

**SHARED SERVICE CENTERS  
IN ZIEKENHUIZEN  
EEN KOSTENREDUCEREND EN  
KWALITEITSVERHOGENDE CONCEPT?**

**POSTDOCTORALE OPLEIDING MASTER OF FACILITY MANAGEMENT  
KERNDOCENT/EERSTE AFSTUDEERBEGELEIDER: DRS PHILIP E. WAGNER  
TWEDE AFSTUDEERBEGELEIDER: DR R.M. VAN ZONNEVELD**

**DICK J. VAN BUREN  
MEI 2004**



## INHOUDSOPGAVE

<b>1. INLEIDING</b> .....	<b>1</b>
1.1. AANLEIDING .....	1
1.2. PROBLEEMSTELLING / DOELSTELLING .....	3
1.3. ONDERZOEKSPLAN .....	6
1.4. OPBOUW VAN DE NOTITIE .....	8
<b>2. HET ZIEKENHUIS IN VERANDERING</b> .....	<b>9</b>
2.1. INLEIDING .....	9
2.2. TOELICHTING BEGROTING 2004 MINISTER VOLKSGEZONDHEID .....	10
2.3. PROGRAMMA SNELLER BETER .....	13
2.4. GEVOLGEN INFORMATIE EN COMMUNICATIETECHNOLOGIE .....	17
<b>3. SHARED SERVICE CENTERS</b> .....	<b>18</b>
3.1. WAT IS EIGENLIJK EEN SHARED SERVICE CENTER? .....	18
3.2. WAAROM Zouden we aan de slag moeten met een shared service center? .....	22
3.3. WAAR MOETEN WE OP LETTEN BIJ SHARED SERVICE CENTER? .....	25
<b>4. ONDERZOEK SHARED SERVICE CENTERS IN ZIEKENHUIZEN</b> .....	<b>28</b>
4.1. HET ONDERZOEK .....	28
4.1.1. Aanleiding, doelstelling en afbakening .....	28
4.1.2. De enquête .....	29
4.2. DE RESULTATEN .....	30
4.2.1. De respons .....	30
4.2.2. Bezuinigingen .....	31
4.2.3. De huidige organisatie van het eigen ziekenhuis .....	36
4.2.4. Nieuwe wegen .....	40
4.2.5. Dwarsverbanden .....	48
4.2.6. Opmerkingen .....	48
<b>5. KANSEN SHARED SERVICE CENTER ZIEKENHUIZEN</b> .....	<b>49</b>
5.1. CONCLUSIES .....	49
5.1.1. Respons .....	49
5.1.2. Bezuinigingen .....	49
5.1.3. De huidige organisatie van het ziekenhuis .....	50
5.1.4. Nieuwe wegen .....	51
5.2. AANBEVELINGEN .....	54
5.2.1. Algemeen .....	54
5.2.2. Bezuinigingen .....	54
5.2.3. De organisatie .....	54
5.2.4. Randvoorwaarden .....	55
5.2.5. Kansen .....	56
5.3. REFLECTIE .....	58

## BIJLAGEN



## 1. INLEIDING

### 1.1. AANLEIDING

Uiteraard is de directe aanleiding voor het onderzoek dat in deze notitie wordt beschreven de deelname aan de MFM-leergang van AOG/Rug en de daarbij genoemde uitgangspunten en randvoorwaarden voor wat betreft de keuze van een onderwerp.

Het probleem of vraagstuk dat wordt onderzocht moet liggen op het brede terrein van facilitaire bedrijfskunde aldus de beschrijving van het mastertraject. Dit kan een probleem of vraagstuk zijn dat in de eigen organisatie speelt, maar dat is niet noodzakelijk. Een relatie naar de eigen organisatie is wel handig omdat dat de kans geeft een onderzoek te doen met directe c.q. indirecte revenuen voor de eigen organisatie. Tevens is daardoor een combinatieonderzoek mogelijk van intern, binnen de eigen organisatie, en extern, andere organisaties c.q. collega-ziekenhuizen dan wel zorginstellingen, en kan vergelijking een extra toegevoegde waarde betekenen voor het totaal.

In het basistraject van de leergang Master of Facility Management is op diverse wijzen aandacht besteed aan de ontwikkeling van het facilitaire vakgebied. Dit heeft ook mijn visie op de toekomst van de rol die facility management heeft, in algemene zin maar ook specifiek in de gezondheidszorg, beïnvloed.

In de afronding van deze leergang zijn door mij een drietal stellingen geponoerd die vanuit diverse invalshoeken ingaan op facility management.

De eerste stelling gaat over *hoe* de facilitaire organisaties hun diensten aan moeten bieden. Stelling 1; Integrale dienstverlening is de enige sleutel tot succes van de facilitaire organisatie. De tweede stelling gaat over het *gedrag*, de *attitude* van de facilitaire dienstverleners. Stelling 2; Expliciete aandacht voor de gedragscomponent, randvoorwaarde voor een succesvol facilitair bedrijf nu en in de toekomst. De derde stelling gaat over de *klant-/leverancierverhouding*. Stelling 3; Vervallen 'gedwongen' winkelnering blijft een risicofactor voor het facilitair bedrijf ondanks dat deze goed scoort op het gebied van klanttevredenheid.

Daarnaast leeft binnen de eigen ziekenhuisorganisatie bij enkele managementfuncties het idee dat een Shared Service Center een oplossing zou kunnen bieden voor een aantal problemen, de kwaliteit van de dienstverlening zal kunnen verhogen, kosten zou kunnen reduceren en een meerwaarde zou kunnen geven aan de medewerkers die nu in afzonderlijke afdelingen werken op het gebied van werkvreugde en ontplooiingskansen.

De klant, de patiënt, de bezoeker varen er wel bij, niet meer tig loketten met een trits van doorverwijzingen maar contacten die de vraag direct kunnen afhandelen.

In het verlengde van bovengenoemde invalshoeken is de nieuwsgierigheid aangewakkerd voor wat de betekenis kan zijn van dit nieuwe organisatieconcept dat de laatste jaren in opkomst is, te weten Shared Service Centers, en, meer specifiek, wat deze ontwikkeling kan inhouden voor de gezondheidszorg.



De gedachte is dat Shared Service Centers 'iets' betekenen voor de manier van organiseren, het gedrag c.q. de attitude van de (facilitaire) dienstverleners en de klant-/leverancierrelatie. Daarnaast wordt ook het criterium 'nieuwswaarde' ingevuld.

Het onderwerp moet, aldus de studiegids, nieuwswaarde bevatten voor het vakgebied en voor de doelgroep. Hierbij is door mij de in de studiegids genoemde doelgroep (facility managers, ondernemers, directies, adviseurs) verbreed; behalve facility managers is nadrukkelijk ook management in de gezondheidszorg als doelgroep gedefinieerd.

Iets nieuws spreekt meer aan dan onderwerpen die al vele malen zijn onderzocht, vandaar de keuze naar Shared Service Centers (SCC), een onderwerp waar nog niet zoveel over geschreven is en dat in de gezondheidszorg een naar het lijkt onbekend fenomeen is.

De bezuinigingen in de gezondheidszorg betekenen mijns inziens dat gezocht moet worden naar nieuwe wegen en Shared Service Centers zouden een nieuwe weg kunnen zijn. De vraagstelling wordt hierna verder uitgewerkt.



## 1.2. PROBLEEMSTELLING / DOELSTELLING

De toelichting op de probleemstelling en doelstelling van het onderzoek is beschreven aan de hand van het formuleren van het managementdilemma, vervolgens het vaststellen van de managementvraag welke weer heeft geleid tot de onderzoeksvraag en tot slot de antwoorden die ons verder moeten helpen een managementbesluit, in welke vorm dan ook, te nemen.

Alhoewel het wellicht lijkt alsof de hieronder beschreven route een snelweg is van punt 'A' naar punt 'B' of zelfs 'Z' is het een 'backpackers-tocht' geweest met zeer veel rotonden die herformulering van de vraagstelling afdwongen. Het afbakenen van het onderzoek, het 'trechteren' naar de centrale vraagstelling en doel van het onderzoek is misschien wel het meest tijdverslindende onderdeel van het onderzoek geweest, maar ook het meest waardevolle.

### **Managementdilemma**

De financiële situatie van ziekenhuizen staat met de economische recessie (opnieuw) onder grote druk.

Bezuinigingen door wederom de kaasschaafmethode toe te passen zullen naar verwachting onvoldoende soulaas bieden om te komen tot structurele kostenreductie. Anderzijds worden steeds hogere eisen gesteld aan de dienstverlening van ziekenhuizen en neemt de invloed van de patiënt, terecht, toe. De wijze waarop en de mate waarin de ziekenhuizen zich moeten verantwoorden neemt toe aan intensiteit. Dit alles leidt er toe dat door het management van ziekenhuizen naar nieuwe wegen gezocht moet worden om antwoorden te vinden op deze veranderende omstandigheden waarbij tegelijkertijd kosten gereduceerd moeten worden en de kwaliteit van de dienstverlening verhoogd moet worden.

Een nieuw organisatieconcept dat de laatste jaren in opkomst is zijn Shared Service Centers. Alhoewel er nog niet zoveel bekend is over dit nieuwe fenomeen lijkt het alsof deze ontwikkeling zowel een kostenbesparing kan betekenen als een verbetering van de kwaliteit.

Dit lijkt te mooi om waar te zijn en de nieuwsgierigheid is hierdoor dan ook geprikkeld. Wanneer SSC buiten de gezondheidszorg positieve effecten blijken te hebben op de kwaliteit en de kosten terugbrengen dan kan het niet anders dan dat dit ook voor ziekenhuizen, in meer of mindere mate, zou moeten gelden. Onderzoek hiernaar is dan ook bijna vanzelfsprekend gelet op de moeilijke omstandigheden waarin ziekenhuizen moeten opereren, getuige krimpande budgetten en steeds meer en oudere patiënten.

De vraag die ook binnen ziekenhuizen gesteld zou moeten worden is of deze organisatieontwikkeling, of dit nieuwe fenomeen, Shared Service Centers, relevantie heeft voor ziekenhuizen. Ziekenhuizen moeten de vraag of Shared Service Centers iets voor hen kunnen betekenen kunnen beantwoorden.

Dit onderzoek heeft als doel een bijdrage te leveren aan de kenniscreatie op het gebied van facilitair management waarbij, zoals al eerder genoemd, de doelgroep ziekenhuismanagement is inbegrepen.



## Managementvraag

De managementvraag wordt hierboven grofweg zo beschreven dat de ziekenhuizen het moeilijk hebben en dat het niet meer lijkt te lukken op de gebruikelijke wijzen de (financiële) touwtjes aan elkaar te knopen. En dat daarnaast de kwaliteit van de dienstverlening verbeterd moet worden. En dat er nieuwe wegen gezocht moeten worden om deze problematiek op te lossen.

Hier zal deze vraag nader geconcretiseerd moeten worden om een en ander hanteerbaar, onderzoekbaar te maken.

Als we de vraag concreter proberen te maken kan de doelstelling van het onderzoek als volgt worden omschreven:

“Inzicht geven in de (on)mogelijkheden van Shared Service Centers in ziekenhuizen door het verzamelen van informatie over het begrip Shared Service Centers. Deze informatie behelst literatuuronderzoek en het toetsen van het idee om SSC toe te gaan passen in ziekenhuizen bij de verschillende beroepsgroepen die daar werkzaam zijn.”

De vragen die beantwoord zouden moeten kunnen worden zijn:

- *Is een Shared Service Center een kostenreducerend en kwaliteitsverhogend concept voor ziekenhuizen?(en in het verlengde daarvan)*
- *Is een Shared Service Center een voordehandliggende strategie voor ziekenhuizen om de toekomstige ontwikkelingen van krimpende budgetten en stijgende vraag naar kwalitatief betere dienstverlening aan te kunnen?*

Het onderzoek heeft niet de pretentie om antwoorden te geven die op een meetlat kunnen worden gelegd waarbij exact kan worden aangeven wanneer wel en wanneer niet met SSC gestart kan worden. Het wordt dus geen routemap voor implementatie van Shared Service Centers.

Veel meer is het onderzoek bedoeld om inzicht te verschaffen in de visie van facilitair managers en de andere beroepsgroepen in de ziekenhuizen op Shared Service Centers. Dit ook om de discussie aan te wakkeren over hoe er bezuinigd, efficiënter gewerkt moet worden. Welke keuzen er gemaakt kunnen, of waarschijnlijk gemaakt moeten worden. Daarbij lijkt een toespitsing naar andere, nieuwe manieren van organiseren onontkoombaar.

Dit onderzoek richt zich op het bepalen van de toegevoegde waarde van Shared Service Centers in ziekenhuizen als kostenreducerend en kwaliteitsverhogend concept. Nagegaan wordt in hoeverre SSC een meerwaarde hebben bij het organiseren van de werkprocessen in (en tussen) de diverse bij de zorg betrokken organisaties.

## Onderzoeksvraag

Om de hierboven genoemde centrale vraagstelling te kunnen beantwoorden zijn de volgende onderzoeksvragen geformuleerd. Daarbij zijn een aantal onderzoeksgebieden te onderscheiden. Dit wordt verder uitgewerkt in de paragraaf ‘onderzoekplan’. Het eerste deel van de vraagstelling gaat over de algemene karakteristieken



van de deelnemers aan het onderzoek, zodat iets gezegd kan worden over hoe er door de verschillende beroepsgroepen gedacht wordt over de thema's die hierna worden toegelicht. Hier worden de belangrijkste thema's genoemd.

- Het eerste thema dat aan de orde komt naast de algemene karakteristieken van de respondenten is het onderwerp 'bezuinigen'. Immers zoals hiervoor genoemd, is minder geld een aanleiding van dit onderzoek. Bezuinigen wordt hier breed opgevat; efficiënter, effectiever werken hoort onder de noemer bezuinigen. De vraag is hoe er op dit moment in de ziekenhuizen wordt bezuinigd en hoe dat in de toekomst zou moeten gebeuren.
- Het tweede thema is gericht op de huidige organisatie van de ziekenhuizen; hoe deze in beweging is en hoe er gedacht wordt over de geleverde prestaties.
- Het derde thema gaat over de nieuwe wegen die ingeslagen zouden moeten worden, althans hoe de mening daarover luidt van de werkers in de ziekenhuizen en specifiek hoe men denkt over Shared Service Centers in ziekenhuizen.

### **Antwoorden en managementbesluit**

Als het onderzoek is afgerond, zullen er antwoorden op bovengenoemde vragen geformuleerd moeten kunnen worden op basis waarvan een managementbesluit genomen kan worden hoe verder te gaan met bovenstaande problematiek. Zoals al eerder opgemerkt, is de verwachting niet dat er een meetlat tevoorschijn komt die aangeeft hoe te handelen bij de implementatie van Shared Service Centers. Maar wat zou dan wel een resultaat kunnen zijn? Daar moet vooraf toch een beeld van te schetsen zijn.

Hieronder is een opsomming gemaakt van mogelijke antwoorden en bijbehorende vragen.

