microniveau (paragraaf 1.5 en 1.6), wordt in dit hoofdstuk eerst aandacht besteed aan de organisatie van de gezondheidszorg en welzijnszorg op macro- (paragraaf 1.2) en mesoniveau (paragraaf 1.3 en 1.4).

1.2 Organisatie van de zorgsector op macroniveau

Het macroniveau van de organisatie van de zorgsector betreft het overheidsbeleid inzake gezondheidszorg en welzijnszorg. Hoewel deze sectoren veelal apart benoemd worden is het toch lastig om precies aan te geven waarin ze zich van elkaar onderscheiden. Op enig moment en in toeneemende mate lijken ze bovendien in elkaar over te gaan. Beide sectoren willen een bijdrage leveren aan kwaliteit van leven. De gezondheidszorg is echter vooral gericht op de gezondheid van individuen en van daaruit op de kwaliteit van leven van het individu. De welzijnszorg is vooral gericht op het welzijn van de samenleving en van individuele burgers daarin, ofwel de kwaliteit van (samen)leven. De normen en waarden met betrekking tot die kwaliteit van (samen)leven worden binnen de welzijnszorg in belangrijke mate bepaald door het politieke klimaat. Dit geldt in veel mindere mate voor de gezondheidszorg, die vooral vanuit de eigen professionele en/of wetenschappelijke kennis met betrekking tot gezondheid en ziekte handelt en op basis daarvan kwaliteit van leven duidt. Uit onderzoek is inmiddels duidelijk geworden dat welzijn en gezondheid onlosmakelijk met elkaar verbonden zijn. Zo blijkt bijvoorbeeld dat door een kwalitatief goede welzijnszorg, de vraag naar gezondheidszorg afneemt. In dit boek maken we geen stringente onderscheid tussen 'gezondheidszorg' en 'welzijnszorg'. Daarom gebruiken we in het vervolg voornamelijk de term *zorgsector*.

Zorgsector

De zorgsector in Nederland is behoorlijk complex georganiseerd. Om toch grip op de materie te krijgen worden meerdere ordeningsprincipes gebruikt.

1 Voor de leesbaarheid wordt vanaf nu veelal alleen de term 'zorg' gebruikt.

Soms is het ene ordeningsprincipe een tijdlang meer in zwang, dan weer het andere. Belangrijke ordeningsprincipes zijn:

- op basis van het doel van de zorg;
- op basis van degene die de zorg verleent;
- op basis van de afstand tussen zorggebruiker en zorgverlener;
- op basis van de plaats waar de zorg gegeven wordt;
- op basis van de zorgduur.

1.2.1 Ordeningsprincipe op basis van het doel van de zorg

De zorgsector kent op hoofdlijnen de volgende vijf doelen:

- | | | |
|---|--|-------------------------|
| 1 | <i>Positieve zorg</i> , of zorg gericht op het bewerkstelligen van gezondheids- of welzijnsbevorderend gedrag bij de Nederlandse burgers. Een voorbeeld hiervan is de promotie van gezonde voeding zoals het voedingscentrum dat doet. | Positieve zorg |
| 2 | <i>Preventieve zorg</i> , of zorg gericht op het voorkomen of minimaliseren van de gevolgen van ziekte of beperkingen. Voorbeelden hiervan zijn het verplichten van fietshelmen en bevolkingsonderzoeken voor het vroegtijdig opsporen van kanker. | Preventieve zorg |
| 3 | <i>Curatieve zorg</i> , of zorg die gericht is op het herstel van ziekte/beperkingen of het aanpakken en oplossen van problemen, zoals bijvoorbeeld het operatief verwijderen van een ontstoken blinde darm. | Curatieve zorg |
| 4 | <i>Palliatieve zorg</i> , of zorg die gericht is op het realiseren van een zo optimaal mogelijk leven met een ziekte en/of beperking, als herstel niet meer mogelijk is. Pijnstilling bij chronische pijn is hier een voorbeeld van. | Palliatieve zorg |
| 5 | <i>Terminale zorg</i> , of zorg die gericht is op het realiseren van een zo humaan mogelijk levenseinde. | Terminale zorg |

Deze indeling kent z'n oorsprong in de geneeskunde. Vooral de behandeling van een ziekte of beperking staat centraal. Gevolg hiervan is dat bijvoorbeeld langdurige thuiszorg voor ouderen lastig te plaatsen is in deze indeling. Formeel zou het kunnen vallen onder 'palliatieve zorg', maar in de praktijk wordt deze term veelal niet verbonden aan dit type thuiszorg. Ook veel welzijnsactiviteiten zijn niet goed in deze indeling onder te brengen.

1.2.2 Ordeningsprincipe op basis van degene die de zorg verleent

Alle mensen hebben op enig moment in hun leven zorg nodig. Als kind wordt je verzorgd door je ouders. Als volwassene ben je de ene keer degene die de zorg geeft, de andere keer degene die de zorg krijgt. Verschillende mensen kunnen die zorg verlenen. In dit kader spreken we van:

- | | | |
|---|---|---------------------------|
| 1 | <i>Zelfzorg</i> ; degene die zorgt is dezelfde persoon als degene die de zorg ontvangt. | Zelfzorg |
| 2 | <i>Gebruikelijke zorg</i> ; degene die zorgt is een huisgenoot van degene die de zorg krijgt. | Gebruikelijke zorg |
| 3 | <i>Mantelzorg</i> ; is zorg door en voor mensen uit het eigen sociale netwerk. Achter het geven van mantelzorg als zodanig staat doorgaans geen organisatie. | Mantelzorg |
| 4 | <i>Vrijwilligershulp</i> ; is zorg door mensen die hiervoor geen of een beperkte vergoeding ontvangen. Deze zorg wordt veelal vanuit een organisatie ondersteund. | Vrijwilligershulp |
| 5 | <i>Professionele zorg</i> ; is zorg die verleend wordt door iemand die daartoe een opleiding heeft gevolgd en daarvoor een salaris ontvangt. | Professionele zorg |

Bij deze indeling valt op dat vooral de niet betaalde zorg is onderverdeeld terwijl de groep die een salaris voor de geleverde zorg ontvangt niet verder is verbijzonderd. De oorspronkelijke indeling 'zelfzorg', 'mantelzorg' en 'professionele zorg' is mede onder invloed van bezuinigingen in de zorgsector in de loop der jaren uitgebreid met 'vrijwilligershulp' en 'gebruikelijke zorg'.

