

Vergaderjaar 2019–2020

**24 170**

**Gehandicaptenbeleid**

**Nr. 199**

**BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT**

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 28 oktober 2019

Tijdens het Algemeen Overleg gehandicaptenbeleid van 13 juni 2019 (Kamerstuk 24 170, nr. 195) heb ik toegezegd te inventariseren welke gegevens beschikbaar zijn over de overhead van zorginstellingen in de (Wlz-gefinancierde) gehandicaptenzorg en uw Kamer daarover te informeren. Met deze brief kom ik deze toezegging na. Aanleiding van de toezegging was de vraag van het lid Renkema (GL) hoe instellingen hun middelen besteden en of er op instellingsniveau inzicht is welk deel van de financiële middelen besteed wordt aan directe zorg en welk deel aan overheadkosten. Hierover heb ik contact gezocht met de Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN), de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en Berenschot. Ik heb ook toegezegd om een bestuurlijk vervolgsprek met de VGN te organiseren als mijn inventarisatie onvoldoende houvast zou bieden. Onderstaande inventarisatie geeft daar geen aanleiding toe.

**De belangrijkste conclusies zijn:**

- Er bestaat binnen de langdurige zorg geen eenduidige definitie van overhead. De definitie die men hanteert bepaalt welk deel van hun middelen de instellingen, in cijfers, besteden aan directe zorg en welk deel aan overhead.
- We zien in de langdurige (gehandicapten)zorg dat directe zorgtaken en overheadtaken steeds meer verweven zijn, bijvoorbeeld door automatisering in de administratieve processen en zelforganiserende zorgteams.
- Jaarverantwoordingscijfers van zorginstellingen geven op instellingsniveau enig inzicht in overheadkosten. Een valide vergelijking tussen instelling is op basis van deze cijfers is echter niet mogelijk.
- Onderzoeksbureau Berenschot doet al geruime tijd onderzoek naar overhead van zorginstellingen in de langdurige zorg. De meest recente «Benchmark care» laat een daling van de overheadformatie in de

gehandicaptenzorg zien sinds 2011. De vergelijking met andere sectoren laat zien dat de overhead in de gehandicaptenzorg relatief laag is.

## **1 Definitie van overhead**

Mijn inventarisatie maakt duidelijk dat er binnen de langdurige zorg geen eenduidige definitie van «overhead» bestaat. Afhankelijk van de gehanteerde definitie worden bepaalde kosten namelijk wel of juist niet toegerekend aan overhead of primair proces. Hoe wordt bijvoorbeeld omgegaan met huisvestingskosten, domotica, zorgbemiddeling en een restaurant waar ook het personeel kan eten? En wie wordt gezien als leidinggevende en wie niet? De hoogte van gerapporteerde overheadpercentages is daardoor mede afhankelijk van de gehanteerde definitie. Dit maakt goed inzicht in overhead moeilijk en voor een zuivere discussie over overhead is het van belang dat iedereen er hetzelfde onder verstaat.

Uit meerjarig onderzoek van Berenschot blijkt bovendien dat de aard en omvang van de overhead aan verandering onderhevig zijn. Toenemende automatisering leidt er bijvoorbeeld toe dat administratieve processen sneller, minder foutgevoelig en minder arbeidsintensief worden. Registraties (bijvoorbeeld van benodigde én geleverde zorg) vinden steeds vaker plaats aan de bron, door de zorgteams zelf, direct in het juiste doelsysteem. Overhead en primair proces lopen hierdoor steeds meer in elkaar over. Dit wordt versterkt door de toenemende trend van zorgorganisaties die zelforganisatie hebben ingevoerd. Daarbij zijn zorgteams zelf verantwoordelijk voor bijvoorbeeld het maken van de roosters of het beheren van hun eigen begroting.

Deze ontwikkelingen verlagen de overhead van een instelling als overhead bijvoorbeeld wordt gedefinieerd als «percentage niet-cliëntgebonden personeel». De vraag is echter of deze ontwikkelingen niet ook leiden tot een verlaging van de cliëntgebonden uren in het primaire zorgproces (het «wel-cliëntgebonden personeel»). En daarmee wat per saldo het effect is op de kwaliteit van zorg en het werk van de zorgprofessional. Het is daarom lastig om een oordeel te vellen over de verhouding tussen overhead en primair proces, als deze niet in de context worden geplaatst van de specifieke zorginstelling en de daar gevoerde bedrijfsvoering. Dit maakt het bovendien lastig om zorginstellingen met elkaar te vergelijken alleen op basis van cijfers (zoals een overheadpercentage).

Ondanks het bovenstaande heb ik uw Kamer toegezegd om een inventarisatie te doen naar beschikbare (openbare) gegevens over overhead. Hieronder geef ik het resultaat weer.

## **2 Jaarverantwoording van zorginstellingen**

Elke instelling die is toegelaten tot de WTZi is verplicht om via de database «DigiMV» bij het CIBG de jaarverantwoordingdocumenten openbaar beschikbaar te stellen. Deze database is beschikbaar via [www.jaarverantwoordingzorg.nl](http://www.jaarverantwoordingzorg.nl). In de bijlage «personeel» bij de jaarrekening geeft elke zorginstelling<sup>1</sup> inzicht in de verdeling van fte's naar type contract (loondienst, inhuur etc.), naar type werkzaamheden (cliëntgebonden personeel en niet-cliëntgebonden personeel) en naar financieringsstroom (Zvw, Wmo, Wlz, Jeugdwet, Forensische zorg, overig). Bij de indeling van fte's naar type werkzaamheid, een onderscheid

<sup>1</sup> Deze gegevens zijn beschikbaar voor alle WTZi zorginstellingen met uitzondering van zorginstellingen die vallen onder de definitie van «micro-entiteit» zoals benoemd in artikel 3, onderdeel e, van de Regeling verslaggeving WTZi.