- Hoe er gedacht wordt over de huidige en toekomstige manieren van bezuinigen.
- Hoe er aangekeken wordt tegen (de prestaties van) de huidige organisatie in relatie tot de randvoorwaarden en veranderingsbereidheid om nieuwe wegen in te slaan.
- Hoe er aangekeken wordt tegen (de introductie van ) Shared Service Centers in ziekenhuizen. Als daarmee wordt gestart, met welke randvoorwaarden moet dan rekening worden gehouden en hoe staat het daarmee?
- Als voor (deel)gebieden Shared Service Centers potentieel aantrekkelijk lijken voor zowel kostenreductie als voor kwaliteitsverhoging, hoe wordt dat dan ingeschat door degenen die in de ziekenhuizen werken?
- Of er verschillen zijn in opvattingen bij de onderscheiden beroepsgroepen en, als de haalbaarheid van SSC door de verschillende beroepsgroepen verschillend ingeschat wordt kan dat behulpzaam zijn bij het verder nadenken over de implementatie van Shared Service Centers.  
Per beroepsgroep kan inzicht gegeven worden in de weerstanden (blokkaden) en wat er gedaan moet worden om de weerstand te reduceren.



### 1.3. ONDERZOEKSPLAN

In deze paragraaf wordt het onderzoek kort beschreven en daarbij wordt het veel besproken trechtermodel als beeld gebruikt.

In een trechter glijden de spullen die we er in stoppen eigenlijk altijd van boven naar beneden. En een trechter is meestal aan de bovenkant breder en eindigt in een nauwere opening, een tuitje. Daaruit komt het product dat gebruikt wordt voor de verdere verwerking. Bezig zijn met een verkennend onderzoek zoals dit geeft totaal andere beelden van een trechter.

Hieronder worden de stappen in het onderzoek kort toegelicht. De stappen zijn genummerd, hoewel de volgorde van stappen regelmatig in beweging zijn geweest.

1. Formuleren en herformuleren van de vraagstelling van het onderzoek.  
Vanuit de ideevorming in het Basistraject en de eerste modules van het Mastertraject is de vraagstelling geboren in combinatie met de eisen die gesteld worden aan het onderwerp. Dit heeft erin geresulteerd dat als onderzoeksterrein een nieuwe ontwikkeling is gekozen en dat deze in relatie is gebracht met de gezondheidszorg waar deze een volstrekte noviteit lijkt. Dit heeft geleid tot de vraagstelling die hiervoor beschreven is waarbij gebruik is gemaakt van diverse informatiebronnen uit de literatuur en uit de praktijk.  
Dit kwam samen in de trechter en heeft het onderzoek steeds meer afgebakend en aangescherpt. Dit is een continu proces gebleken.
2. Door middel van literatuuronderzoek naar Shared Service Centers wordt op een rijtje gezet wat hieronder wordt verstaan, wat het belang van deze manier van organiseren is of kan zijn, wat voor randvoorwaarden er te noemen zijn als daarmee gestart wordt, waarvoor een SSC een oplossing kan bieden en welke ervaringen inmiddels zijn opgedaan.  
Daarnaast is ook aandacht besteed aan de ontwikkelingen in de gezondheidszorg, meer specifiek ziekenhuizen.
3. Toen de doelstelling en de vraagstelling van het onderzoek waren bepaald, is verder invulling gegeven aan de wijze waarop de informatie moet worden verzameld. In eerste instantie is gedacht aan interviews met facilitair managers in ziekenhuizen, maar die gedachte is verlaten vanwege het feit dat de meerwaarde van een bredere gegevensverzameling met niet alleen de facilitaire beroepsgroep maar juist met meerdere werkers in de ziekenhuizen wel zeer aantrekkelijk lijkt te zijn. Immers, de toetsing van de beoogde veranderingen is van belang voor de gehele ziekenhuisgemeenschap en niet uitsluitend facilitair.  
Daarom is gekozen voor het onderzoeksinstrument van een schriftelijke enquête. Nadat de enquête is opgesteld en er diverse versies zijn gemaakt en bijgesteld, is er een proefenquête gehouden onder een beperkt aantal deelnemers. Op basis van de reacties is de enquête bij- en vastgesteld voor verspreiding onder een tiental ziekenhuizen.  
Een onderzoek binnen één organisatie, de eigen, is uiteraard van belang voor de betreffende organisatie maar geeft verder niet veel handvatten voor een 'uitrol' bij andere organisaties. Het fenomeen SSC is onbekend in de gezondheidszorg maar kan mijns inziens wel veel betekenen in deze branche. Het toetsen van deze gedachte is het doel van het externe onderzoek.





Hierbij kan een onderscheid gemaakt worden door verschillende belanghebbenden of potentiële belanghebbenden te vragen naar hun mening over dit nieuwe organisatiefenomeen.

Hierbij wordt gedacht aan de volgende beroepsgroepen:

- facilitair managers,
- managers patiëntenzorg,
- medische staf,
- Raad van Bestuur,
- controllers / financiële managers,
- P & O.

Er zijn een twaalfstal ziekenhuizen (dertiental inclusief eigen ziekenhuis) benaderd en binnen de betreffende organisatie zijn genoemde partijen geënquêteerd.

Er is gewerkt met eenvoudige ja/nee vragen en bij de vragen waar het gaat om de mate waarin iets voorkomt, bekend is, verwacht wordt, is gebruik gemaakt van een 5-puntschaal. De enquête is verdeeld in een viertal delen (algemene informatie, bezuinigen, de huidige organisatie en nieuwe wegen) en zijn gesloten van aard; wel kan bij sommige vragen een aanvulling gegeven worden en kan indien nodig een toelichting worden toegevoegd.

De lengte van de enquête is nadrukkelijk gespreksonderwerp geweest met het oog op de gewenste respons. De enquête moet binnen een redelijke tijd kunnen worden ingevuld, waarbij als redelijk maximaal 20 minuten wordt beschouwd. Het benaderen van de betrokkenen gaat via een netwerk van één van de genoemde beroepsgroepen. Daarbij is de betreffende persoon gevraagd andere beroepsgroepen te motiveren de enquête ook in te vullen. De enquête is toegevoegd als bijlage 2.

De resultaten komen verderop in de notitie aan de orde.

4. Het verzamelen van de data, de enquêtegegevens ten behoeve van nadere analyse en interpretatie, is de volgende stap in het onderzoek. De gedachte daarbij is de resultaten van alle reacties te tonen maar ook de verschillen per beroepsgroep. Daarnaast zal worden gekeken naar mogelijke dwarsverbanden. Dit alles moet leiden tot de feitelijke conclusies. In de studie is onderscheid gemaakt tussen de steriele conclusies en de normatieve conclusies. Bij het steriele deel worden de conclusies afgeleid uit het onderzoeksmateriaal. Bij het normatieve deel wordt de eigen interpretatie, de reikwijdte van de resultaten in breder perspectief gezet.
5. Tot slot zal iets gezegd worden over het onderzoek in evaluatieve zin: heeft het onderzoek gebracht waarover vooraf is gefantaseerd? Wat gaat er gebeuren met de resultaten van het onderzoek en door wie? Heeft het een bijdrage geleverd aan de kenniscreatie waarover in het begin is gesproken?



#### 1.4. OPBOUW VAN DE NOTITIE

De opbouw van deze notitie is als volgt.

Na *Hoofdstuk 1 Inleiding*, waarin is ingegaan op de aanleiding van het onderzoek, de probleemstelling en het onderzoeksplan worden in *Hoofdstuk 2 Het ziekenhuis in verandering* de ontwikkelingen in de ziekenhuizen beschreven die de externe druk veroorzaken die dwingt tot nadenken over te nemen maatregelen.

In *Hoofdstuk 3 Shared Service Centers* wordt vanuit de literatuur aandacht besteed aan dit relatief nieuwe begrip.

Vervolgens komen in *Hoofdstuk 4 Onderzoek Shared Service Centers in ziekenhuizen* de uitkomsten van het onderzoek dat door middel van een enquête is gehouden onder een twaalfstal ziekenhuizen aan bod.

Mede op basis van de resultaten uit hoofdstuk 4 wordt in *Hoofdstuk 5 Kansen Shared Service Centers ziekenhuizen* ingegaan op de (on)mogelijkheden van deze manier van werken in ziekenhuizen.



## **2. HET ZIEKENHUIS IN VERANDERING**

### **2.1. INLEIDING**

Het voert te ver om alle trends, noodzakelijke geachte veranderingen vanuit de overheid, de branche zelf en niet te vergeten de consument, al of niet vertegenwoordigd door verzekeraars of patiëntenorganisaties in de gezondheidszorg, hier te beschrijven. Daarom is er een keuze gemaakt voor drie invalshoeken.

In eerste instantie wordt ingegaan op de zienswijze van de minister van Volksgezondheid bij de behandeling van de begroting 2004 (1). Als er al nieuwe wegen ingeslagen moeten worden dan is deze minister daar een groot voorstander van gelet op hetgeen door hem verwoord is bij de toelichting op de begroting 2004. Een veel gehoord credo is dat er veel woorden nodig zijn om veranderingen te realiseren.

Een stap om het niet bij woorden te laten is het programma Sneller Beter (2). Dit programma is eind 2003 gestart om een verbetering van transparantie, doelmatigheid en kwaliteit in de curatieve zorg te stimuleren.

Ten slotte wordt nog kort ingegaan op de gevolgen van de ontwikkelingen op het gebied van de ICT welke in het kader van het onderwerp, en nu loop ik een beetje vooruit op het onderzoek, onlosmakelijk verbonden zijn met de introductie van Shared Service Centers.



## 2.2. TOELICHTING BEGROTING 2004 MINISTER VOLKSGEZONDHEID

Bij de behandeling van de begroting 2004 in de Tweede Kamer wordt door de minister zelf aangehaald dat zijn vorige baan die van minister van financiën was, dat dit hem het imago zal brengen van boekhouder en dat hij niet snel van dat imago af zal komen. De minister geeft aan dat er in de gezondheidszorg veel mensen zijn die heel hard werken, die met liefde over hun werk spreken, voor wie begrippen als kwaliteit en innovatie levende begrippen zijn. Dat hij best trots op de Nederlandse gezondheidszorg is. We kunnen ons nog steeds meten met de beste in de wereld. Zelfs het probleem van de wachtlijsten, dat enkele jaren geleden hardnekkig leek te zijn, wordt op veel gebieden aardig opgelost.

Toch is er alle reden om een nieuwe weg in te slaan. Niet alleen omdat ik zuinig ben op het geld, maar ook omdat ik zuinig ben op de zorg, aldus de minister van Volksgezondheid, de heer Hans Hoogervorst. Vervolgens worden onderstaande thema's opgesomd (1).

- **Acuut financieel probleem**  
Om te beginnen is er in 2004 een acuut financieel probleem. Er is de afgelopen jaren heel veel extra geld naar de zorg gegaan. In de jaren 2001 en 2002 namen de totale uitgaven voor de gezondheidszorg met 14 procent toe, terwijl de economie maar met 1,5 procent steeg. Er waren voor die extra inspanning goede redenen, want de situatie rond de wachtlijsten was maatschappelijk niet meer aanvaardbaar. Maar aan een dergelijk extra inspanning komt wel een eind. De mogelijkheden voor extra geld zijn beperkt, en kennen ook voor de burger grenzen. Dat kan niet in dit tempo doorgaan.
- **Vergrijzing**  
In vergelijking met de ons omringende landen staat Nederland nog maar aan het begin van de grote vergrijzingsgolf. Als we mogen afgaan op de demografische prognoses van het CBS zal in 2010 ons land al 1,1 miljoen mensen tellen die ouder zijn dan 75 jaar. Het aantal 65 plussers zal de komende 40 jaar verdubbelen. Nu staan achter elke gepensioneerde nog bijna vijf mensen in de arbeidzame leeftijd, maar in 2040 is die verhouding één op twee. Het is natuurlijk mooi dat zo veel mensen een hoge leeftijd bereiken. Maar het stelt ons land wel voor een grote financiële en maatschappelijke opgave. Veel ouderen betekent een groot beroep op de gezondheidszorg, zowel financieel als in menskracht. Nu is 13 procent van de beroepsbevolking in deze sector werkzaam, maar als er niks verandert loopt de personeelsbehoefte op tot 22 procent in 2025. Dat is niet alleen een financieel probleem, maar ook een arbeidsmarktprobleem: het zal vrijwel onmogelijk zijn zo veel mensen te vinden die in de gezondheidszorg willen en kunnen werken.



- **Toekomstbestendig**  
Onze gezondheidszorg is dus goed, maar niet zo erg toekomstbestendig. Heldere keuzes zijn nodig om het stelsel van gezondheidszorg toekomstbestendig te maken. In de begroting die hier vandaag aan de orde is worden die keuzes gemaakt. De keuze voor een prestatiegericht stelsel waarin de verantwoordelijkheid meer op het niveau komt te liggen waar het werk wordt gedaan: bij de patiënt, bij de arts, bij de instelling, bij de verzekeraar. Daar zijn we al mee begonnen, maar we willen de komende tijd wel grotere stappen maken, om de dynamiek van verandering een extra impuls te geven en om de geregleerde marktwerking van de grond te krijgen.
- **Transparantie**  
Een basisvoorwaarde daarvoor is transparantie. Een cultuur van openheid en toetsbaarheid, van inzicht geven in je eigen prestaties en van de wil om te leren van anderen.
- **Sneller Beter**  
Het programma Sneller Beter met als doel het creëren van meer transparantie door middel van benchmarking. Een programma van vergelijkingen tussen instellingen waarbij zowel gekeken wordt naar bedrijfsmatige en financiële aspecten als naar de inhoud van de zorg.
- **DBC**  
Bij die transparantie hoort ook het 'afrekenen op prestaties'. Inzicht in wat de instelling, de huisarts, de specialist precies produceert en wat dat moet kosten. Voor de ziekenhuizen is de Diagnose-Behandel-Combinatie de sleutel.
- **Toezicht**  
Het laatste onderdeel van een transparant stelsel is goed toezicht. Om zorg te dragen voor de ontwikkeling van de markten in de zorg komt er een Zorgautoriteit. Per 1 januari 2004 beginnen we met een 'Zorgautoriteit in oprichting', die in 2006, bij de invoering van het nieuwe stelsel van zorgverzekeringen, zijn wettelijke basis moet krijgen. Transparantie, openheid en afrekenen op prestaties zijn cruciale voorwaarden voor het nieuwe stelsel. Daarnaast is een heldere rolverdeling tussen de verschillende partijen een belangrijke voorwaarde voor geregleerde marktwerking.
- **Patiënt**  
Van de patiënt vragen we om zuiniger om te gaan met de gezondheidszorg in het algemeen en met zijn eigen gezondheid in het bijzonder. Met de gezondheidszorg in het algemeen door een beter besef van de waarde ervan. Een eigen risico doet de patiënt beseffen dat dat niet zo is en maakt hem zuiniger op de zorg. Daarnaast kan hij met de eigen gezondheid zuiniger omgaan door bewuster gezond te leven. En tenslotte neemt de patiënt zijn verantwoordelijkheid door zijn invloed op de zorgverzekeraar. Jaarlijks mag hij van zorgverzekeraar veranderen, waarmee hij de verzekeraar tot kwaliteit dwingt.