1.2.3 Ordeningsprincipe op basis van de afstand tussen zorggebruiker en zorgverlener

Een andere indeling heeft te maken met de afstand tussen zorggebruiker en zorgverlener of de bereikbaarheid van de zorgverlener voor de zorggebruiker. Er is sprake van een soort hiërarchische indeling, echelons genoemd. Doorgaans worden vier echelons onderscheiden:

- 1 *Het nulde echelon of nuldelijnszorg* bestaat uit zorg die gegeven wordt door anderen dan professionele zorgverleners in de individuele zorg. Het gaat dan bijvoorbeeld om zelfzorg, mantelzorg, vrijwilligers en straat-hoekwerkers. Een groot deel van de welzijnszorg bevindt zich in het nulde echelon. In de jeugdhulpverlening worden ook scholen en kinderopvang gerekend tot het nulde echelon.
- 2 *Het eerste echelon of eerstelijnszorg* bestaat uit zorg geleverd door professionele zorgverleners waartoe zorggebruikers zich rechtstreeks kunnen wenden. Een verwijzing van een andere zorgprofessional of zorgverlener is niet nodig. Het bekendste voorbeeld is de huisarts.
- 3 *Het tweede echelon of tweedelijnszorg* bestaat uit zorg die niet direct toegankelijk is voor zorggebruikers. Daartoe is een verwijzing nodig van iemand vanuit het eerste echelon. Voorbeelden zijn specialistische zorg in een ziekenhuis of gespecialiseerde jeugdzorg.
- 4 *Het derde echelon of derdelijnszorg* betreft alle zorg waarbij een cliënt wordt opgenomen in een instelling. Een klassiek voorbeeld is de zorg in een verpleeghuis. Veel vormen van residentiële jeugdzorg zijn ook op te vatten als derdelijnszorg. Voor dit type zorg is veelal een indicatie nodig die is afgegeven door een onafhankelijk indicatieorgaan.

Deze indeling komt van oorsprong uit de gezondheidszorg. Het principe van de echelonnering stamt uit de jaren zeventig van de vorige eeuw en is gebaseerd op het uitgangspunt van lichte hulp waar mogelijk en zwaardere hulp waar nodig en op doorverwijzing. Dit vooral om overconsumptie van zorg tegen te gaan en zo de zorg betaalbaar te houden. In de uitvoering van de zorg is de echelonnering echter niet altijd toereikend gebleken. Het blijkt polarisatie in de hand te werken en daarmee de samenwerking tussen hulpverleners en zorgorganisaties uit verschillende echelons negatief te beïnvloeden. De klant kan hierdoor verloren raken in de kluwen van zorg- en welzijnsvoorzieningen.

1.2.4 Ordeningsprincipe op basis van de plaats waar de zorg gegeven wordt

Bij de indeling waarbij de plaats waar de zorg gegeven wordt centraal staat, worden doorgaans drie plaatsbepalingen gebruikt. Soms is de benaming per zorgsetting echter verschillend. Het gaat om:

- 1 Zorg die de zorggebruiker thuis ontvangt. Dit wordt *extramurale zorg*, *ambulante zorg* of *zorg thuis* genoemd.
- 2 Zorg die de zorggebruiker in een instelling ontvangt, terwijl hij/zij zelf thuis woont. Dit wordt *semimurale zorg* genoemd.

Het nulde
echelon of
nuldelijnszorg

Het eerste
echelon of
eerstelijnszorg

Het tweede
echelon of
tweedelijns-
zorg

Het derde
echelon of
derdelijnszorg

Extramurale
zorg, ambu-
lante zorg of
zorg thuis
Semimurale
zorg

- 3 Zorg die de zorggebruiker in een instelling ontvangt, waar hij/zij tevens 24 uur per dag verblijft. Dit wordt *intramurale- of klinische zorg* genoemd.

Intramurale- of klinische zorg

Deze indeling benadrukt de combinatie van zorg en ergens verblijven of wonen. Nadeel hiervan is dat het ergens verblijven, kosten met zich meebrengt als: huur, bewassing en voeding. Deze zijn in principe geen onderdeel van zorg. Iedereen moet dat betalen. De vraag in hoeverre zorg en wonen eigenlijk gescheiden moeten zijn, is dan ook een actuele politieke discussie.

1.2.5 Ordeningsprincipe op basis van de zorgduur

Een laatste indeling die we willen noemen is op basis van de zorgduur. We onderscheiden twee typen:

- 1 De *chronische, langdurige zorg of long stay care*, die vooral bestaat uit verpleging en verzorging binnen de zogeheten care sector (o.a. verpleeghuizen en thuiszorg).
- 2 De *kortdurende zorg of short stay care* die veelal op behandeling en herstel gericht is en meer in de cure sector (o.a. ziekenhuis) plaatsvindt.

Chronische, langdurige zorg of long stay care
Kortdurende zorg of short stay care

Deze indeling is vooral in de gezondheidszorg van toepassing en minder in de welzijnszorg. Ook deze indeling kent z'n beperkingen. Een duidelijke scheiding tussen beide typen zorg is lastig te geven. Daarom kom je heel af en toe ook de term *middellangdurende zorg of medium stay care* tegen, bijvoorbeeld in de GGZ of de verslavingszorg.

Middellangdurende zorg of medium stay care

1.3 Organisatie van de zorgsector op mesoniveau

Bij het mesoniveau gaat het om de verschillende deelsectoren van de zorgsector. De indeling vindt plaats op basis van gelijksoortige zorgvragen. Een indeling die de overheid gebruikt is (www.rivm.nl):

- 1 Welzijnszorg, bestaande uit kinderopvang, jeugdzorg, maatschappelijke opvang, maatschappelijke ondersteuning, overige welzijnsorganisaties.
- 2 Openbare gezondheidszorg en preventie, bestaande uit gemeentelijke gezondheidsdiensten, bevolkingsonderzoeken en overige openbare gezondheidszorg.
- 3 Eerstelijnszorg, bestaande uit huisartsenzorg, mondzorg, verloskundigenpraktijken, fysiotherapie en overige eerstelijnszorg.
- 4 Ziekenhuiszorg en medisch specialistische zorg.
- 5 Ouderenzorg, bestaande uit gezinshuishoudingen verpleging en verzorging, thuiszorg, verpleeghuiszorg, verzorgingshuiszorg en verpleegkundigen praktijken.
- 6 Gehandicaptenzorg, bestaande uit doventolken, gezinshuishoudingen gehandicapten, instellingen geïntegreerde gehandicaptenzorg, instituten voor blindengeleidehonden, MEE-organisaties (ondersteunt mensen met een beperking).
- 7 Geestelijke Gezondheidszorg, bestaande uit instellingen geïntegreerde gezondheidszorg, vrij gevestigde psychiaters, vrijgevestigde psychotherapeuten.
- 8 Ambulancezorg en vervoer.
- 9 Overige zorgaanbieders bestaande uit bedrijfsgezondheidszorg en arbo-diensten en andere aanbieders van zorg.

Deze indeling wordt onder meer gebruikt voor de bekostigingssystematiek van de zorgsector. Het mag duidelijk zijn dat de zorgsector organisatorisch gezien een zeer complexe sector is, die uit vele deelsectoren bestaat.

1.4 Actoren in de zorgsector

Voor een goede bedrijfsvoering is het, naast kennis over hoe de sector georganiseerd is, belangrijk om te weten wie de cruciale actoren of stakeholders zijn. Voor de zorgsector zijn dit:

- zorggebruikers (of klanten);
- zorgverleners (of zorgprofessionals);
- zorgaanbieders of zorgorganisaties;
- zorgverzekeraars; en
- overheden.

De actoren spelen op alle drie niveaus (macro, meso en micro) een belangrijke rol. Veelal vertegenwoordigen deze stakeholders verschillende belangen die voortkomen uit verschillende perspectieven. Deze kunnen zijn:

- 1 het maatschappelijk perspectief;
- 2 het organisatie perspectief;
- 3 het medewerkersperspectief;
- 4 het perspectief van de zorggebruiker.