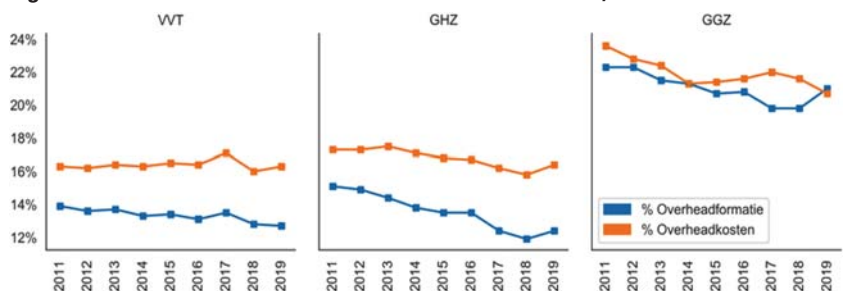
dat de zorgorganisatie zelf aanbrengt, bepaalt de door henzelf gehanteerde definitie van cliëntgebonden werkzaamheden de hoogte van het percentage overhead. Dit maakt het in de praktijk lastig om vanuit de jaarverantwoording een betekenisvolle conclusie over overhead te trekken.

### 3 Benchmark Care

In de «Benchmark Care» doet Berenschot al 16 jaar onderzoek naar andere overhead van zorginstellingen in de langdurige zorg, met een onderscheid naar de Verpleging, Verzorging en Thuiszorg (VVT), de Gehandicaptenzorg (GHZ) en de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ; integraal, care en cure). In deze benchmark worden individuele deelnemende zorginstellingen met het gemiddelde in de sector vergeleken. De gegevens per instelling zijn niet openbaar beschikbaar. Over het overkoepelde beeld per sector publiceren de onderzoekers doorgaans wel. In deze benchmark wordt overhead gedefinieerd als het geheel van functies dat sturend en ondersteunend is aan het primaire proces.

Dit onderzoek naar de omvang van de overhead binnen de deelsectoren in de langdurige zorg wordt sinds 2003 uitgevoerd. De resultaten van de benchmark van 2019 (gebaseerd op jaarrekeningen over 2018) laten zien hoe de overheadpercentages (zowel in formatie als in kosten) van de metingen per deelsector zich hebben ontwikkeld in de afgelopen negen jaar.

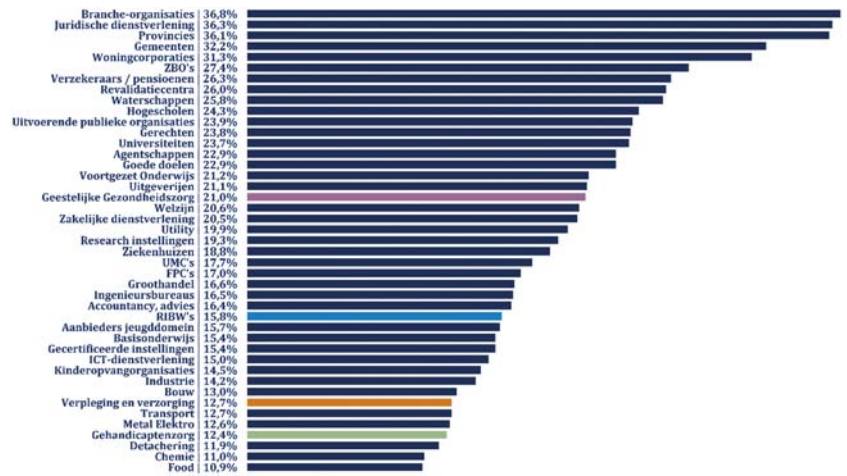
**Figuur 1. Trend overhead. Bron: Berenschot Benchmark care, 2019**



Figuur 1 laat zien dat het aandeel overheadformatie in alle deelsectoren vanaf 2011 is gedaald. Deze daling is het sterkst in de GHZ (van 15,1% naar 12,4%). In de GGZ is dit van 22,3% naar 20,7% en de VVT is dit van 13,9% naar 12,7%. Wel is in 2019 voor het eerst beperkte stijging te zien in de overheadformatie en overheadkosten in de GHZ. Berenschot geeft aan dat uit de achterliggende cijfers blijkt dat dit komt door meer formatie voor staf algemene en administratieve functies en meer materiële overheadkosten.

De benchmark geeft ook een vergelijking van sectoren. Figuur 2 laat zien dat de overheadpercentages in de langdurige zorg in vergelijking met andere sectoren niet buitengewoon hoog zijn. Ze zijn voor de GHZ en de VVT zelfs relatief laag. De VVT en GHZ bevinden zich meer aan de onderkant van het spectrum, tussen sectoren die vaak werken met krappere marges, vaak extern gefinancierd worden en doorgaans een uitvoerend karakter hebben.

**Figuur 2. Omvang generieke overheadformatie per sector (als percentage van de totale formatieomvang), 2011–2019. Bron: Berenschot Benchmark care, 2019**



De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
H.M. de Jonge