- **Eigen verantwoordelijkheid zorgaanbieders**  
Maar ook bij zorgaanbieders gaan we een groter beroep doen op de eigen verantwoordelijkheid. Zij moeten het als hun taak zien om zo efficiënt mogelijk te werken, de kwaliteit zo hoog mogelijk te houden en voortdurend na te denken over de vraag hoe het beter kan. Want er is veel dat artsen, verpleegkundigen, ziekenhuismanagers of apothekers kunnen bedenken om het werk beter of doelmatiger te maken, maar dat gebeurt te weinig. En als ze het bedacht hebben, duurt het vervolgens te lang voordat die vernieuwende initiatieven gemeengoed worden in alle zorginstellingen in Nederland en dus ten goede komen aan iedere patiënt.
- **Concurrentie is het sleutelwoord.**  
En dus moet er ook ruimte zijn voor nieuwe toetreders. We moeten het stelsel openstellen voor commerciële partijen. In Duitsland laat de commerciële ziekenhuisketen Röhn-Klinikum AG zien dat commerciële ziekenhuizen tot dynamiek en innovatie in de gezondheidszorg kunnen leiden. Ik kan bijna niet wachten totdat die ook in Nederland hun intrede doen.
- **De derde partner in het veld: de verzekeraar.**  
Op hun schouders rust straks de verantwoordelijkheid voor een doelmatige inkoop van goede zorg; kwantitatief en kwalitatief. Zij onderhandelen met aanbieders over prijs en kwaliteit en maken afspraken over verbetering. Een zorgaanbieder die zich onvoldoende bekommert om de kwaliteit van zijn product, zal de gevolgen ervaren. De zorgverzekeraar zal er dan minder voor willen betalen of verbreekt zelfs het contract. De verzekeraar moet wel, want ook hij staat bloot aan concurrentie: hij moet strijden om de gunst van de verzekerde. Door inkoop van doelmatige en niet te dure zorg, kan hij concurreren op de hoogte van de nominale premie. En door zich te verbinden aan de beste aanbieders van zorg, kan hij concurreren op kwaliteit.

Het is duidelijk dat we nog wel enige tijd te gaan hebben voordat dit systeem aan alle kanten werkt. Maar we zijn aan de slag. Al naar gelang de randvoorwaarden beter worden ingevuld, kan de marktwerking beter van de grond komen. En alleen zo kunnen we de toekomst met vertrouwen tegemoet zien.



### 2.3. PROGRAMMA SNELLER BETER

In de voorgaande paragraaf is het programma Sneller Beter al genoemd; hier wordt het nader beschreven (2).

- **Verbetering van transparantie, doelmatigheid en kwaliteit**

Het programma Sneller Beter is 20 november 2003 gestart om een verbetering van transparantie, doelmatigheid en kwaliteit in de curatieve zorg te stimuleren. Het moet sneller om de zorg op tijd beschikbaar te krijgen, zodat wachten op de zorg binnen aanvaardbare proporties blijft. Meer zorg en meer geld maken de zorg niet automatisch sneller beschikbaar. Beter gaat in de eerste plaats om betere zorg voor de patiënt. Het slimmer organiseren van de zorg, soms door nieuwe logistieke afspraken of door het herontwerpen van zorgprocessen, levert meestal al meer doelmatigheid en kwaliteit op. Wanneer bij deze veranderingen tevens de klant centraal blijft staan, zullen er ook meer tevreden patiënten zijn. Naast deze slimmere organisatie van de zorg blijven natuurlijk de medische en verpleegkundige innovaties van grote invloed op het sneller beter maken van patiënten.

- **Sneller Beter begint met ziekenhuiszorg en eerstelijnszorg**

Het programma Sneller Beter ondersteunt de partijen in het veld om de prestatieverbetering in de zorg tot stand te brengen. Sneller Beter begint met de ziekenhuiszorg en de eerstelijnszorg, waar nog veel winst te behalen is. Sneller Beter is niet alleen gericht op aanbieders van zorg. Het is belangrijk dat zoveel mogelijk partijen profiteren van de activiteiten die onder de vlag van Sneller Beter worden uitgevoerd. De verzekeraars zullen bijvoorbeeld door Sneller Beter gemakkelijker kunnen zien wie zich wel en wie zich niet aansluit bij goede voorbeelden uit de praktijk.

- **Sneller Beter begint met drie kernactiviteiten**

Het programma Sneller Beter omvat voorsnog drie kernactiviteiten:

1. Benchmark ziekenhuizen en eerste lijnsgezondheidszorg.
2. Indicatoren voor een veilige en betere zorg.
3. Het programma Kwaliteit, Innovatie, Doelmatigheid.

De benchmarks binnen de ziekenhuizen en de eerste lijnszorg geven vooral zicht op de onderlinge verschillen tussen en de verbeterpositie van de individuele zorgaanbieders. Het indicatorenproject is gericht op de ontwikkeling van een efficiënte en doelgerichte methode van toezicht. Het programma kwaliteit, innovatie en doelmatigheid wil in korte tijd aanzienlijke resultaten boeken. De sector zal ondersteund worden om goede voorbeelden versneld te gaan implementeren. Daarbij zijn drie prioriteitsgebieden bepaald: patiëntveiligheid, patiëntenlogistiek en zeggenschap.



- **Actieprogramma kwaliteit, innovatie en doelmatigheid**

De staatssecretaris van VWS heeft in december 2002 een brief over kwaliteit naar de kamer gestuurd, waarin zij zeven actiepunten per sector formuleert. Het Landelijk Actieprogramma Kwaliteit, Innovatie en Doelmatigheid is in feite niets anders dan de uitvoering van deze zeven actiepunten, met een voorgesteld versnellingsprogramma op het onderdeel innovatie. In relatief korte termijn moeten aanzienlijke resultaten op het gebied van kwaliteit kunnen worden behaald. Daarom is het noodzakelijk prioriteiten te stellen in de strategie.

Centrale vragen hierbij zijn: waar heeft de patiënt het meest last van, waar kan de zorg aanzienlijk worden verbeterd en hoe kunnen tegelijkertijd kosten worden bespaard? Prioriteitsgebieden zijn, naast patiëntveiligheid, patiëntenlogistiek en zeggenschap.

Voor wat betreft patiëntenlogistiek gaat het om de wijze waarop en de snelheid waarmee patiënten het behandelproces doorlopen. De winst die hier te behalen valt, zit vooral in een betere voorbereiding en de afstemming tussen de verschillende schakels in de keten. Maar het gaat bijvoorbeeld ook om het omgaan met afgezegde operaties.

Zeggenschap gaat om het vergroten van de invloed die patiënten hebben in de onderhandeling met aanbieders, maar ook met verzekeraars. Indien instellingen zelf andere speerpunten van innovaties hebben gekozen en daarvan jaarlijks aantoonbare resultaten kunnen laten zien, is dat uiteraard uitstekend.

Er is een groot verschil tussen wat mogelijk is ("best practice") en de dagelijkse praktijk. Om best practices breed te kunnen verspreiden in de zorg is een strategie nodig gebaseerd op verandermanagement waarbij leiderschap bij alle partijen getoond wordt. De sector zal gefaciliteerd worden om versnelde implementatie van best practices op de drie prioriteitsgebieden te kunnen bewerkstelligen door middel van ondersteunende programma's, zoals de doorbraakprogramma's. Deze programma's hebben hun succes nationaal en internationaal inmiddels ruimschoots bewezen.

Het plan is vanaf 2004 aan acht ziekenhuizen de kans te bieden mee te doen aan deze verbeterprogramma's. Deze acht worden gefaseerd uitgebreid naar een twintigtal ziekenhuizen. Daarna zal dit als een olievlek zijn uitwerking hebben over de rest van Nederland.

- **Vraagsturing**

Keuzes kunnen maken in de zorg. Dat is waar het om draait bij vraagsturing. De consument - hetzij als verzekerde, hetzij als patiënt - moet kunnen vergelijken en kunnen kiezen.

Deze kabinetsperiode zal gereguleerde marktwerking worden ingevoerd voor zowel de zorgaanbieders als de zorgverzekeraars. Bestaande zekerheden, zoals de vaste budgettering en de zekerheid een contract te krijgen, komen deels te vervallen. In ruil daarvoor krijgen zowel de aanbieders als de verzekeraars meer ruimte om hun diensten aan de zorgvraag van de patiënt aan te passen.





- **Kwaliteit**

Bij kwaliteitsbeleid staan de patiënt en diens gezondheid centraal. Het kwaliteitsbeleid zal in een vraaggestuurd zorgstelsel sterk aan belang winnen. Het kwaliteitsbeleid gaat uit van de volgende hoofdlijnen.

De overheid vraagt dat de partijen in de zorg hun wettelijke vastgelegde verantwoordelijkheden waarmaken en dat zij gebruik maken van de mogelijkheden die ze nu al hebben. Er komt meer ruimte voor het veld om kwaliteit, veiligheid en doelmatigheid in de zorg te verbeteren. Deze ruimte wordt geboden door deregulering, vermindering van administratieve lasten en aanpassing van financieringsarrangementen. Het behoort tot de professionaliteit van zorgaanbieders om zich publiekelijk te verantwoorden over de kwaliteit en de doelmatigheid van de zorg.

ICT is een belangrijk hulpmiddel bij de invoering van kwaliteitssystemen. Zorgverzekeraars zullen nadrukkelijker dan nu verantwoording moeten afleggen over de aandacht die zij aan kwaliteit schenken bij de inkoop van zorg. De eerste stap daartoe is vorig jaar al gezet door de gedragsregels die CVZ heeft gemaakt voor tijdige zorglevering.

- **Benchmarking**

Benchmarking is in de eerste plaats een manier voor zorginstellingen om zichzelf te vergelijken met andere instellingen. Door een vergelijking met andere instellingen blijkt waarin je goed bent en waar je minder goed in bent. Voor gereguleerde marktwerking is benchmarking voor zorginstellingen dus heel belangrijk. Door leerinformatie die voortkomt uit benchmarking weet je als zorginstelling op welke punten je een concurrentievoordeel hebt, of waar je je uit de markt prijst.

Door de informatie die blijkt uit een benchmarking wordt de zorgmarkt transparanter. Deze transparantie geldt in de eerste plaats voor de instellingen zelf, maar daarnaast ook voor partners van deze instellingen. Voor patiënten/verzekerden die willen vergelijken en kiezen. Maar ook voor toezichthouders op de markt, zoals de NMa of de Zorgautoriteit (in oprichting). In 2004 worden twee benchmarkprojecten (bedrijfsvergelijkingen) gestart, te weten één in de huisartsenzorg en één in de ziekenhuiszorg.

Beide projecten zijn experimenteel van karakter, gezamenlijk met de sector qua aanpak, en hebben ten doel een toepasbaar benchmarkinstrument voor de beide sectoren te ontwikkelen. De benchmarkprojecten zullen een beperkte set prestatie-indicatoren per sector opleveren. De uitkomsten van deze benchmarks zullen inzicht bieden in kwaliteit en doelmatigheid van zorgverlening. Op basis van deze uitkomsten kunnen de prestaties in de huisartsenzorg en ziekenhuiszorg veel beter gemeten en vergeleken worden.

- **Externe druk**

Een eerste voorwaarde is dat er wat druk op het zorgsysteem is. Dit levert noodzaak tot verandering op. Want de ervaring leert dat men in de zorg niet zo maar een best practice van elkaar overneemt. En als dat toch gebeurt moet het altijd net iets beter en anders zijn. Het meest effectief is om dit herontdekkingproces te ondersteunen door met het resultaat al voor ogen snel een passend wiel uit te vinden.



*Wanneer is Sneller Beter volgens de minister van VWS geslaagd?*

Als het heeft geleid tot een revanche van het imago van de zorgsector en ook aantoont hoeveel kwaliteit en professionaliteit er in zit.

Er is nu nog een enorm doelmatigheids- en kwaliteitsverlies in de zorg door overbodige stappen, door verschillende wijze van werken, door onzorgvuldige informatieoverdracht. Sneller Beter is geslaagd als er een doelmatigheids- en daarmee kwaliteitsslag plaats vindt van 30%. Deze twee factoren en hun samenhang beschreef de minister reeds in zijn brief aan de kamer. En kwaliteit en doelmatigheid gaan hand in hand dus ik denk dat dit geen irreëel streven is.



## 2.4. GEVOLGEN INFORMATIE EN COMMUNICATIETECHNOLOGIE

De toepassing van ICT in de zorg heeft al een grote vlucht genomen, maar de versnelling op dit gebied zal waarschijnlijk één van de belangrijkste impulsen tot verandering blijken te zijn in de nabije toekomst. ICT kan een essentiële rol spelen bij zorgketens, de zorgorganisatie en de logistiek van de zorg.

In dit verband wordt niet zozeer ingegaan op de mogelijkheden van een elektronisch patiëntendossier en de zorginhoudelijke gevolgen van de toepassing van ICT. Het spreekt voor zich dat het beschikbaar hebben van de patiëntengegevens inhoudelijke zorgwinst oplevert zowel in het ziekenhuis als in de zorgketen, als ook over de muren van de intramurale zorg heen gekeken wordt en dit technisch ook gerealiseerd is.

In het licht van de opkomst van Shared Service Centers wordt vooral gewezen op de organisatorische gevolgen van ICT.

Het Bouwcollege schrijft in een signaleringsrapport (3) onder meer dat ICT in de zorg de mogelijkheid geeft om tot andere werkwijzen te komen doordat men minder afhankelijk is van de werkplek en daardoor efficiënter kan werken. Het werken op flexplekken zou kunnen leiden tot minder behoefte aan ruimte.

ICT kan verder leiden tot meer deconcentratie in het medisch specialistisch werken, omdat afstand door ICT minder een rol speelt. Logistieke processen in de instelling zouden mede door ICT beter vormgegeven kunnen worden. De schotten in de gezondheidszorg (tussen sectoren, tussen eerste en tweede lijn, tussen huis en instelling) zouden met behulp van ICT gemakkelijker geslecht kunnen worden. De samenwerking en zorgverlening kunnen, doordat men niet meer gebonden is aan fysieke afstanden, verbeteren. ICT kan hierdoor een impuls geven aan de zorgvernieuwing, extramurale en transmurale zorgverlening.

Ook zou ICT in de zorg kunnen leiden tot arbeidsbesparing. Dit zou kunnen helpen om het tekort aan arbeidskrachten in de zorg, dat naar verwachting in de toekomst nog groter zal worden, te bestrijden. Voor de ziekenhuissector wordt, in hetzelfde rapport, nog specifiek gewezen op ICT als facilitaire ondersteuning. Door ICT worden handelingen, elektronisch patiëntendossier, administratie, enzovoorts gemakkelijker bijgehouden.

Voor medisch specialisten betekent dit een verlichting van hun administratieve taken.



### 3. SHARED SERVICE CENTERS

In dit hoofdstuk wordt geprobeerd in een drietal paragrafen uiteen te zetten wat er nu eigenlijk bedoeld wordt met Shared Service Centers. Over dit relatief nieuwe fenomeen verschijnen de laatste tijd steeds meer publicaties en het lijkt ook door de diverse managementconsultancy bureau's ontdekt te zijn als nieuwe ontwikkeling waarop ingespeeld wordt, getuige de artikelen die erover verschijnen. Toepassingen in de gezondheidszorg zijn nog schaars. Hier wordt ingegaan op wat er nu eigenlijk verstaan wordt onder een Shared Service Center: Waarom is dit nieuwe fenomeen gezien als het middel om de uitdagingen, met minder geld meer doen, het hoofd te bieden en waarop moeten we letten als er gekozen wordt voor een Shared Service Center? De term Shared Service Center wordt gebruikt omdat een goede Nederlandse vertaling (nog) niet is ontdekt, gekozen, herkend of erkend. Wellicht dat een herontdekking van de GAK een optie is, nu met een C op het einde: GAK was Gemeenschappelijk Administratie Kantoor en als Shared Service Center zou dat dus Gemeenschappelijk Activiteiten Centrum kunnen worden. Dit klinkt niet erg dynamisch dus hier blijft vooralsnog Shared Service Center, afgekort SSC, in gebruik.