1.4.1 Het maatschappelijk perspectief

Een zorgorganisatie heeft de maatschappelijke opdracht zorg te bieden aan mensen met een ziekte/ beperking of probleem. Daarvoor betalen alle burgers een bijdrage. Met gemeenschapsgelden geven zorgorganisaties inhoud aan deze opdracht. Dit betekent dat de maatschappij ook een visie mag hebben op de wijze waarop deze opdracht wordt uitgevoerd. Dit is verwoord in wet- en regelgeving als de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ), de Ziektekostenverzekeringwet (ZVW) en de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo). Hierin is geregeld welke speelruimte een zorgorganisatie heeft en waaraan deze in de verantwoording van het eigen handelen moet voldoen. Hierbij gaat het om financiële en kwalitatieve eisen. De maatschappij verwacht dat met de gemeenschapsgelden een maximaal resultaat wordt nagestreefd.

1.4.2 Organisatie perspectief

De primaire opdracht van elke organisatie is zorg te dragen voor de continuïteit ervan. Een organisatie moet dus op z'n minst kostendekkend werken, maar om in het geval van mindere tijden niet direct onderuit te gaan is het altijd verstandig te streven naar enige reserves, dus 'winst' te maken. Vanuit dit perspectief is het heel belangrijk om inzicht te hebben in hoe de opbrengsten zich verhouden tot de kosten. Daarnaast is 'goed zijn' voor medewerkers een belangrijke focus, omdat de medewerkers de productie of dienstverlening moeten realiseren, waarmee de inkomsten worden gegenereerd. Wat 'goed zijn' voor medewerkers betekent, kan per organisatie anders zijn. Het management van een zorgorganisatie probeert optimaal z'n middelen en mensen in te zetten.

1.4.3 Medewerkersperspectief

Voor een zorgprofessional of medewerker van een zorgorganisatie zijn de professionele kaders leidend. Hun belangrijkste opdracht is om goede zorg

te bieden. Bij voorkeur 'goed' in de betekenis van bewezen effectief. De vraag van de zorggebruiker wordt via deze professionele kaders vertaald naar professioneel verantwoord handelen. Het beheersen of oplossen van de functiestoornis, het probleem of een bijkomend gevolg ervan staat centraal. Voor een goede zorg zijn bovendien capaciteiten nodig in de vorm van faciliteiten, middelen en collega's.

1.4.4 Perspectief van de zorggebruiker

Het perspectief van de zorggebruiker is een verwoording van de eigen visie op het al dan niet tijdelijk leven met een ziekte/beperking of probleem en op de bijkomende zorg. Een visie die eigen verlangens en wensen omvat die samenhangen met het eigen leven en het streven naar een goed leven in eigen ogen. Niet het beheersen of oplossen van de functiestoornis, het probleem of een bijkomend gevolg op zich staat centraal, maar het optimaliseren van de kwaliteit van leven c.q. de oplossingsrichting. Dit vertaalt zich in een behoefte om (in meer of mindere mate) invloed uit te oefenen op het wat, hoe, wie, waar en wanneer van de zorgverlening.

In voornoemde perspectieven is de zorgverzekeraar nog niet expliciet aan de orde gekomen. Oorspronkelijk was de zorgverzekeraar vooral de anonieme administratie die zorg droeg voor de vergoeding van in de zorgsector gemaakte kosten. Via het inkomen betaalden burgers de kosten voor de zorg die door de overheid geïnd werden en via de zorgverzekeraars betaald werden aan de zorgaanbieders op basis van wet- en regelgeving van de overheid. Het werk van de zorgverzekeraar was voor de burger vrijwel onzichtbaar. Veel verzekerden kregen geen of nauwelijks inzicht in de kosten die voor hun gezondheidszorg betaald werden. Sinds de invoering van de Zorgverzekeringswet (Zvw) die per 1 januari 2006 van kracht ging, hebben de zorgverzekeraars een andere rol gekregen. De verzekerde kan sindsdien, anders dan voorheen, indien gewenst elk jaar van verzekeraar veranderen. Daardoor moesten zorgverzekeraars hun (potentiële) verzekerden veel duidelijker maken waarom ze anders zijn dan hun concurrent, dus waarom je voor hen zou moeten kiezen. Dit bracht met zich mee dat ze langzaam maar zeker de rol van regisseur van onderhandelingen over prijs en kwaliteit van zorg op zich hebben genomen en veel nadrukkelijker dan vroeger naast de cliënt zijn gaan staan. Het perspectief van de huidige zorgverzekeraar lijkt daarmee vooral gekleurd te worden door het maatschappelijk perspectief en het perspectief van de zorggebruiker. Bij de ene zorgverzekeraar ligt de nadruk wat meer op het ene perspectief, bij de andere zorgverzekeraar ligt de nadruk wat meer op het andere perspectief.

1.5 Bedrijfsvoeringsmodellen in de zorgsector

Onder *bedrijfsvoering* valt alles wat een zorgorganisatie inzet om zijn klanten tevreden te houden met uitzondering van het feitelijk verlenen van de zorg (microniveau). Met andere woorden de bedrijfsvoering faciliteert het *primaire proces*. Het primaire proces bestaat uit een aaneenschakeling van activiteiten gericht op het verlenen van zorg met de cliënt of patiënt als 'klant'. Dit moet uiteraard wel tegen *optimale kosten* worden gerealiseerd. Met optimale kosten bedoelen we de minimale kosten die in een bepaalde situatie tot de meest passende maximale opbrengst leiden. Om de gewenste klantgerichtheid te realiseren is dus een goed doordachte inzet van mensen

Bedrijfsvoering

Primaire
proces
Optimale
kosten

Secundaire processen

Beheersing Tertiaire proces

en middelen onontbeerlijk. Daarom bestaan naast het primaire proces zogeheten *secundaire processen*. Deze bestaan uit activiteiten die het primaire proces ondersteunen zoals de informatievoorziening, de (personele) organisatie, het aanleveren van goederen en financiën.

Een ander belangrijk onderdeel van de bedrijfsvoering is *beheersing*, ook wel het *tertiaire proces* genoemd. Dit bestaat uit de twee deelprocessen:

- 1 Richting geven aan de organisatie om de beleidsdoelstellingen te realiseren. Daarbij gaat het om het maken van keuzes aan de hand van een toekomstbeeld van de organisatie en het vertalen van de keuzes in plannen en acties.
- 2 Vaststellen of de uitvoering in overeenstemming is en blijft met de gemaakte plannen, en indien nodig maatregelen te nemen voor bijsturing. Kortweg, het op koers houden van de organisatie.

Bedrijfsvoeringsmodel

Om invulling te geven aan de bedrijfsvoering maken de meeste zorgorganisaties gebruik van een *bedrijfsvoeringsmodel*. Dit is een model waarin de aspecten die van belang zijn voor het realiseren van de organisatiedoelstellingen op systematische wijze en in onderlinge samenhang worden gepresenteerd. Er zijn meerdere bedrijfsvoeringsmodellen in omloop, waaronder het INK-managementmodel, 7S-model en de Business Balanced Scorecard (BBSC).