#### 3.1. WAT IS EIGENLIJK EEN SHARED SERVICE CENTER?

In alle, recente, en andere is er niet, literatuur (4, 5, 6, 7) wordt gesproken over Shared Service Centers als nieuw fenomeen met veel potentie om goedkopere en betere diensten te kunnen leveren. Meer voor minder geld: Is dat in de huidige tijd van recessie niet de reddingsboei die alle organisaties die onder druk staan vastgrijpen om hun continuïteit te waarborgen? Maar wat is dat nu eigenlijk een Shared Service Center en misschien nog wel belangrijker, wat is het niet? Eerst maar wat definities uit diverse publicaties.

##### *Definities*

Een Shared Service Center wordt gezien als nieuw middel om de kosten te reduceren en de kwaliteit van de dienstverlening te verhogen. Het fenomeen Shared Service Center staat al enkele jaren op de agenda van de grotere ondernemingen en bij de voornamelijk landelijke overheid. Andere namen die wel in verband met Shared Service Centers worden gebracht zijn service centre, front office, back office of counting house. In meer generieke zin wordt wel gesproken over shared value activities. Een SSC onderscheidt zich echter door het feit dat er gebruik wordt gemaakt van Service Level Agreements (SLA). In een SLA worden afspraken gemaakt met betrekking tot de te leveren diensten, het kwaliteitsniveau en de kosten daarvan, waardoor interne doorbelasting kan plaatsvinden.

Definities van Shared Service Centers zijn de volgende;

- *'Een Shared Service Center is een resultaat verantwoordelijke eenheid (RVE) in de interne organisatie van een onderneming, overheidsinstelling of non-profit instelling, die tot taak heeft het leveren van diensten op een specifieke specialisatie (zoals administratie, personeelszaken, informatietechnologie, inkoop etc.), aan de operationele eenheden van die onderneming (zoals*



*business units, divisies of werkmaatschappijen), op basis van een overeenkomst tegen een verrekenprijs' (Strikwerda 2003) (4).*

- *'Shared Services is het concentreren van activiteiten waarvoor een zelfde competentie of expertise nodig is binnen een afzonderlijke marktgerichte organisatorische entiteit' (Magnitude consulting 2002) (5).*
- *'Wij spreken over een Shared service Center als binnen een organisatie alle processen die op een ongeveer vergelijkbare wijze worden of kunnen worden uitgevoerd, zijn samengevoegd in een nieuwe, semi-autonome, resultaatverantwoordelijke eenheid die op basis van afspraken haar diensten aan andere eenheden levert. Het doel van een Shared Service Center is de servicekwaliteit te verbeteren en tegelijkertijd kosten te besparen.' (Twijnstra Gudde 2004) (6).*

Als we de drie definities bekijken lijkt het alsof na de strakkere eerste en tweede definitie de laatste wat meer ruimte laat over wat nu een Shared Service Center is. Woorden als 'ongeveer vergelijkbare wijze' en 'semi-autonome ..... eenheid' geven al weer meer ruimte dan de eerdere definities. Het lijkt er op dat een keurmerk voor een Shared Service Center nog niet is vastgesteld en, voor de duidelijkheid, dat hoeft ook niet, want het is een nieuwe ontwikkeling die nog volop in beweging is. Er zullen nog vele varianten worden ontdekt in allerlei (branche)specifieke situaties.

Het Shared Services concept wordt steeds meer gezien als een hulpmiddel om de uitdagingen van de financiële sector het hoofd te kunnen bieden, de gekozen strategie te realiseren en de nagestreefde synergie te verzilveren. Met name in de VS wordt, naar tevredenheid, al meer dan tien jaar gewerkt volgens het Shared Services principe, aldus de publicatie van Magnitude consulting. Opgemerkt moet worden dat de publicatie gaat over de stand van zaken in de financiële sector.

Er wordt dus gesproken over een SSC als binnen een organisatie alle processen die op een ongeveer vergelijkbare wijze worden of kunnen worden uitgevoerd, zijn samengevoegd in een nieuwe, semi-autonome, resultaatverantwoordelijke eenheid die op basis van afspraken haar diensten aan andere eenheden levert. Het doel van een SSC is de servicekwaliteit te verbeteren en tegelijkertijd kosten te besparen. Een ander belangrijk kenmerk van een SSC is dat er gewerkt wordt op *basis van een overeenkomst tegen een verrekenprijs*. De opdrachtgever, dat kan de manager van een business unit, een afdeling of een sector zijn, en de manager van het SSC moeten met elkaar afspraken maken over de producten en diensten die het SSC gaat leveren. 'Dit contractuele element maakt dat er een organisatorische voorwaarde wordt gecreëerd voor de verhoging van de professionaliteit en de kwaliteit van de interne dienstverlening.' (Strikwerda 2003)

Gelijksoortige activiteiten en de daarvoor benodigde resources worden geconcentreerd binnen een afzonderlijke marktgerichte organisatorische entiteit. Het afzonderen, optimaliseren en geconcentreerd uitvoeren van deze activiteiten moet leiden tot *economies of scale* (efficiency: concentreren, standaardiseren en vereenvoudigen) en *economy of skills* (effectiviteit: bundelen, delen en managen van



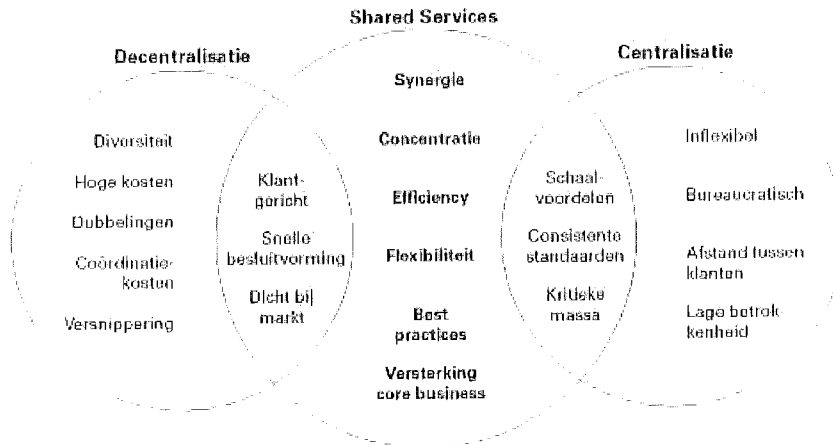
schaarse kennis en expertise). Bij de juiste toepassing van het Shared Services concept kunnen klanten sneller, beter en tegen lagere kosten worden bediend.

*Shared Services is niet hetzelfde als centralisatie*

Velen denken dat Shared Services een veredelde vorm van centralisatie is. Dit is bij juiste toepassing niet het geval. Shared Services is een vorm van concentratie, waarbij activiteiten op een horizontaal niveau worden georganiseerd. Het schema (van Magnitude consulting) hieronder geeft de belangrijkste verschillen weer tussen centralisatie en Shared Services.

Dimensie	Gecentraliseerde organisatie-eenheid	Shared Services
Beleid wordt gemaakt door...	<input type="checkbox"/> topmanagement	<input type="checkbox"/> management SSC
Legt verantwoording af aan...	<input type="checkbox"/> 'het concern'	<input type="checkbox"/> interne klanten
Focus ligt op...	<input type="checkbox"/> schaalgrootte	<input type="checkbox"/> klanten-leverancierrelatie
Service oriëntatie is...	<input type="checkbox"/> gestandaardiseerd	<input type="checkbox"/> afgestemd op behoefte klant
Dienstverlening op basis van...	<input type="checkbox"/> monopolie	<input type="checkbox"/> competitie (potentiële en/of 'echte')
Prestaties worden gemeten met...	<input type="checkbox"/> interne targets	<input type="checkbox"/> interne target en externe benchmarks
Doorbelasting vindt plaats...	<input type="checkbox"/> op basis van (arbitraire) allocatie	<input type="checkbox"/> op basis van daadwerkelijk gebruik
Locatie is...	<input type="checkbox"/> hoofdkantoor	<input type="checkbox"/> 'dicht' bij klant
Kennis wordt gewaarborgd door...	<input type="checkbox"/> werkinstructies	<input type="checkbox"/> kennismanagement
Cultuur is te typeren als...	<input type="checkbox"/> werken aan de lopende band	<input type="checkbox"/> werken voor een klant

Bij Shared Services worden gelijksoortige activiteiten geconcentreerd en gemeenschappelijke resources gedeeld. Niets meer en niets minder. Ondanks deze concentratie van activiteiten kan ervoor worden gekozen om de controle over het gebruik en de inzet van middelen decentraal te beleggen. De klant heeft dan, op basis van marktmechanismen, invloed op het tijdstip waarop en de voorwaarden waartegen hij de diensten afneemt. Er is dan sprake van een *pull*-systeem in plaats van een centralistisch *push*-systeem. Shared Services probeert de voordelen van centralisatie en decentralisatie te combineren. Hieronder een figuur ter toelichting.



*Shared Services combineert de voordelen van centralisatie en decentralisatie. (Magnitude consulting 2002)*

Als we de toegevoegde waarde van Shared Services proberen samen te vatten, dan kunnen we de volgende opsomming geven:

Shared Services kan kosten verlagen en de kwaliteit van interne diensten verhogen door

- Het realiseren van economies of scale (concentreren, standaardiseren en vereenvoudigen);
- Het realiseren van economies of skill (bundelen en managen van kennis en expertise);
- Het consolideren van systemen (goedkoper ontwikkelen, beheren en onderhouden);
- Het realiseren van een service- en klantgerichte cultuur;
- Het concentreren van activiteiten op (de juiste) locatie;
- Het benutten van arbeidskosten-, belasting- en/of subsidievoordelen. Vooral bij internationale Shared Service Centers en in de gezondheidszorg vooralsnog minder relevant.



### 3.2. WAAROM ZOUDEN WE AAN DE SLAG MOETEN MET EEN SHARED SERVICE CENTER?

Een nieuwe manier van organiseren van activiteiten waarvan beweerd wordt dat er goedkopere én betere diensten mee geleverd kunnen worden is per definitie het onderzoeken waard voor alle organisaties, of er nu een (financieel) probleem is of gewoon om de marges te vergroten. Uit het onderzoek van Strikwerda (2003) (5) komen de volgende argumenten naar voren die pleiten voor SSC als oplossing voor meerdere problemen en ontwikkelingen.

#### *Kostenreductie*

Een eerste verkenning leert dat met invoering van SSC's bedrijven in een periode van twee jaar besparingen op de kosten van administratieve taken in de orde van grootte van 20-50% weten te bereiken (*Strikwerda 2003*). Kostenbesparing is het meest genoemde argument voor de invoering van een SSC, als regel in samenhang met het verbeteren van de kwaliteit van de dienstverlening.

#### *Synergie*

Bij veranderen moet er een noodzaak zijn en er moet een werkende oplossing voorhanden zijn. Een verschil met tien jaar geleden is dat het realiseren van synergie, in het bijzonder door schaalvoordelen, nu op veel radicalere wijze gebeurt dan toen werd gedacht. De structurele daling van de winstgevendheid dwingt ondernemingen in de afweging van de opbrengsten van decentralisatie versus de kosten van decentralisatie tot een andere uitkomst van die afweging dan in het verleden. Voor ziekenhuizen kan het gebrek aan financiële middelen hetzelfde betekenen. Informatietechnologie en standaardisatie, maar daarbij ook de verschuiving naar exploitatie van kennis in plaats van 'harde' goederen, leveren nieuwe organisatorische mogelijkheden om de kosten van decentralisatie te reduceren. Shared Service Centers kunnen en moeten dus op grote schaal worden ingevoerd.

#### *Verhoging van de professionaliteit en kwaliteit van ondersteunende en uitvoerende processen*

De aandacht voor verbetering van bedrijfsprocessen die in de jaren negentig tot bloei is gekomen, heeft zich nadrukkelijk ook gemanifesteerd in ondersteunende processen en activiteiten van stafafdelingen. Het gevolg is een toegenomen bewustzijn van wat de staffunctionaris nu precies doet voor wie, op grond van welke afspraken en hoe de kwaliteit van die dienstverlening vastgelegd en geëvalueerd kan worden. Een SSC bevat hiertoe een contractueel element, namelijk de SLA.

#### *Arbeidsproductiviteit in ondersteunende taken en administratief operationele taken*

In SSC's wordt met minder mensen meer gedaan, uitgedrukt in aantal handelingen of transacties per persoon. Doordat ondersteunende diensten en administratief operationele activiteiten in resultaatverantwoordelijke eenheden (SSC's) worden georganiseerd maakt dit het mogelijk de arbeidsproductiviteit per type ondersteunende activiteit meetbaar te maken in termen van toegevoegde waarde.

#### *Beheersing van outsourcing*

Voor sommige organisaties is invoering van SSC's als het ware een interne outsourcing operatie: de business units outsourcen een deel van hun activiteiten niet naar een partij buiten het bedrijf, maar naar een partij, een SSC, binnen het bedrijf.





Hiermee kunnen de voordelen van outsourcing, het delen van kosten met anderen en hogere kwaliteit, gerealiseerd worden zonder direct geconfronteerd te worden met de onzekerheid van de markt.

#### *Delen van kennis en ervaring*

SSC's vormen in een aantal gevallen een oplossing voor het vraagstuk hoe in een gedecentraliseerde onderneming kennis te delen dwars door alle eenheden heen. Deze kennis kan betrekking hebben op diverse gebieden. Door zogenoemde mid offices is een structuur gecreëerd waarin ervaringen met een product in een van de deelmarkten automatisch ter beschikking staan.

#### *Strategische flexibiliteit*

SSC vormen ook, alhoewel minder vaak aangevoerd, een oplossing voor het vraagstuk van strategische, respectievelijk structuurflexibiliteit van de onderneming of instelling. In de traditionele business unit organisatie betekende het starten van een nieuwe marktactiviteit ook steeds het opstarten van een nieuw voortbrengingsapparaat. Een SSC in een organisatie kan een plug & play omgeving vormen voor nieuwe ondernemingsactiviteiten. Omdat gebruik gemaakt kan worden van de bestaande infrastructuur is het eerder mogelijk activiteiten met een te laag rendement te staken en nieuwe op te starten.

Het toepassen van Shared Services biedt de gelegenheid de business (opnieuw) te 'ijken' met de overall strategische doelstellingen. Tevens kan een platform worden gecreëerd om, als vervolgstap op Shared Services, over te gaan tot outsourcing. Bovengenoemde zaken dragen bij tot een grotere focus op de kerncompetenties van een organisatie.

#### *Transparantie*

SSC's vormen ook een oplossing voor het probleem van transparantie en management control in de moderne organisatie. SSC's maken het mogelijk dat de Raad van Bestuur het concern niet alleen in termen van de winstgevendheid van de traditionele productmarktcombinaties met die van andere ondernemingen vergelijken, maar ook in termen van de kosten en kwaliteit van gespecialiseerde activiteiten: de distributie, de informatietechnologie, kosten van backoffices etc. Dit is van belang zowel om intern efficiency en winstdoelstellingen te kunnen formuleren als voor de afweging welke activiteiten in eigen beheer uit te voeren of eventueel te outsourcen (aan derden).

#### *Andere oriëntatie op arbeid*

De opkomst van hoger opgeleide medewerkers, opgeleid tot zelfstandig functionerende professionals, maakt dat er een volgende stap gemaakt kan worden in organisatievormen. Professionals die diensten verlenen voeren aan dat hetgeen ze moeten presteren beter geregeld kan worden in een systeem van *vertical én horizontal accountability* dan enkel de klassieke hiërarchische *vertical accountability*. *Self-coordination* beantwoordt beter aan het zelfbeeld en de eigenwaarde van de medewerker en vermindert de totale coördinatiekosten binnen de onderneming.

Als we bovenstaande opsomming doorlopen, dan zijn er wel veel argumenten die in ieder geval het nadenken over SSC stimuleren. Invoering van SSC's impliceert, nog steeds volgens Strikwerda, een verandering in het operationele model van de



onderneming, niet enkel een verbetering van productie- en ondersteunende processen. En zoals bij alle vormen van organisatieverandering kent de overweging al of niet te starten met SSC een aantal onzekerheden en dilemma's. Altijd is er de onzekerheid of het nieuwe wel zal werken. Een andere onzekerheid is of de opbrengsten van een nieuwe organisatievorm wel opwegen tegen de kosten, materieel en immaterieel, om de nieuwe vorm ingevoerd en operationeel te krijgen. In het onderzoek van Strikwerda wordt genoemd dat één onderneming aangaf dat de besparingen wel binnen de bestaande structuur te realiseren waren. In de praktijk wordt zeer verschillend omgegaan met de beslissingscalculatie wel of niet een SSC in te voeren, van zeer zorgvuldig met een meer of minder uitgebreide business case, andere stellen eenvoudig een te realiseren besparing en verbetering van de kwaliteit als doel en gaan aan de slag. Visie blijkt voor de invoering van SSC's belangrijker dan cijfers.



### 3.3. WAAR MOETEN WE OP LETTEN BIJ SHARED SERVICE CENTER?

Het invoeren van een (grootschalige) SSC is een grote verandering in de organisatie. Om een verandering werkelijk te laten plaatsvinden moet het de betrokkenen duidelijk zijn wat (richting) waarom (noodzaak) moet worden veranderd. Dit is een basisvoorwaarde om medewerkers in beweging te krijgen een verandering te realiseren. In de publicatie van Magnitude Consulting (6) worden de volgende elementen genoemd waar rekening mee gehouden moet worden.

#### *Wat is de aanleiding om te veranderen?*

In het algemeen zullen mensen grote (door anderen opgelegde) veranderingen mijden. Een verandering komt alleen tot stand als er voldoende aanleiding of 'pijn' is in de huidige situatie of als de perceptie van een toekomstige situatie op een aantal belangrijke aspecten veel 'beter' is. De pijn van de huidige situatie of aantrekkelijkheid van de nieuwe situatie moet groter zijn dan de pijn van de verandering zelf. Naast pijn is altijd een visie op de toekomst noodzakelijk om de beoogde verandering en betrokkenen richting te geven.

#### *What's in it for me?*

Niets menselijks is degene die verandering ondergaat vreemds: hij of zij zal telkens (bewust of onbewust) inschatten wat de verandering hem/haar persoonlijk zal brengen. Weerstand ontstaat vaak uit onbegrip, onzekerheid en onkunde en lang niet altijd uit onwil. Het voorkomen van onnodige weerstand en het adresseren van (verwachte) weerstand zijn belangrijke elementen bij het managen van veranderingen.

#### *Communicatie verheldert en maakt zichtbaar.*

Effectieve communicatie geeft de verandering betekenis en creëert betrokkenheid. Een heldere en gecommuniceerde visie helpt mensen hun onzekerheid over de transitie te overwinnen. Communicatie dient in ieder geval een antwoord te geven op de vraag "What's in it for me?" en de voortgang en de richting voor alle betrokkenen zichtbaar te maken.

#### *Creëren van momentum is essentieel.*

Medewerkers moeten zich betrokken voelen en momentum worden gecreëerd om de voorgestane verandering te realiseren. Momentum ontstaat uit een heldere visie op wat het bedrijf zou moeten zijn, uit een goed doordachte strategie om deze visie te bereiken en uit zorgvuldig opgezette en gecommuniceerde plannen, die iedereen in staat stellen om mee te werken aan en verantwoordelijk te zijn voor de realisatie van deze plannen (De Pree, 7). Hoe meer momentum, hoe succesvoller een organisatie is in het bereiken van resultaten. Medewerkers komen dan in 'the winning mood' en krijgen geloof in hun eigen kunnen.

Naast de aspecten die bij elke organisatieveranderingen spelen, speelt er bij invoering van een SSC een aantal specifieke issues, volgens Strikwerda. Het gaat hierbij om onder meer de volgende managementaspecten:

#### *Motivatie van de business manager*

Een kenmerk van SSC's is dat er geen wijzigingen plaatsvinden in de verantwoordelijkheid van de business manager, hoewel menig manager hier anders over denkt. Het



betreft echter geen wijziging in de verantwoordelijkheid van de business manager, maar de business manager wordt voor het realiseren van die doelen meer afhankelijk van collega's en afdelingen waarover hij geen hiërarchische zeggenschap heeft. Het is belangrijk veel tijd te besteden aan het uitwisselen van gedachten hierover en business managers van het nut van SSC's te overtuigen.

#### *Marktgerichtheid van de organisatie als geheel*

Uit onderzoek blijkt dat bij zowel business unit managers als ook sommige RvB'ers de vrees bestaat dat SSC's de met de business unit gecreëerde marktgerichtheid verloren gaat met de invoering van SSC's, de responsiviteit van business unit beperkt wordt, of dat de SSC's door eigen productontwikkeling de business unit overvleugelen. Een aanpassing van de planning & control cyclus, waarin de business units de eerste eenheden van planning zijn en de SSC's de afgeleiden van die planning, lijkt een voordehandliggende oplossing voor dat probleem. Toch blijkt in het merendeel van de gevallen dat de invoering van SSC's uiteindelijk niet wordt gepercipieerd als terugkeer naar oude organisatievormen en niet de slingerbeweging is van centraal- decentraal, maar de invulling van een opgaande spiraalbeweging in de economie.

#### *Normen en waarden van de onderneming*

Een SSC als functionele of operationele specialisatie heeft een eigen cultuur en daarmee eigen normen en waarden. De meeste ondernemingen benadrukken dat de normen in een SSC dezelfde zijn als voor de hele onderneming, andere benadrukken de noodzaak van een eigen cultuur voor het SSC, passend bij het werk en de mensen in een SSC, maar wel binnen de context van de algemene waarden van de onderneming. Wat karakteristiek is aan de figuur van SSC's, is dat er *geen* sprake is van een keuze òf marktgericht, òf innovatief, òf functioneel gericht (efficiency), maar dat organisaties worden gecreëerd waarin alle drie waarden gelijk kunnen worden gerealiseerd.

#### *Het vinden van de juiste SSC-manager*

Welk type manager past het beste op een SSC? Dit is afhankelijk van het feit of een manager gekozen moet worden die als persoon, vanwege business performance, geaccepteerd wordt door de andere business manager (waarmee ook het SSC geaccepteerd wordt), of dat een manager gekozen moet worden die de professionele kwaliteit van de interne processen van een SSC weet te optimaliseren. Een ander dilemma dat speelt is dat het SSC in elke (opbouw)fase een ander type manager vraagt.

#### *Stabiliteit van de vereiste IT*

Een stabiele IT-infrastructuur is specifiek noodzakelijk voor invoering van een SSC. Deels wordt de figuur van SSC's aangegrepen om de lappendeken van IT-systemen aan te pakken en te standaardiseren. Een zeker niveau van standaardisatie en stabiliteit is noodzakelijk alvorens SSC's kunnen worden ingevoerd. Een aantal bestuurders heeft bij SSC's aarzeling vanwege negatieve ervaring met gecentraliseerde IT, de betrouwbaarheid en de kosten daarvan. Anderzijds is het juist ook de noodzaak van reductie van de kosten van IT die hen dwingt om SSC's in te voeren.



*Consequenties voor de Raad van Bestuur zelf*

Wat het meest bijzonder is aan invoering van SSC's is de introductie van *horizontal accountability* in een organisatie waarin van oudsher sprake is van (enkel) *vertical accountability*. Dit heeft vergaande consequenties voor de Raad van Bestuur. Niet langer kunnen business units enkel parallel en redelijk onafhankelijk worden aangestuurd, met SSC's toegepast in de organisatie moet een samenhangend *business system* worden bestuurd. Uiteindelijk gaat het erom dat het belang van de onderneming als totaal wordt gediend. SSC's als organisatievorm betekent een wijziging in identiteit en vaktechnische eisen aan de individuele medewerker en raakt daarmee een centraal aandachtspunt van de Raad van Bestuur: de motivatie en de identificatie van de medewerkers met de onderneming.



## 4. ONDERZOEK SHARED SERVICE CENTERS IN ZIEKENHUIZEN

In dit hoofdstuk worden de resultaten van het onderzoek gepresenteerd. Gelet op de grote hoeveelheid enquêtegegevens is een keuze gemaakt in hetgeen teruggesluisd wordt; alle gegevens hier terugmelden zou een te grote (droge) opsomming worden. De hoofdpunten en de meest opvallende zaken worden hier uit de doeken gedaan.

### 4.1. HET ONDERZOEK

#### 4.1.1. *Aanleiding, doelstelling en afbakening*

De aanleiding van het onderzoek en de onderzoeksvraag zijn in het eerste hoofdstuk al aan de orde geweest. Hier wordt volstaan met samenvatting.

De doelstelling van het onderzoek is als volgt geformuleerd:

- *Inzicht geven in de (on)mogelijkheden van Shared Service Centers in ziekenhuizen door het verzamelen van informatie over het begrip Shared Service Centers. Deze informatie behelst literatuuronderzoek en het toetsen van het idee om SSC toe te gaan passen in ziekenhuizen bij de verschillende beroepsgroepen die daar werkzaam zijn.”*

De vragen die beantwoord moeten worden zijn:

- *Is een Shared Service Center een kostenreducerend en kwaliteitsverhogend concept voor ziekenhuizen?(en in het verlengde daarvan)?*
- *Is een Shared Service Center een voordehandliggende strategie voor ziekenhuizen om de toekomstige ontwikkelingen van krimpende budgetten en stijgende vraag naar kwalitatief betere dienstverlening aan te kunnen?*

Het onderzoek heeft niet de pretentie om antwoorden te geven die op een meetlat kunnen worden gelegd waarbij exact kan worden aangegeven wanneer wel en wanneer niet met SSC gestart kan worden. Het onderzoek is bedoeld om inzicht te verschaffen in de visie van facilitair managers en de andere beroepsgroepen in de ziekenhuizen op Shared Service Centers.

Het onderzoek is enerzijds afgebakend doordat het zich richt op ziekenhuizen en op (de omstandigheden rondom) Shared Service Centers en is daarnaast juist uitgewaaid. Het onderzoek richt zich namelijk niet uitsluitend op de facilitaire professie maar op meerdere beroepsgroepen binnen de ziekenhuisorganisaties. Met de resultaten van het onderzoek moeten de werkers in de ziekenhuizen hun inzicht vergroten in de stand van zaken van Shared Service Centers, waardoor de noodzaak, de wenselijkheid en de essentie van de verandering helder worden, zodat een meer openminded houding ontstaat ten opzichte van dit voor de gezondheidszorg nieuwe fenomeen.



#### 4.1.2. *De enquête*

Om deze vraag te beantwoorden zijn een twaalfstal ziekenhuizen benaderd (dertien als het eigen ziekenhuis wordt meegeteld) om door middel van een schriftelijke enquête te reageren op. De enquête is als bijlage 2 toegevoegd.

De ziekenhuizen zijn geselecteerd vanuit de alumni lijst van de MFM-leergang van AOG/Rug, de ledenlijst van de NVOG (Nederlandse Vereniging van Organisatiekundigen in de Gezondheidszorg) en rechtstreekse contacten. Vooraf is (telefonisch) gevraagd mee te doen aan het onderzoek. Een aantal potentiële respondenten zijn afgevallen vanwege praktische redenen (vakantie, afwezigheid, responsetijd).

De enquête werd toegestuurd naar één aanspreekpunt binnen het betreffende ziekenhuis met het verzoek de enquête behalve zelf in te vullen ook een aantal andere beroepsgroepen te motiveren de vragen te beantwoorden. De enquête kon elektronisch worden ingevuld en teruggestuurd, maar er kon ook een papieren versie naar een antwoordnummer gestuurd worden.

De enquête bestaat uit vier delen, te weten:

1. Deel 1 Algemene informatie;  
hierin wordt onder meer gevraagd naar de naam van het ziekenhuis en de beroepsgroep van de respondent.
2. Deel 2 Bezuinigingen;  
in dit deel wordt gevraagd naar de huidige en toekomstige wijzen waarop bezuinigd wordt vanuit de gedachte dat er een (financiële) noodzaak moet zijn om te veranderen.
3. Deel 3 De huidige organisatie;  
hoe de respondent aankijkt tegen het eigen ziekenhuis en of er al nagedacht wordt over andere manieren van organiseren, dat komt hierin aan de orde.
4. Deel 4 Nieuwe wegen;  
in het laatste deel wordt ingezoomd op Shared Service Centers, de randvoorwaarden en de veranderingsbereidheid en wordt afgesloten met een aantal stellingen.

Er is geprobeerd de vragenlijst zo beknopt mogelijk te houden; zoveel mogelijk is er gewerkt met gesloten vragen. In deel 2 is de mogelijkheid gecreëerd om de genoemde bezuinigingsopties aan te vullen. Per vraag en aan het einde van de vragenlijst is ruimte gelaten voor een toelichting. Behalve bij de vragen over algemene informatie en een klein aantal ja/nee-vragen is bij de overige vragen gewerkt met een 5-puntschaal. Verder konden de respondenten aangeven of ze geïnteresseerd zijn in de resultaten van het onderzoek.



## 4.2. DE RESULTATEN

### 4.2.1. *De respons*

De resultaten van het onderzoek zijn gebaseerd op de reacties uit twaalf ziekenhuizen; één ziekenhuis is afgefallen vanwege verandering van baan van degene die als aan-spreekpunt was uitgekozen. Er zijn in totaal vijftig enquêtes teruggestuurd; de meeste elektronisch, de minderheid per post. Per ziekenhuis is de response verschillend voor wat betreft de verschillende beroepsgroepen. Van vier ziekenhuizen is uitsluitend de enquête van de 'aanspreekpersoon' terugontvangen; van de andere instellingen hebben meerdere beroepsgroepen gereageerd. Wat opviel was de nieuwsgierigheid waarmee iedereen reageerde toen (telefonisch) gevraagd werd mee te doen. Het onderwerp werd herkend als een belangwekkende ontwikkeling. Dat verklaart ook de relatief hoge respons van de enquête.