1.5.1 INK-managementmodel

INK-managementmodel

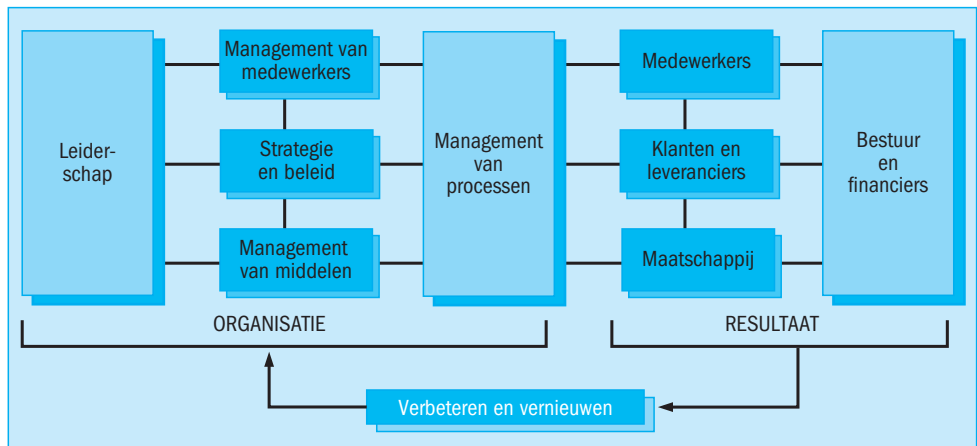
Het INK-managementmodel is de Nederlandse variant van het Europese EFQM-excellence model. Het *INK-managementmodel* is oorspronkelijk ontwikkeld als een diagnosemodel voor organisaties. Inmiddels is het uitgegroeid tot een hulpmiddel voor de algehele bedrijfsvoering. Het INK-managementmodel maakt daarbij gebruik van tien aandachtsgebieden die bepalend zijn voor het succes en de groei van een organisatie. Deze zijn (figuur 1.1):

- 1 leiderschap;
- 2 strategie en beleid;
- 3 management van medewerkers;
- 4 management van middelen;
- 5 management van processen;
- 6 klanten en partners;
- 7 medewerkers;
- 8 maatschappij;
- 9 bestuur en financiers;
- 10 verbeteren en vernieuwen.

De kern van de INK-filosofie wordt gevormd door het werken aan de samenhang en groei op de aandachtsgebieden van het model. De aandachtsgebieden bestaan uit vijf organisatiegebieden, vier resultaatgebieden en het aandachtsgebied 'verbeteren en vernieuwen'. In de organisatiegebieden wordt beschreven hoe de organisatie is ingericht. De resultaatgebieden betreffen de strategisch relevante maatstaven. Het 'tiende aandachtsgebied' is de feedbackloop of de doorlopende koppeling en vooral de terugkoppeling van de resultaten van de organisatie naar de inrichting daarvan. Heel belangrijk is de samenhang tussen de tien aandachtsgebieden (figuur 1.1).

Het idee achter het INK-managementmodel is het continu streven naar een balans tussen de diverse stakeholders van een organisatie (resultaatgebieden), de resultaten en de inspanningen die daarop betrekking hebben (organisatiegebieden) en het voortdurend werken aan (kwalitatieve) groei.

FIGUUR 1.1 INK-managementmodel



Bron: www.ink.nl, 3 januari 2012

1.5.2 Business Balanced Scorecard

De *Business Balanced Scorecard* (BBSC) is een veelgebruikte techniek voor het realiseren van langetermijndoelstellingen binnen organisaties. De BBSC wordt met name gebruikt als evaluatiehulpmiddel voor managers die complexe doelstellingen hebben, zoals in de zorgsector. De Business Balanced Scorecard is oorspronkelijk ontwikkeld als een reactie op de vaak eenzijdige financieel georiënteerde aanpak van veel organisaties als het gaat om de bedrijfsvoering. In een BBSC wordt vanuit de missie, visie, organisatiedoelen en strategie inhoud gegeven aan een viertal perspectieven, te weten (figuur 1.2):

**Business
Balanced
Scorecard**

- financieel;
- klant;
- interne bedrijfsvoering;
- ontwikkeling/leren en groei.

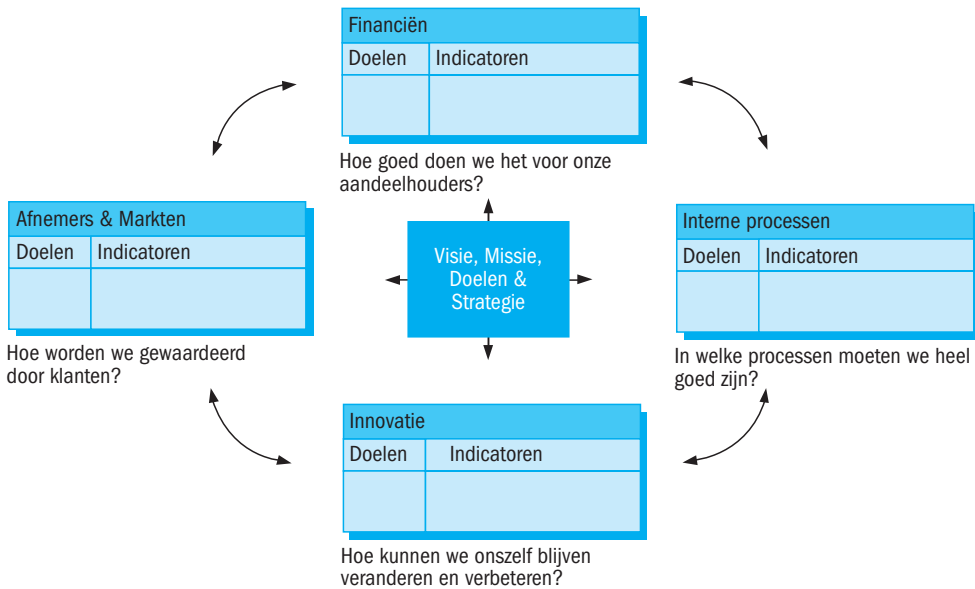
De term 'balanced' komt van het feit dat verschillende factoren verschillend, maar wel in onderlinge samenhang, worden gewogen.

De implementatie van een BBSC in een organisatie bestaat uit vier onderdelen.

- 1 Vertaling van de missie, visie, organisatiedoelen en strategie naar concrete doelen en prestatie-indicatoren per perspectief.
- 2 Deze doelen en indicatoren kenbaar maken in de organisatie en koppelen aan individuele medewerkers of teams.
- 3 Planning voor het verwezenlijken van de doelen.
- 4 Evaluatie en bijsturing op basis van de indicatoren.

Een BBSC is uniek voor ieder bedrijf. Door het toepassen van een BBSC worden de eigen organisatiedoelen vertaald naar concrete, meetbare parameters per perspectief. De Business Balanced Scorecard biedt een organisatie handvatten om de missie en visie om te zetten tot acties.