De volgende ziekenhuizen hebben meegedaan:

- Albert Schweitzer Ziekenhuis, Dordrecht / Sliedrecht / Zwijndrecht
- Bethesda Ziekenhuis, Hoogeveen
- Deventer Ziekenhuizen, Deventer
- Diaconessenhuis, Utrecht
- Hofpoort Ziekenhuis, Woerden
- Isaklinieken, Zwolle
- IJsselmeer ziekenhuizen, Lelystad/Emmeloord
- Wilhelminaziekenhuis, Assen
- Ziekenhuis Amstelveen, Amstelveen
- Ziekenhuis Gelderse Vallei, Ede
- Ziekenhuis Hilversum, Hilversum
- Ziekenhuis Nij Smellinghe, Drachten
- Ziekenhuis St Jansdal, Harderwijk.

Hiervan is dus één ziekenhuis afgefallen vanwege de verandering van baan, de resultaten zijn dus gebaseerd op de enquêtes van twaalf ziekenhuizen. Als het aantal bedden en/of de productiecijfers van deze ziekenhuizen worden opgeteld kan geconstateerd worden dat het gaat om een aanzienlijk deel van de Nederlandse ziekenhuizen.

Van de vijftig ontvangen enquêtes is de verdeling per beroepsgroep in figuur 1c weergegeven.

De volgende beroepsgroepen zijn onderscheiden;

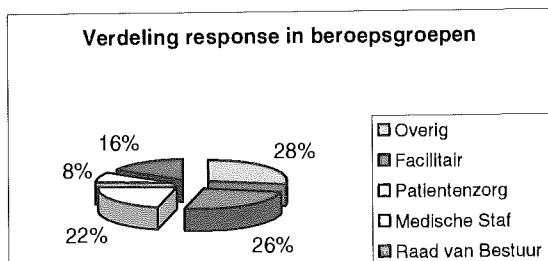
- Raad van Bestuur,
- Manager patiëntenzorg,
- Facilitair manager,
- Medische Staf,
- Overig.

In de categorie Overig zijn de reacties verzameld vanuit de financiële zaken, P&O en ICT en een 'verdwaalde' directiesecretaris. De diversiteit van deze groep was te groot om deze apart te benoemen, maar de respondenten hebben wel een belangrijke overeenkomst, namelijk dat ze voor de totale organisatie werken.





Vanuit de groep Overig is de grootste respons ontvangen gevolgd door facilitair en patiëntenzorg. Vanuit de relatief kleine doelgroep Raad van Bestuur zijn veel enquêtes teruggestuurd. De medische staf sluit de rij.



Figuur 1c

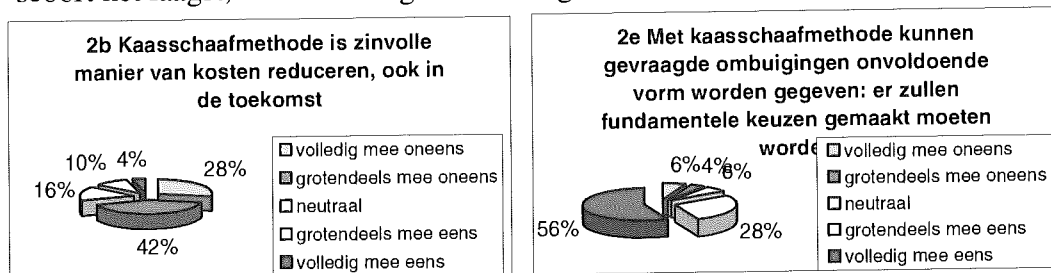
#### 4.2.2. Bezuinigingen

Vanwege de werkelijkheid anno 2004 waarin ziekenhuizen, mede als gevolg van de economische recessie, in financieel opzicht (opnieuw) onder grote druk staan, is gevraagd hoe er gedacht wordt over de bezuinigingen. Bezuinigen is daarbij ruim gedefinieerd; in de opsomming van wijze van bezuinigen komt dit tot uiting. De vraag naar bezuinigen is ook ingegeven door de algemeen aanvaarde stelling dat minder geld creativiteit stimuleert en er dus innovatieve oplossingen gezocht worden. Bezuinigen als kans dus (8).

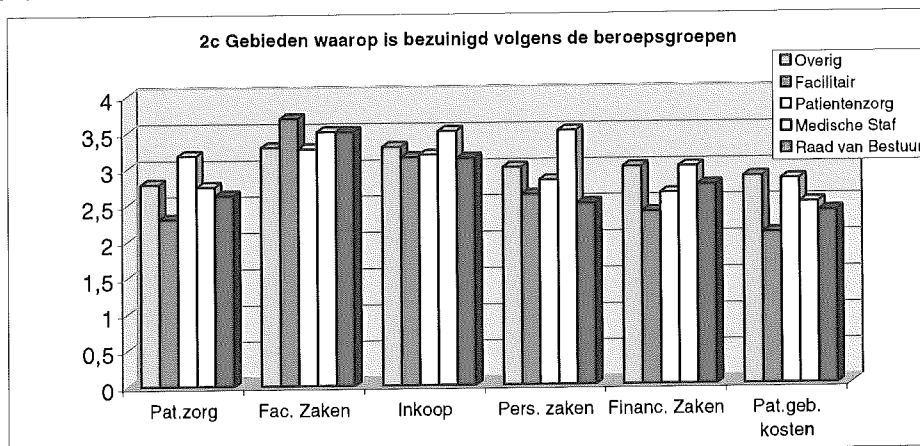
##### De kaasschaafmethode

Voordat ingegaan wordt op een achttiental bezuinigingswijzen en wat de respondenten vinden van de genoemde manieren om te bezuinigen, wordt in figuur 2b en 2e een grove schets gegeven van de keuze waarvoor veel organisaties staan, namelijk overal een beetje bezuinigen of het maken van echte keuzen. In het eerste geval spreekt men van de kaasschaafmethode, de laatste kan gekarakteriseerd worden als het maken van fundamentele keuzen.

In figuur 2b is te zien dat het overgrote deel de *kaasschaafmethode* in de toekomst minder zinvol acht om toe te passen. 70% van de respondenten is het (grotendeels) oneens met de stelling dat de kaasschaafmethode een zinvolle manier van bezuinigen is in de toekomst. Opvallend is als we naar de beroepsgroepen kijken, hier niet opgenomen, dat de medische staf het meest uitgesproken “volledig oneens” scoort. Als we de tegenhanger van vraag 2b bekijken dan zien we een bevestiging van de vorige stelling namelijk dat er juist *fundamentele keuzen* gemaakt moeten worden. Maar liefst 84 % geeft aan het hier grotendeels dan wel volledig mee eens te zijn. Alhoewel er over de hele linie hoog gescoord wordt, heeft de medische staf hier, gevolgd door de Raad van Bestuur en facilitair, de hoogste score. Patiëntenzorg scoort het laagst, maar ook nog steeds hoog.



Dat de beleving van de gevraagde bezuinigingen meespeelt in de beoordeling van de gebieden waarop bezuinigd is, valt op te maken uit onderstaande figuur 2c. Daarin is de mate waarop bezuinigd wordt per gebied en per beroepsgroep uiteengezet. In de eerste groep staafdiagrammen zien we dat vanuit de patiëntenzorg de mate waarop bezuinigd wordt door de managers uit de patiëntenzorg het hoogst wordt beoordeeld. Bij het volgende groep zien we dat de facilitair managers de bezuinigingen op facilitaire zaken het hoogst vinden. Opvallend is verder dat de bezuinigingen op personele zaken, die overigens relatief laag scoort, juist bij de medische staf hoog scoort. Op facilitaire zaken wordt het meest bezuinigd, op de patiëntgebonden kosten het minst. Wat daar nog in het oog springt, is de relatief lage score ook vanuit de medische staf.



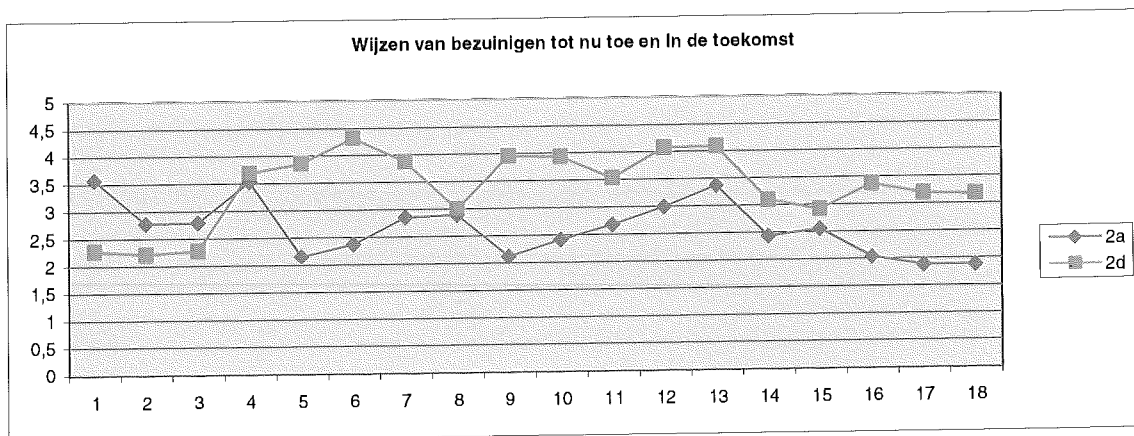
Figuur 2c

Er zijn verschillende wegen die bewandeld kunnen worden om kosten te reduceren, ombuigingen te realiseren. In de enquête is een achttiental verschillende wijzen van bezuinigen genoemd, overigens zonder de pretentie volledig te zijn. Er is gevraagd andere wijzen van bezuinigen toe te voegen. Op een schaal van vijf kon men aangeven hoe er nu bezuinigd wordt en hoe dat in de toekomst zou moeten. Om de grafiek te kunnen lezen hierbij de opsomming van bezuinigingsalternatieven:

1. Kaasschaafmethode (d.w.z. evenredige verdeling over alle afdelingen/van alles een beetje)
2. De nullijn (d.w.z. geen prijscompensatie)
3. Vacaturestop
4. Vacaturebeheersing
5. Terugdringen administratieve lasten
6. Kerntakendiscussie (d.w.z. wat doen we wel en wat niet meer)
7. Terugdringen kosten ondersteunende taken (in hoeverre draagt activiteit bij aan primaire proces)
8. Organisatie(structuur)veranderingen
9. Profijtbeginsel (d.w.z. doorbelasten van kosten aan klant/afdeling ter verhoging van kostenbesef)
10. Inzet ICT
11. Investerings
12. Anders organiseren van activiteiten
13. Meer budget verwerven
14. Meer uitbesteden van activiteiten
15. Kritischer zijn c.q. stoppen met vernieuwingen
16. Het afstoten van activiteiten



17. Veranderen van de organisatie
18. Aanpassen/flexibiliseren arbeidsvoorwaarden



*Figuur 2a/2d Vergelijking van de huidige en toekomstige manier van bezuinigen (2a=huidig/2d =toekomst)*

De meest in het oog springende zaken uit figuur 2a/2d worden toegelicht, de verschillen tussen de huidige en toekomstige manier van bezuinigen en als daar opvallende verschillen zijn wordt ingezoomd op de beroepsgroepen.

Wat al direct in het oog springt, is dat behalve de eerste drie of vier bezuinigingswijzen in de toekomst lager scoren dan nu en dat voor de rest het omgekeerde geldt.

- De *top vijf van huidige bezuinigingswijzen* zijn; de kaasschaafmethode (1), vacaturebeheersing (4), meer budget verwerven (13), anders organiseren van activiteiten (12), organisatie(structuur) veranderingen (8).
- De *top vijf van de toekomstige bezuinigingswijzen* zijn; kerntakendiscussie (6), meer budget verwerven (13), anders organiseren van activiteiten (12), profijtbeginsel (9), inzet van ICT.
- De *top vijf van grootste verschillen* van nu ten opzichte van hoe er in de toekomst bezuinigd zou moeten worden is volgens de respondenten als volgt; Kerntakendiscussie (6), profijtbeginsel (9), terugdringen van administratieve lasten (5), inzet van ICT (10), het afstoten van activiteiten (16), overigens zit de kaasschaafmethode (1) voor wat betreft het verschil dicht bij de top vijf met dit verschil dat deze methode juist met 1.3 gedaald is. Het veranderen van de organisatie (17) en het aanpassen/flexibiliseren van de arbeidsvoorwaarden (18) zit bijna op het zelfde percentage als nummer vijf van de lijst met verschillen.

De *kaasschaafmethode* is als apart item hiervoor reeds genoemd, hier zien we dat nu 84% “geregeld, vaak dan wel heel vaak gebruik maakt” van dit instrument en dat dit percentage daalt naar 32% in de toekomst.

De *vacaturestop* zakt voor wat betreft “geregeld, (heel) vaak gebruik” van 58% naar 34% terwijl de *vacaturebeheersing* voor dezelfde categorieën zelfs nog stijgt van 82 naar 92%. Opvallend hier is dat de Raad van Bestuur het laagste scoort bij beide bezuinigingswijzen.



Een spectaculaire stijging als middel om te bezuinigen is te zien bij het terugdringen van *administratieve lasten*. Dit was 20% en schiet naar 90% als de categorieën geregeld, vaak en heel vaak worden opgeteld. De medische staf scoort hier het maximale aantal punten.

Ook bij de *kerntakendiscussie* is een grote verandering zichtbaar, te weten van 38 naar 92% voor “geregeld, vaak en heel vaak” waarbij “geregeld” zelfs in deze optelling in de toekomstige situatie slechts 6% vertegenwoordigt. De score hier is van alle beroepsgroepen hoog.

Het *terugdringen van kosten ondersteunende taken* heeft in de huidige situatie een score van 42% voor wat betreft “geen en weinig gebruik” terwijl het in de toekomst nog slechts 6% voor uitsluitend “weinig gebruik” genoemd wordt, tegenover 94% voor “geregeld, vaak en heel vaak gebruik”. Alhoewel de score over de hele linie hoog genoemd mag worden scoort de medische staf en de patiëntenzorg het hoogst (resp. 4.75 en 4.18) en zijn de laagste scores te vinden bij facilitair en overig (resp. 3.54 en 3.71). De Raad van Bestuur ‘klokt’ 3.88 punten op een score van 5.

Een spectaculair verschil is te vinden bij *profijtbeginsel*. Gaf in de huidige situatie 68% aan dat er “geen dan wel weinig gebruik” gemaakt wordt van dit bezuinigingsinstrument, de toekomst laat een percentage van 94% zien voor “geregeld, vaak en heel vaak gebruik” waarbij de medische staf het laagst (maar toch nog hoog 3.75) en overig het hoogst scoort (4.21).

Van de *inzet van ICT* wordt ook veel verwacht gelet op de stijging van de score van 54% voor “geen en weinig gebruik” nu naar maar liefst 94% voor “geregeld, vaak en heel vaak gebruik” in de toekomst. De medische staf en overig geven hier de meeste punten.

De mate van gebruik van *investeringen als bezuinigingswijze* wordt in de toekomst 82% genoemd voor “geregeld, vaak en heel vaak”. Dit was 52%.

Het *anders organiseren van activiteiten* scoorde al hoog in de huidige situatie (72%) en gaat naar bijna maximaal in de toekomst (96%) voor “geregeld, vaak en heel vaak” waarbij opvalt dat de laatste twee categorieën samen 80% scoren. Alle beroepsgroepen geven een 4 of hoger in de toekomstige situatie. Dit is de enige bezuinigingswijze die over de hele linie een 4 of meer scoort.

*Meer budget verwerven* was en blijft een aantrekkelijke manier om te bezuinigen alhoewel het woord bezuinigen hier wellicht wat verwarrend is. De score stijgt van 88 naar 94% voor “geregeld, vaak en heel vaak”. Opvallend hier is dat de Raad van Bestuur hier het laagst scoort.

Van *meer uitbesteden van activiteiten* wordt volgens iets meer dan de helft van de respondenten geen of weinig gebruik gemaakt. Dit percentage daalt naar 32% in de toekomst. Opvallend is dat de beroepsgroepen facilitair en patiëntenzorg met 2.83 beide het laagste scoren.



Het *kritischer zijn c.q. stoppen met vernieuwingen* als bezuinigingswijze verschuift slechts marginaal. De percentages “geen en weinig gebruik” enerzijds en “geregeld, vaak en heel vaak” houden elkaar in evenwicht, “geen/weinig” was 50 wordt 44% en “geregeld, vaak en heel vaak” was 48 en wordt 56%. Wel is er een behoorlijk verschil tussen beroepsgroepen, medische staf 2.25 ten opzichte van overige 3.64 en Raad van Bestuur 3.25.

*Afstoten van activiteiten* laat een spectaculair verschil zien, “geen/weinig” eerst 82% en in de toekomst 18% voor dezelfde categorieën. De patiëntenzorg (3.64) scoort hier het hoogst gevolgd door facilitair (3.46).

*Veranderen van de organisatie* heeft de hoogste “blanco” score namelijk 42% van alle bezuinigingswijzen in de huidige situatie. De “blanco score” verdwijnt in de toekomst. Voor “geregeld, vaak en heel vaak” komt een percentage van 70% uit de bus. De patiëntenzorg scoort hier het laagst en de medische staf het hoogst.

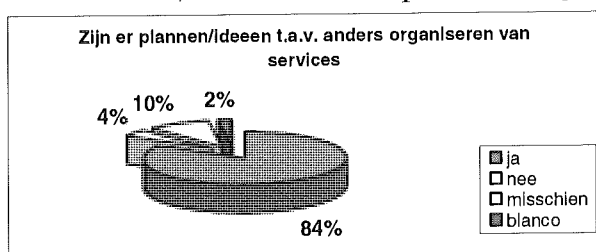
Het laatste item is het *aanpassen/flexibiliseren van de arbeidsvoorwaarden* als bezuinigingsoptie. Nu 70% “geen/weinig” naar 76% “geregeld, vaak en heel vaak” in de toekomst. De medische staf heeft hier veruit de hoogste score.

#### 4.2.3. De huidige organisatie van het eigen ziekenhuis

Het deel van de enquête waar gevraagd wordt naar de eigen organisatie, of er ideeën of plannen zijn ten aanzien van het anders organiseren van services aan patiënten en/of medewerkers, is bedoeld om inzicht te krijgen wat er nu daadwerkelijk speelt in de organisaties. Het nemen van initiatief wordt gezien als één van de belangrijke randvoorwaarden om een verandering te doen slagen. Vandaar dat ook daar informatie over is verzameld. Dit alles wordt in relatie gebracht met hoe er over de eigen prestaties wordt gedacht.

##### *Plannen/ideeën ten aanzien van het anders organiseren van activiteiten*

In onderstaande figuur 3a is te zien dat er voldoende plannen/ideeën zijn ten aanzien van het anders organiseren van services aan patiënten en/of medewerkers dan wel zijn er ideeën/plannen om nieuwe manieren van het organiseren van activiteiten op te starten. De voorbeelden die in de enquête zijn genoemd zijn het scheiden van front- en back office, een servicedesk patiëntenzorg of een servicemeldpunt.

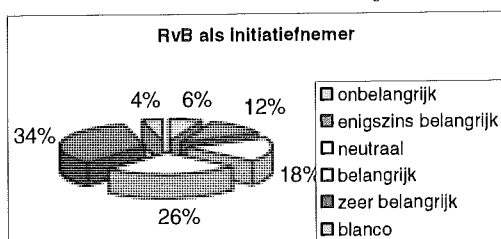


Figuur 3a

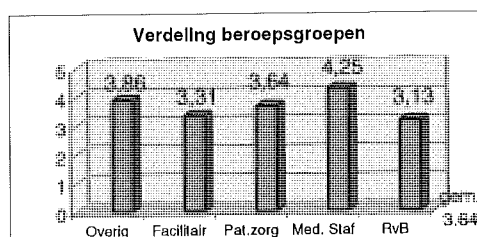
##### *Initiatiefnemers*

Hieronder wordt achtereenvolgens de rol als initiatiefnemer bij het introduceren van nieuwe manieren van werken. Respectievelijk komt de Raad van Bestuur (figuur 3b1), de manager patiëntenzorg (figuur 3b2), de facilitair manager (figuur 3b3), de medische staf (figuur 3b4), de controller/financiële zaken (figuur 3b5), P&O (figuur 3b6) en tot slot ICT (figuur 3b7) aan de orde. De groep overig is hier wel uitgesplitst in Controller/Financiële zaken, P&O en ICT voor wat betreft de taartgrafieken, in de toelichting per beroepsgroep zitten ze weer in overig.

##### *Raad van Bestuur als initiatiefnemer*



Figuur 3b 1

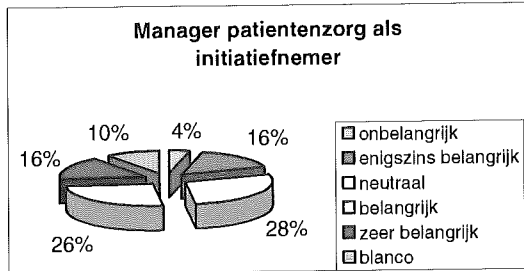


Figuur 3b 1.1

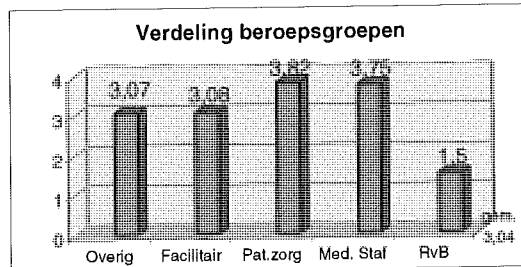
De Raad van Bestuur wordt door 60% van de respondenten gezien als belangrijk dan wel zeer belangrijk als initiatiefnemer. De Raad van Bestuur zelf scoort het laagste 3.13, de medische staf het hoogste 4.25 bij een gemiddelde van 3.64.



*Manager patiëntenzorg als initiatiefnemer*



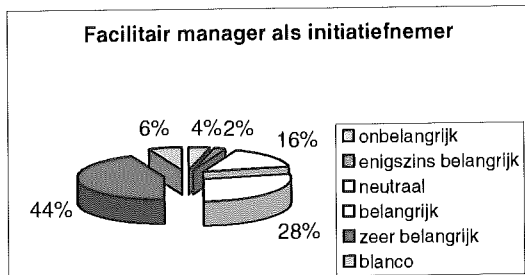
Figuur 3b 2



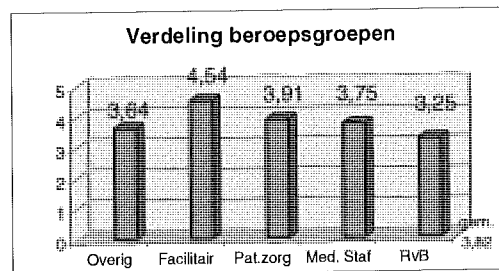
Figuur 3b 2.1

De *manager patiëntenzorg* scoort gemiddeld lager als initiatiefnemer dan de Raad van Bestuur, gemiddeld 3.04, als “belangrijk en zeer belangrijk” wordt opgeteld komen we op 42%. De medische staf en patiëntenzorg zelf scoren het hoogst, te weten resp. 3.75 en 3.82. De Raad van Bestuur scoort hier extreem laag 1.5.

*Facilitair manager als initiatiefnemer*



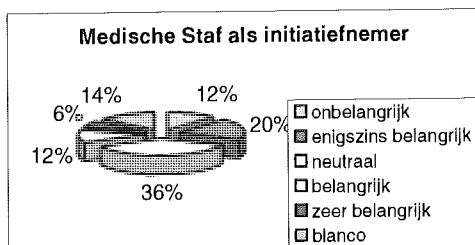
Figuur 3b 3



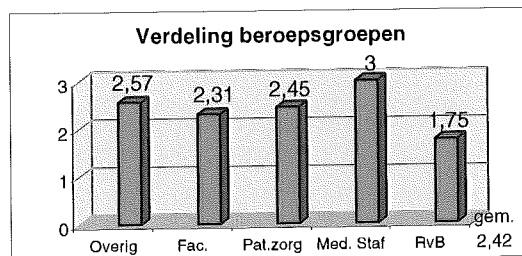
Figuur 3b 3.1

Als we “belangrijk en zeer belangrijk” optellen komen we bij de *facilitair manager* op een percentage van 72% waarbij tevens genoemd kan worden dat het gemiddelde voor deze groep het hoogste is namelijk 3.8. Hoewel de eigen beroepsgroep hoog (4.54) heeft gescoord, is over de hele linie een hoog cijfer gegeven.

*Medische staf als initiatiefnemer*



Figuur 3b 4

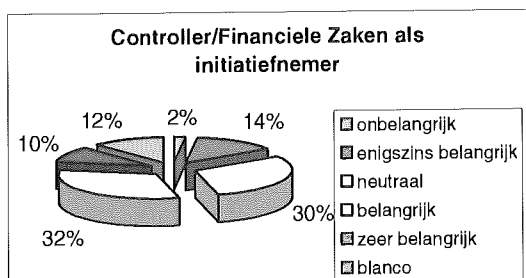


Figuur 3b 4.1

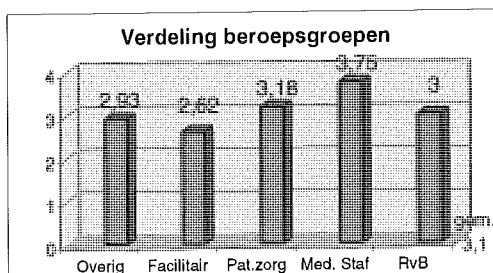
De *medische staf* scoort het laagst op “belangrijk en zeer belangrijk”, namelijk 18%. Gemiddeld het cijfer 2.42. Zelf geeft de medische staf een 3 op de schaal van 5.



*Controller/Financiële zaken als initiatiefnemer*



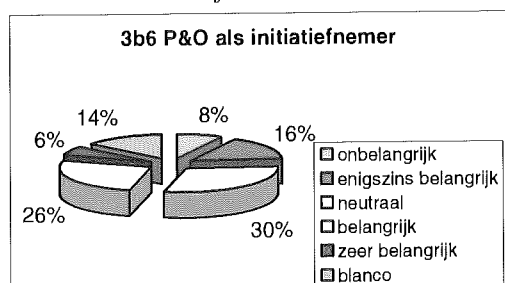
Figuur 3b 5



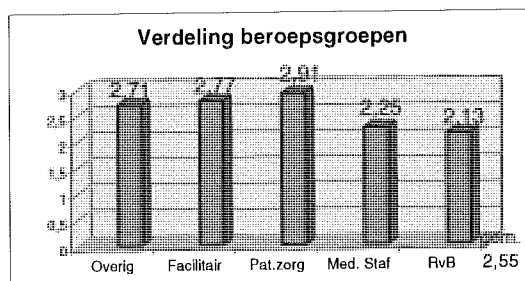
Figuur 3b 5.1

Het belang van de *controller/financiën* wordt hetzelfde geschat als de manager patiëntenzorg als “belangrijk en zeer belangrijk” wordt opgeteld namelijk 42%. De groep overigen scoort zelf 2.93 op een gemiddelde van 3,1.

*P&O als initiatiefnemer*



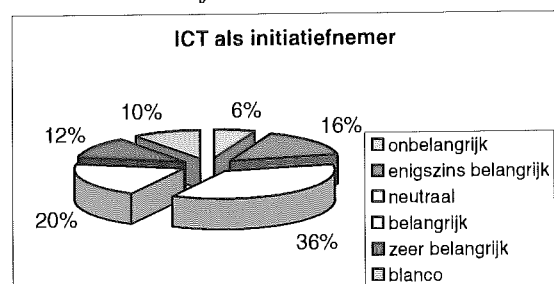
Figuur 3b 6



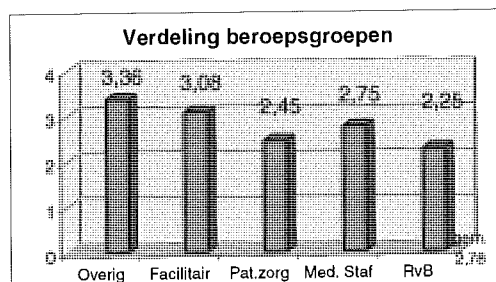
Figuur 3b 6.1

P&O heeft een percentage van 32% als initiatiefnemer bij “belangrijk en zeer belangrijk”. Het gemiddelde is 2.55 en daarmee is P&O de op één na minst belangrijke initiatiefnemer.

*ICT als initiatiefnemer*



Figuur 3b 7



Figuur 3b 7.1

Tot slot komt ICT aan de orde. ICT heeft hetzelfde percentage als P&O, namelijk 32% voor “belangrijk en zeer belangrijk” waarbij opgemerkt kan worden dat het percentage “zeer belangrijk” het dubbele is van bij P&O (12 t.o.v. 6%). Het gemiddelde zit op 2.78 waarbij de groep overig het hoogst scoort (3.36).

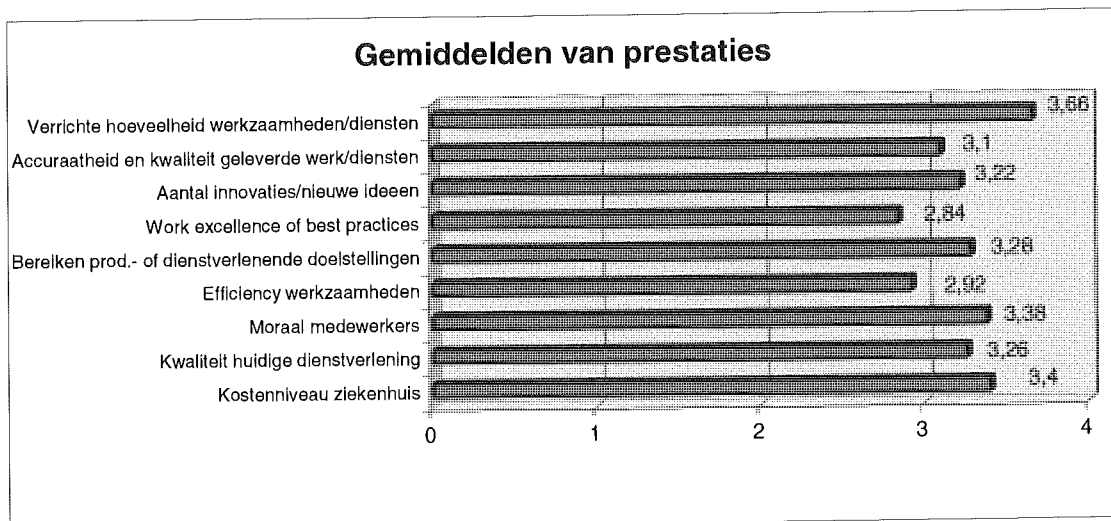




Als gekeken wordt naar de initiatiefnemers en de mate waarin ze belangrijk worden geacht, scoort de medische staf het hoogst. De facilitair manager scoort het hoogst, gevolgd door de Raad van Bestuur, en de patiëntenzorg en controller/financiële zaken op een gedeelde derde plaats. P&O en ICT delen de vierde plek en de medische staf sluit zoals eerder aangegeven de rij.