FIGUUR 1.2 Business Balanced Scorecard



Bron: www.managementsite.nl, 3 januari 2012

1.5.3 7S-model

7S-model

Het *7S-model* is ontworpen door de toenmalige McKinsey-medewerkers Richard Pascale, Tom Peters en Robert Waterman. Het wordt daarom ook wel het 7S-model van McKinsey genoemd. Het model bestaat uit zeven samenhangende factoren waarmee managers rekening moeten houden voor een effectieve en efficiënte bedrijfsvoering. Het model laat zien dat een goede bedrijfsvoering een complexe aangelegenheid is waarbij uiteenlopende aspecten een rol spelen. De auteurs benadrukken daarbij het belang van de onderlinge relatie en afhankelijkheid tussen de diverse aspecten. In het 7S-model worden de volgende zeven aspecten onderscheiden (figuur 1.3):

- 1 'Shared values' (Significante waarden). Dit aspect vormt het middelpunt van het model. Het omvat de belangrijkste normen en waarden van een organisatie die veelal verwoord zijn in een *missie en/of visie*. Het betreft datgene waar een organisatie voor staat en in gelooft. Dit aspect bepaalt, veelal vertaald in organisatiedoelen, de focus voor de overige aspecten.
- 2 'Strategy' (Strategie). De *strategie* van een organisatie betreft de wijze waarop de organisatiedoelen zullen worden gerealiseerd.
- 3 'Structure' (Structuur). De *structuur* van een organisatie geeft aan hoe de machtsverhoudingen binnen een organisatie zijn geregeld door middel van verdeling van taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden.
- 4 'Systems' (Systemen). Bij dit aspect gaat het om de procedures, processen en routines die kenmerkend zijn voor het werk binnen de organisatie.
- 5 'Style' (Stijl). Dit aspect verwijst naar de stijl van leiding geven en de daaruit voortvloeiende wijze van communiceren en samenwerken.
- 6 'Staff' (Staf). 'Staf' heeft betrekking op de competentiebehoefte van de organisatie ten aanzien van haar medewerkers en de realisatie daarvan, met vragen als: *'wie hebben we nodig, hoe zullen we ze rekruteren, opleiden, evalueren, motiveren, et cetera?'*

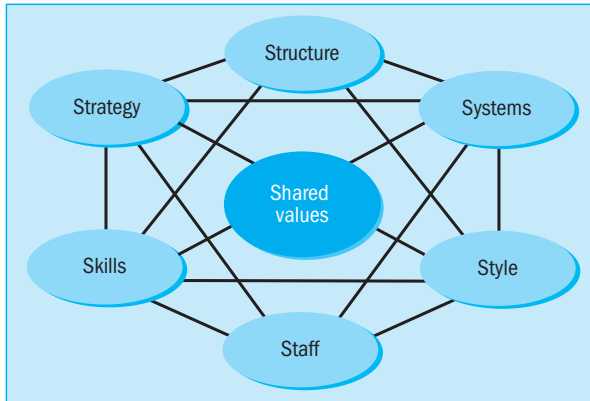
Missie en/of visie

Strategie

Structuur

- 7 'Skills' (Sleutelvaardigheden). De sleutelvaardigheden, in termen van kennis en vaardigheden, zijn beslissend voor het al dan niet behalen van de organisatiedoelstelling.

FIGUUR 1.3 7S-model



Bron: www.12manage.com, 3 januari 2012

1.6 MoVer-bedrijfsvoeringsmodel

Het INK-managementmodel, 7S-model en de Business Balanced Scorecard (BBSC) zijn algemene bedrijfsvoeringsmodellen die in verschillende sectoren worden toegepast. Hoewel deze modellen hun waarde voor de praktijk zeker hebben bewezen, kennen ze een paar belangrijke nadelen voor wat betreft de ondersteuning van de bedrijfsvoering in de zorgsector. Deze zijn:

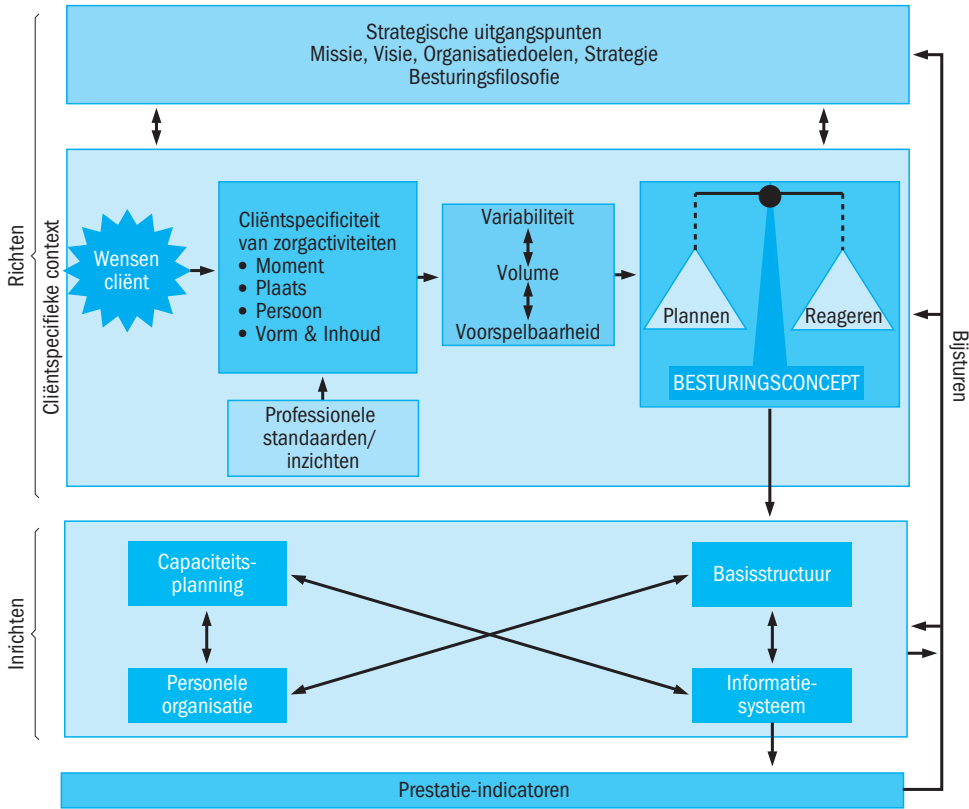
- 1 De modellen zijn niet expliciet ontwikkeld voor de zorgsector waardoor niet of onvoldoende rekening wordt gehouden met de zorgspecifieke aspecten.
- 2 De modellen bieden bovendien niet of nauwelijks concrete handvatten voor de keuzes die gemaakt moeten worden ten behoeve van de facilitering van het primaire proces.

In dit boek maken we gebruik van een eigen integraal denkraam, het *MoVer-bedrijfsvoeringsmodel* (figuur 1.4). Dit model is speciaal voor de zorgsector ontwikkeld en biedt concrete handvatten voor leidinggevend. In het model staat de cliëntspecifieke context van de bedrijfsvoering centraal. De wensen van de cliënt vormen het vertrekpunt. Deze cliëntspecifieke context heeft zowel invloed op de strategische uitgangspunten als op de inrichting van de zorgorganisatie. Via prestatie-indicatoren worden de strategische uitgangspunten, de cliëntspecifieke context en de inrichting van de organisatie bijgestuurd.

MoVer-bedrijfsvoeringsmodel

In dit hoofdstuk worden de achterliggende gedachten en de verschillende onderdelen van het MoVer-bedrijfsvoeringsmodel in vogelvlucht behandeld. In de rest van het boek wordt dieper ingegaan op de afzonderlijke aspecten en de onderlinge relaties.

FIGUUR 1.4 MoVer-bedrijfsvoeringsmodel



Bron: Moeke en Verkoijen, 2010

1.6.1 Doel van het MoVer-bedrijfsvoeringsmodel

Bij het MoVer-bedrijfsvoeringsmodel staat een adequate inrichting van de organisatie ten behoeve van de facilitering van het primaire proces van (ketens van) zorg- en welzijnsorganisaties centraal. Met adequaat bedoelen we hier betaalbare en kwalitatief goede zorg- en hulpverlening. Het model geeft inzicht in de voor de bedrijfsvoering van belang zijnde variabelen en hun onderlinge samenhang, waaronder de cliëntspecifieke variabelen. Door de integrale benaderingswijze van het model wordt de kans op *suboptimalisatie* beperkt. Suboptimalisatie treedt op wanneer een organisatieonderdeel voor zichzelf de beste werkwijze gaat verzinnen zonder af te stemmen met andere organisatieonderdelen. De kans is dan groot dat de genomen beslissingen wel goed zijn voor het betreffende organisatieonderdeel zelf, maar niet voor de organisatie als geheel. Met ander woorden, suboptimalisatie is het verbeteren van de resultaten van afzonderlijke onderdelen van de organisatie zonder expliciet rekening te houden met het belang van de totale organisatie.

Hoewel het model kan helpen om grip te krijgen op de complexe werkelijkheid, is het niet een wondermiddel dat voor alle problemen een pasklare oplossing biedt. Het is bedoeld om het management van een zorgorganisatie te ondersteunen bij het, op een samenhangende en afgewogen wijze, nemen van beslissingen over de bedrijfsvoering.

Suboptimalisatie

1

1.6.2 Aandachtsgebieden van het MoVer-bedrijfsvoeringsmodel

Bedrijfsvoering kan worden beschouwd als een afstemmingsvraagstuk met het faciliteren van het primaire proces als doel. Om het primaire proces optimaal te kunnen laten verlopen, is afstemming nodig binnen en tussen de volgende drie aandachtsgebieden:

- 1 Richten (in dit boek: hoofdstuk 2, 3, 4 en 5).
- 2 Inrichten (in dit boek: hoofdstuk 6, 7, 8 en 9).
- 3 Bijsturen (in dit boek: hoofdstuk 10).

In veel bedrijfsvoeringsmodellen zijn deze aandachtsgebieden te herkennen. Echter met één verschil. Veelal wordt ook 'verrichten' als afzonderlijk onderdeel genoemd, in de reeks richten, inrichten, verrichten en bijsturen. In het MoVer-bedrijfsvoeringsmodel wordt dit niet gedaan omdat binnen dit model bedrijfsvoering wordt beschouwd als faciliterend voor het primaire proces, waarbinnen het 'verrichten' centraal staat. Daardoor maakt het 'verrichten' als (professionele) activiteit geen deel uit van het bedrijfsvoeringsmodel. Met de opsomming 'richten, inrichten en bijsturen', zouden we de suggestie kunnen wekken dat er sprake is van een duidelijke volgorde, wanneer het gaat om het afstemmingsvraagstuk. Uit de praktijk blijkt dat de afstemming tussen de aandachtsgebieden veelal een *iteratief proces* oftewel een heen-en-weer proces is. Echter, vanuit de kernopdracht van de zorgsector is de cliëntspecifieke context als onderdeel van het richten (en meer specifiek de wensen van de cliënt) wel aan te wijzen als het vertrekpunt.

Iteratief
proces

1 Richten

Met 'richten' worden de kaders vastgesteld waarbinnen de bedrijfsvoering op het juiste spoor kan worden gezet en gehouden. Belangrijke onderdelen hierbij zijn:

- cliëntspecificiteit, met de wensen van de cliënt, de strategische uitgangspunten en de professionele standaarden en inzichten als belangrijke aspecten;
- plannen en reageren;
- en de '3 V's'.

Cliëntspecificiteit

De cliëntspecifieke context betreft de *parameters* die een rol spelen bij de facilitering van het primaire proces. Parameters vormen de belangrijkste aandachtspunten van de bedrijfsvoering. De leidende parameter is de wens van de cliënt. De wensen van de cliënten hebben betrekking op het 'wat en hoe, wanneer, waar en door wie' van de zorg. Hiermee heeft de cliënt invloed op de levering en uitvoering van de zorg, dus op het primaire proces. De mate waarin de cliënt invloed heeft op het zorgaanbod wordt in het model *cliëntspecificiteit* genoemd. Het wordt hierbij nooit een kwestie van 'u vraagt, wij draaien'. De mate van invloed die de cliënt heeft, wordt mede bepaald door de zorgprofessional of zorgverlener, die op basis van professionele standaarden en inzichten ook invloed uitoefent op het zorgaanbod. Zorgverlening en zorglevering spelen zich af binnen de driehoek cliënt, zorgprofessional en organisatie. Dus naast de invloed van de cliënt of zijn wensen en de invloed van de zorgprofessional vanuit professionele standaarden en inzichten, speelt ook de invloed van de organisatie een belangrijke rol. Hierbij gaat het om de principes die ten grondslag liggen aan de

Parameters

Cliënt-
specificiteit

Strategische
uitgangspunten
Missie
Visie
Organisatie-
doelen
Strategie

Effectiviteit
Efficiëntie

wijze waarop de organisatie is of wordt ingericht. In het MoVer-bedrijfsvoeringsmodel zijn deze principes vertaald in de *strategische uitgangspunten*. De strategische uitgangspunten betreffen de keuzes die gemaakt zijn door het management met betrekking tot de *missie, visie, organisatiedoelen* en de *strategie* waarmee men deze denkt te realiseren. Een missie verschaft inzicht in het bestaansrecht van de organisatie en geeft antwoord op de vraag 'waarom doen we wat we doen?'. In de visie staat het toekomstbeeld van de organisatie centraal en beantwoordt de vraag: 'hoe ziet de gewenste toekomst eruit?'. Wat de organisatie concreet wil bereiken (t.a.v. het primaire proces) wordt geformuleerd in de organisatiedoelen. De strategie gaat in op de wijze waarop de organisatie de geformuleerde doelstellingen wil bereiken. Bij het realiseren van de organisatiedoelen spelen *effectiviteit* en *efficiëntie* een grote rol. Bij effectiviteit gaat het om het aanbieden van de juiste zorg (wat en hoe) op het juiste moment (wanneer) op de juiste plaats (waar) door de juiste persoon (door wie). Waarbij 'juiste' bepaald wordt door de wensen van de cliënt en de professionele standaarden en inzichten. De term efficiëntie of doelmatigheid wordt vaak gebruikt in de betekenis van een 'verantwoorde inzet van middelen'. Een proces wordt efficiënt genoemd als, ten opzichte van de norm, weinig middelen worden gebruikt. Binnen de bedrijfsvoering is er altijd een streven naar een optimale balans tussen effectiviteit en efficiëntie.

Plannen

Plannen en reageren

Voor de efficiëntie is planning een kritische randvoorwaarde. Plannen is een proces waarbij, op basis van voldoende inzicht, bewust beslissingen worden genomen ten aanzien van toekomstige activiteiten en de coördinatie daarvan om een doel of doelen op een zo efficiënt mogelijke wijze te bereiken. Vanwege de complexiteit van zorgprocessen zijn er beperkingen aan de planbaarheid of de mate waarin een planning mogelijk is. Daarom gaat er in het model tevens aandacht uit naar wat Merode (2002) reagerend vermogen noemt. De term reagerend vermogen geeft eigenlijk al aan wat het betekent; het vermogen om snel en adequaat te kunnen reageren op onvoorziene situaties binnen het zorgproces. Voor een goede bedrijfsvoering moet voortdurend gezocht worden naar een optimale balans tussen plannen en het vermogen om te kunnen reageren. De gevonden balans levert de input voor het te kiezen besturingsconcept. Een besturingsconcept biedt de richtlijnen voor de wijze waarop het primaire proces moet worden aangestuurd. De mate waarin de balans tussen 'plannen' en 'reagerend vermogen' als optimaal wordt beschouwd is mede afhankelijk van de gekozen besturingsfilosofie. Een besturingsfilosofie omvat de eisen die worden gesteld aan het ontwerp en de inrichting van het primaire proces. In de zorgsector wordt vaak gebruikgemaakt van de volgende besturingsfilosofieën: aanbodsturing, vraaggerichte besturing of vraagsturing.

Planbaarheid
Reagerend
vermogen

Besturings-
concept

Besturings-
filosofie

Volume, variabiliteit en voorspelbaarheid of de 3 V's

Onzekerheden ten aanzien van de zorgvraag bepalen voor een belangrijk deel de planbaarheid van de zorgactiviteiten die plaatsvinden in het primaire proces. *Onzekerheid* is informatie die je nog niet hebt maar die wel nodig is voor een goede balans tussen plannen en reageren. Volgens het MoVer-bedrijfsvoeringsmodel is voor een goede bedrijfsvoering minimaal betrouwbare informatie nodig over het *volume*, de *variabiliteit* en *voorspelbaarheid* van de zorgvraag. Het volume betreft de frequentie waarin een bepaald type zorgvraag zich voordoet. Naarmate een bepaald type zorgvraag

Onzekerheid

Volume
Variabiliteit
Voorspelbaar-
heid

zich binnen een organisatie frequenter voordoet, nemen de mogelijkheden tot meer planmatig organiseren toe. Variabiliteit is de mate van fluctuatie of schommeling in de zorgvraag. Bij weinig fluctuatie is plannen relatief eenvoudig. Bij voorspelbaarheid tenslotte gaat het om de mate waarin een type zorgvraag te voorzien is. Wanneer de vraag in hoge mate voorspelbaar is, dan neemt de planbaarheid toe.

2 Inrichten

Het besturingsconcept als resultaat van het richten, biedt de richtlijnen voor de wijze waarop het primaire proces moet worden aangestuurd en daarmee voor de inrichting van de organisatie. Bij de inrichting van een zorgorganisatie spelen vier aspecten een rol, te weten:

- basisstructuur;
- capaciteitsplanning;
- personele organisatie;
- informatiesysteem.

Beslissingen ten aanzien van deze aspecten liggen in elkaars verlengde en moeten dus ook in samenhang worden genomen.

Basisstructuur

Een basisstructuur is een weergave van het primaire proces op hoofdlijnen. Een basisstructuur heeft een bepaalde focus. Voorbeelden van focussen zijn:

- leeftijd cliënten (jeugd, volwassenen, ouderen);
- urgentie (acuut, electief, chronisch);
- zorgwaarde van de cliënt (intensive care, medium care, low care);
- geografische ordening (regio-indeling).

Binnen elke basisstructuur is een patroon van na elkaar of parallel geschakelde zorgactiviteiten en de interactie daartussen te herkennen.

Capaciteitsplanning

Voor het uitvoeren van zorgactiviteiten zijn verschillende capaciteitssoorten nodig. *Capaciteitssoorten* zijn de mensen en middelen die nodig zijn voor het realiseren van de organisatiedoelen. Bij middelen gaat het om capaciteitssoorten die niet verbruikt of verwerkt worden zoals materialen. Een groep verzorgende in de thuiszorg is dus bijvoorbeeld wel een capaciteitssoort, maar het incontinentiemateriaal dat ze gebruiken is dat niet. Het röntgenapparaat in een ziekenhuis is een capaciteitssoort en de voor röntgenopnames gebruikte contrastvloeistof is dat niet. Bij de *capaciteitsplanning* gaat het om een zodanige inzet van capaciteitssoorten dat met de beschikbare capaciteit zo veel mogelijk zorg wordt geleverd.

Capaciteits-
soorten

Capaciteits-
planning

Informatiesysteem

Het *informatiesysteem* richt zich op het verzamelen, vastleggen en verwerken van gegevens ten behoeve van het primaire proces en de verantwoording die daarover moet worden afgelegd. Voor de aansturing van het primaire proces is tijdige en juiste informatie op de juiste plaats cruciaal. Informatievoorziening speelt daarmee een essentiële rol bij het nemen van weloverwogen beslissingen. Daartoe is het onder meer noodzakelijk dat de communicatie met cliënten wordt vastgelegd in een heldere overlegstructuur.

Informatie-
systeem

Personele organisatie

Personele organisatie

Elke medewerker van een organisatie heeft een bepaalde functie met bijbehorende taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden. Bij de *personele organisatie* gaat het om de definiëring van deze taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden en de toewijzing ervan aan de afzonderlijke medewerkers. Tevens moet de noodzakelijke communicatie tussen de verschillende medewerkers worden vastgelegd in een heldere overlegstructuur. Verder moeten er uitspraken worden gedaan over de competentiebehoefte van de organisatie ten aanzien van haar medewerkers en de realisatie daarvan, met vragen als: *'wie hebben we nodig, hoe zullen we ze rekruteren, opleiden, evalueren, motiveren, et cetera?'* De basisstructuur vormt het uitgangspunt bij de inrichting van de personele organisatie.

3 Bijsturen

Voor het op koers houden van een organisatie is doorlopend bijsturen noodzakelijk. Om dat te kunnen doen heb je *prestatie-indicatoren* nodig. Met behulp van prestatie-indicatoren kan worden bepaald of het resultaat van de inrichting van de organisatie in overeenstemming is met de organisatiedoelen. Indien nodig worden er maatregelen genomen om de organisatie weer op koers te krijgen.

Prestatie-indicatoren

Samenvatting

De kernopdracht van zorg- en welzijnsorganisaties is het bieden van hulp, behandeling, zorg en/of ondersteuning. Goede bedrijfsvoering in de zorgsector voorkomt onnodige afhankelijkheid bij de klant of cliënt.

De organisatie van de zorgsector kan worden beschouwd op macro-, meso- en microniveau. Vanwege de complexiteit wordt daarbij gebruikgemaakt van ordeningsprincipes. Belangrijke ordeningsprincipes op macroniveau zijn op basis van:

- het doel van de zorg;
- degene die de zorg verleent;
- de afstand tussen zorggebruiker en zorgverlener;
- de plaats waar de zorg gegeven wordt;
- de zorgduur.

Een indeling die de overheid gebruikt op mesoniveau is:

- welzijnszorg;
- openbare gezondheidszorg en preventie;
- eerstelijnszorg;
- ziekenhuiszorg en medisch specialistische zorg;
- ouderenzorg;
- gehandicaptenzorg;
- geestelijke gezondheidszorg;
- ambulancezorg en vervoer;
- overige zorgaanbieders.

Voor een goede bedrijfsvoering is het, naast kennis over hoe de sector georganiseerd is, belangrijk om te weten wie de cruciale actoren of stakeholders zijn. Voor de zorgsector zijn dit:

- zorggebruikers (of klanten);
- zorgverleners (of zorgprofessionals);
- zorgaanbieders of zorgorganisaties;
- zorgverzekeraars;
- overheden.

Om invulling te geven aan de bedrijfsvoering op microniveau maken de meeste zorgorganisaties gebruik van een bedrijfsvoeringsmodel. Het INK-managementmodel, 7S-model en de Business Balanced Scorecard (BBSC) zijn algemene veelgebruikte bedrijfsvoeringsmodellen. Deze zijn niet expliciet ontwikkeld voor de zorgsector, waardoor ze niet of onvoldoende rekening houden met de zorgspecifieke aspecten. Het MoVer-bedrijfsvoeringsmodel is speciaal voor de zorgsector ontwikkeld. Het biedt concrete handvatten voor leidinggevend en vormt de basis voor dit boek.

CASUS 1.1

Het Fundament

Zorgorganisatie *Het Fundament* is een grote speler in de regio die vooral curatieve en palliatieve zorg levert. Naast zorgprofessionals zijn er vrijwilligers en mantelzorgers bij de zorg aan hun cliënten betrokken. Binnen zorgorganisatie *Het Fundament* zijn organisatorische eenheden die behoren tot het derde echelon en organisatorische eenheden die behoren tot het tweede echelon. Er wordt van oorsprong zowel langdurige als kortdurende zorg geleverd. Met langdurige zorg bedoelen ze bij *Het Fundament* zorg die oneindig, dus structureel is. Alle andere zorg werd oorspronkelijk gezien als kortdurende zorg. Dit leidde echter tot problemen in de bedrijfsvoering. Vandaar dat er tegenwoordig een onderscheid wordt gemaakt tussen kortdurende zorg, die maximaal 7 dagen duurt en middellangdurende zorg voor de dan nog overgebleven niet structurele zorg.

Men kan zich tot *Het Fundament* wenden met zorgvragen die betrekking hebben op welzijnzorg, ouderenzorg, gehandicaptenzorg en/of geestelijke gezondheidszorg. Door de jaren heen is steeds ca. 30% van het totale budget naar welzijnzorg gegaan, ca. 50% naar ouderenzorg, ca. 10% naar gehandicaptenzorg en ca. 10% naar geestelijke gezondheidszorg.

De organisatie is vooral ingericht rond de wensen van zorgprofessionals. De dienstroosters zijn bepalend voor het moment waarop de zorg geleverd wordt. De cliënt heeft hier niet of nauwelijks invloed op. Met name binnen afdelingen met langdurige zorg wordt dit als negatief ervaren door de cliënten, zo blijkt uit een recentelijk gehouden cliënttevredenheidsonderzoek. De verschillende organisatorische eenheden functioneren redelijk los van elkaar zonder duidelijke afstemming. Zorgactiviteiten worden niet of nauwelijks gepland, vanuit de veronderstelling dat het type zorgvraag zich daar niet voor leent. Veel vindt plaats op basis van ad-hocbeslissingen, waardoor medewerkers het gevoel hebben dat het vaak hollen of stilstaan is. Ook is niet altijd duidelijk wie, waar verantwoordelijk voor is. Een heldere structuur voor overleg met de cliënten ontbreekt. De organisatie gebruikt de prestatie-indicatoren die door de overheid zijn opgelegd om de organisatie op koers te houden. De organisatie heeft zelf geen prestatie-indicatoren geformuleerd.

VERWERKINGSOPDRACHT

Kies een zorgorganisatie, indien mogelijk de organisatie waar je zelf werkt of stage loopt. Maak een vergelijkbare beschrijving van deze zorgorganisatie als in de casus, op maximaal twee A4'tjes op basis van de volgende vragen:

- Wat is de positie van de zorgorganisatie in de regio? Is het een grote, middelgrote of kleine speler?
- Welk type zorg levert de zorgorganisatie voornamelijk?
- Wat is bepalend voor het moment waarop de zorg geleverd wordt? Waaruit blijkt dat?
- Hoe is de cliënttevredenheid? Welke aspecten verdienen op basis hiervan extra aandacht?

Kernbegrippen

Bedrijfsvoering

Onder bedrijfsvoering valt alles wat een zorgorganisatie inzet om zijn klanten tevreden te houden met uitzondering van het feitelijk verlenen van de zorg tegen optimale kosten. Met andere woorden: de bedrijfsvoering faciliteert het primaire proces.

Effectief of effectiviteit

Bij effectiviteit gaat het om het aanbieden van de juiste zorg (wat en hoe) op het juiste moment (wanneer) op de juiste plaats (waar) door de juiste persoon (door wie). Waarbij 'juiste' bepaald wordt door de wensen van de cliënt en de professionele standaarden en inzichten.

Efficiënt of efficiëntie

De term efficiëntie of doelmatigheid wordt vaak gebruikt in de betekenis van een 'verantwoorde inzet van middelen'. Een proces wordt efficiënt genoemd als, ten opzichte van de norm, weinig middelen worden gebruikt. Binnen de bedrijfsvoering is er altijd een streven naar een optimale balans tussen effectiviteit en efficiëntie.

Optimale kosten

Met optimale kosten bedoelen we de minimale kosten die in een bepaalde situatie tot de meest passende maximale opbrengst leiden.

Primair proces

Het primaire proces binnen een zorgorganisatie bestaat uit een aaneenschakeling van activiteiten gericht op het verlenen van zorg met de cliënt of patiënt als 'klant'.

Secundaire processen

Secundaire processen bestaan uit activiteiten die het primaire proces ondersteunen zoals de informatievoorziening, de (personele) organisatie, het aanleveren van goederen en financiën.

Tertiair proces

Het tertiaire proces betreft de zogeheten beheersing die bestaat uit de twee deelprocessen:

- 1 Richting geven aan de organisatie om de beleidsdoelstellingen te realiseren.
- 2 Op koers houden van de organisatie.

Bedrijfsvoeringsmodel

Een bedrijfsvoeringsmodel is een model waarin de aspecten die van belang zijn voor het realiseren van de organisatie-doelstellingen op systematische wijze en in onderlinge samenhang worden gepresenteerd.

Het MoVer- bedrijfsvoeringsmodel

Het MoVer-bedrijfsvoeringsmodel is een bedrijfsvoeringsmodel dat speciaal voor de zorgsector ontwikkeld is. In het model staat de cliëntspecifieke context van de bedrijfsvoering centraal. De wensen van de cliënt vormen het vertrekpunt. Deze cliëntspecifieke context heeft zowel invloed op de strategische uitgangspunten als op de inrichting van de zorgorganisatie. Via prestatie-indicatoren worden de strategische uitgangspunten, de cliëntspecifieke context en de inrichting van de organisatie bijgestuurd.

Suboptimalisatie

Suboptimalisatie treedt op wanneer een organisatieonderdeel voor zichzelf de beste werkwijze gaat toepassen zonder af te stemmen met andere organisatieonderdelen. De kans is dan groot dat de genomen beslissingen wel goed zijn voor het betreffende organisatieonderdeel zelf, maar niet voor de organisatie als geheel. Met ander woorden: suboptimalisatie is het verbeteren van de resultaten van afzonderlijke onderdelen van de organisatie zonder expliciet rekening te houden met het belang van de totale organisatie.