### **Prestaties**

Aan de respondenten is gevraagd een oordeel te geven over de (relatieve) prestaties van het eigen ziekenhuis. Hoe wordt de eigen organisatie gewaardeerd in vergelijking met die van andere ziekenhuizen op een negental factoren. In figuur 3c10 worden per factor de gemiddelde scores getoond. De schaal is 1= ver beneden het gemiddelde, 2= enigszins beneden het gemiddelde, 3= rond het gemiddelde, 4= iets boven het gemiddelde en tot slot 5= ver boven het gemiddelde. Er zijn twee prestaties waar lager dan rond het gemiddelde wordt gescoord, te weten bij Work excellence/best practices en de efficiency van de werkzaamheden. Alle andere prestaties geven een positiever beeld te zien met als topper de verrichte hoeveelheid werkzaamheden/diensten. Bij veel prestaties zien we dat de categorie “rond het gemiddelde” een grote taartpunt vormt. In zes van de negen prestaties is dit het geval. In drie gevallen is de taartpunt iets boven het gemiddelde de grootste. Dit zijn de verrichte hoeveelheid werkzaamheden en of geleverde producten/diensten, het aantal innovaties of nieuwe ideeën en de moraal van de medewerkers.



Figuur 3c 10

Bij de *verrichte hoeveelheid werkzaamheden* scoren de medische staf en de patiëntenzorg het hoogst, ongeveer een halve punt meer dan de andere beroepsgroepen. Bij de *accuraatheid en/of kwaliteit van het geleverde werk* scoort de medische staf een 4 terwijl alle andere beroepsgroepen rond de 3 scoren. Het aantal innovaties laat een beeld zien van 3.14 tot 3.75 met een gemiddelde van 3.22. De Raad van Bestuur en de medische staf scoren het hoogst. De hoogste bij *best practices* is opnieuw de medische staf. De Raad van Bestuur scoort 3.88 bij bereiken productie/dienstverlenende doelstellingen, de laagste score is hier overig met 2.86 bij een gemiddelde van 3.28. De *efficiency van de werkzaamheden* heeft een gemiddelde van 2.92, de medische staf is hier het hoogst met 3.5. De *moraal van de medewerkers* scoort over de hele linie hoog, de medische staf weer net hoger dan de rest met 4.



Bij de kwaliteit van de dienstverlening ongeveer een zelfde beeld, een hoge score (gem. 3.26) en de medische staf het hoogst met een 4. Tot slot het *kostenniveau*, wederom een hoge gemiddelde score met de facilitaire groep relatief het laagst met 3.08 en de medische staf het hoogst met 3.75.

#### 4.2.4. Nieuwe wegen

In de enquête wordt het Shared Service Center als volgt toegelicht. Een Shared Service Center wordt gezien als nieuw middel om de kosten te reduceren en de kwaliteit van dienstverlening te verhogen. Andere benamingen voor een SSC zijn service centre, front office, back office of counting house. Een SSC onderscheidt zich echter door het feit dat er gebruik wordt gemaakt van Service Level Agreements (SLA). In een SLA worden afspraken gemaakt met betrekking tot de te leveren diensten, het kwaliteitsniveau en de kosten daarvan, waardoor interne doorbelasting kan plaatsvinden. Een definitie van een SSC is de volgende:

*‘Een Shared Service Center is een resultaat verantwoordelijke eenheid (RVE) in de interne organisatie van een onderneming, overheidsinstelling of non-profit instelling, die tot taak heeft het leveren van diensten op een specifieke specialisatie (zoals administratie, personeelszaken, informatietechnologie, inkoop etc.) aan de operationele eenheden van die onderneming (zoals business units, divisies of werkmaatschappijen) op basis van een overeenkomst tegen een verrekenprijs’ (Strikwerda 2003).*

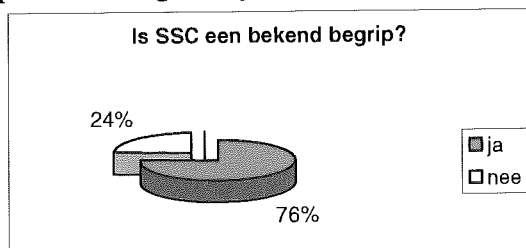
Een andere definitie is:

*‘Shared Services is het concentreren van activiteiten waarvoor dezelfde competentie of expertise nodig is binnen een afzonderlijke marktgerichte entiteit.’ (Onderzoek Magnitude consulting 2002)*

Voor het ziekenhuis zou dit kunnen worden vertaald in het aanbieden van ondersteunende activiteiten vanuit één (overkoepelend) organisatieonderdeel: specifieke werkprocessen per afdeling worden gebundeld in één werkproces in het Shared Service Center.

#### Bekendheid en ervaring SSC

Hoe het met de bekendheid staat onder de werkers in de ziekenhuizen is te zien in figuur 4a. Te zien is dat  $\frac{3}{4}$  van de respondenten bekend is met het begrip. In de patiëntenzorg en bij de medische staf is de bekendheid relatief te geringst.

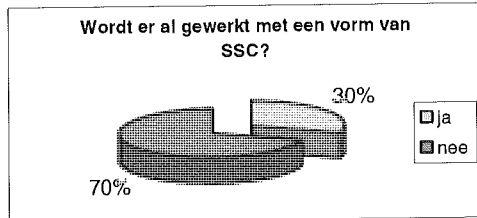


Figuur 4a



### *Gewerkt met een vorm van SSC*

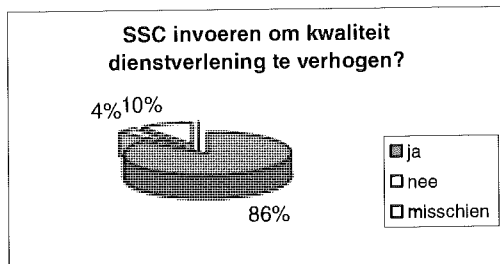
Bij de vraag of er al gewerkt wordt met een vorm van SSC geeft ongeveer 30% aan dat er met een vorm van SSC gewerkt wordt de rest van niet. De Raad van Bestuur en de medische staf zeggen relatief het vaakst 'nee'.



*Figuur 4b*

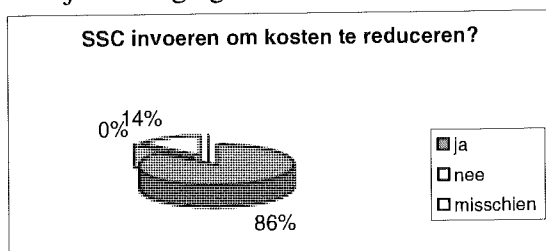
### *Starten met SSC*

SSC wordt door het overgrote deel van de respondenten overwogen als dat de kwaliteit zou verhogen. Daarbij zijn de beroepsgroepen overig en facilitair zeer uitgesproken voorstander, de patiëntenzorg, de medische staf en de Raad van Bestuur laten de meeste "misschien" antwoorden zien.



*Figuur 4d*

Bij de vraag SSC in te voeren als dit leidt tot kostenreductie zien we hetzelfde beeld als bij de vorige grafiek, het merendeel overweegt invoering.



*Figuur 4e*

De bereidheid om met een SSC aan de slag te gaan vanuit kwaliteits- en kostenoverwegingen lijkt gelet op de percentage van 86% voor beide aanwezig, maar of de *randvoorwaarden* aanwezig zijn is de volgende vraag uit het onderzoek.

### ***Randvoorwaarden***

Er zijn verschillende randvoorwaarden te noemen die van belang zijn bij de invoering van een Shared Service Center. In de enquête is gevraagd in hoeverre de randvoorwaarden aanwezig zijn binnen het ziekenhuis van de respondent. De vragen hebben onder meer betrekking managementstijl, attitude, middelen en visie. In onderstaande figuur 4f is te zien dat de scores zich bewegen rond de 3, neutraal. De schaal is als volgt: 1=volledig mee eens, 2=grotendeels mee oneens, 3=neutraal, 4=grotendeels mee eens en 5= volledig mee eens.

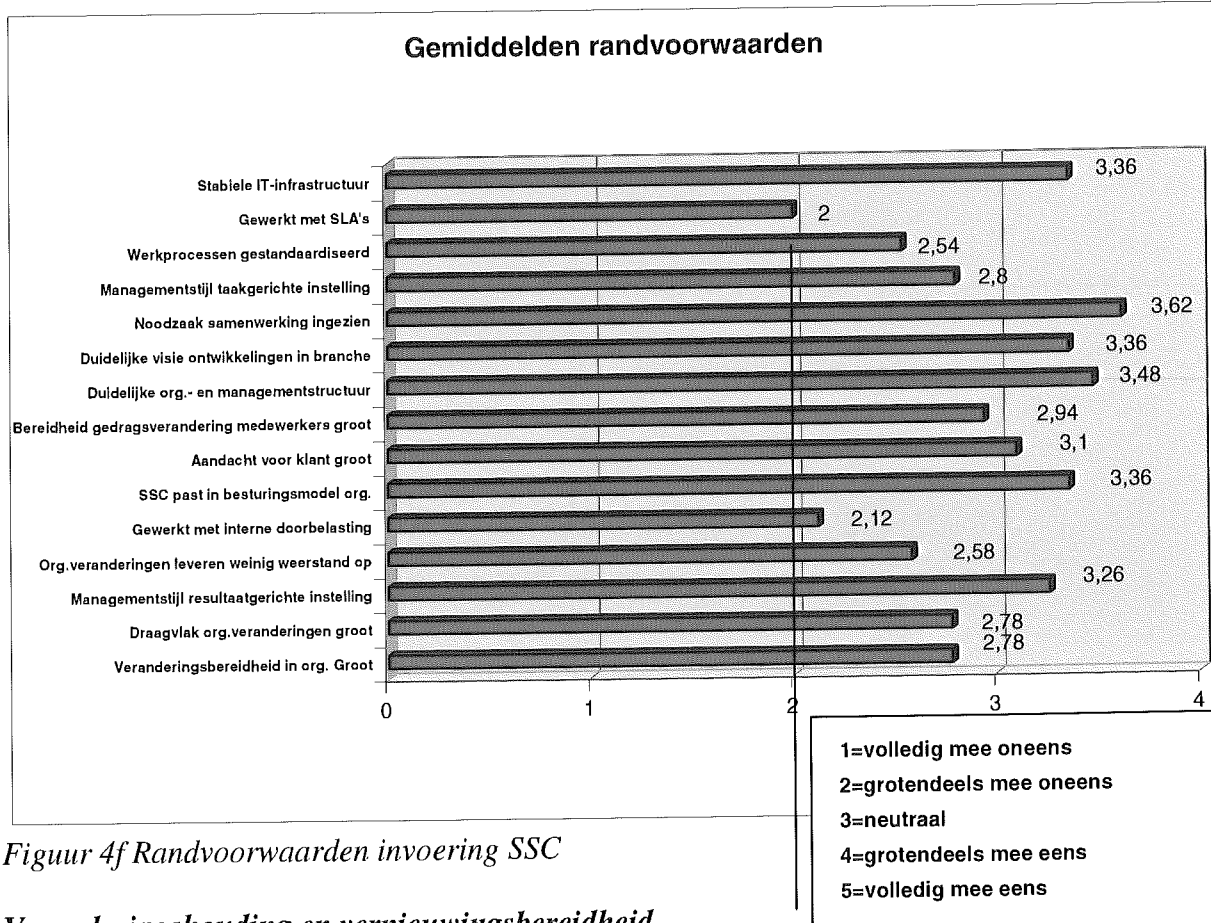


De vragen kunnen in een drietal groepjes worden verdeeld hoewel bij sommige de indeling enigszins arbitraire is.

Het *eerste groepje* is geclusterd rond het begrip *systemen*, te weten de (stabiele) IT-infrastructuur, het gebruiken van SLA's, het standaardiseren van werkprocessen en de toepassing van interne doorbelasting. Met uitzondering van de IT-infrastructuur die van alle scores een gedeelde derde plaats bezet met 3.36 scoren de andere drie randvoorwaarden beneden neutraal en zitten daarmee tussen grotendeels mee oneens en neutraal in. Als we kijken naar de scores per beroepsgroep dan zijn er geen extreme afwijkingen tussen de beroepsgroepen, de medische staf is het hoogst bij de score van de stabiele IT-infrastructuur en duidelijk het laagst bij het standaardiseren van werkprocessen. De vaststelling dat in totaal onder gemiddeld gescoord wordt is een belangrijke als gekeken wordt naar de randvoorwaarden voor de introductie van SSC.

De *tweede groep* is samengevoegd onder het term *management*. Het betreft hier randvoorwaarden op het gebied van managementstijl, taak en/of resultaatgericht, of er een duidelijke organisatie- en managementstructuur aanwezig is, of SSC past binnen de besturingsfilosofie van de organisatie en of er een duidelijke visie is op de ontwikkelingen in de branche. Hier zien we een score die boven neutraal uitstijgt met als uitzondering de taakgerichte managementstijl (2.8), maar dat klopt weer met de hogere score van de resultaatgerichte managementstijl (3.26). De antwoorden van de verschillende beroepsgroepen verschillen meestal maximaal een half punt met als uitzondering de beoordeling of SSC in het besturingsmodel van de organisatie past. Daar scoort de medische staf een 2.75 op een gemiddelde van 3.36. De Raad van Bestuur is met de facilitaire beroepsgroep het hoogst met resp. 3.5 en 3.69.

De *derde en grootste groep randvoorwaarden* is geformeerd rond het thema *verandering en attitude*. Hier wordt gevraagd naar de noodzaak van samenwerking, de bereidheid gedrag te veranderen, de aandacht voor de klant, de weerstand en het draagvlak bij organisatieveranderingen en de veranderingsbereidheid in algemene zin. Hier zien we een wisselend beeld, de samenwerking en de aandacht voor de klant scoren "boven gemiddeld, boven neutraal". Bij de andere randvoorwaarden zien we een lagere score dan "neutraal" en deze gaan vooral over verandering. Hier zien we overigens wel verschillen tussen beroepsgroepen. Zo wordt de bereidheid tot gedragsverandering door de Raad van Bestuur met 2.5 het laagst ingeschat, en geven de medische staf en de facilitaire respondenten de hoogste cijfers, resp. 3.5 en 3.15. Opmerkelijk is verder dat ook de weerstand bij organisatieveranderingen door de medische staf als het geringst wordt beoordeeld met een 3.25 op een gemiddelde van 2.58. De veranderingsbereidheid wordt door de beroepsgroep facilitair relatief het hoogst ingeschat met 3.31 en relatief het laagst door de managers patiëntenzorg (2.27).



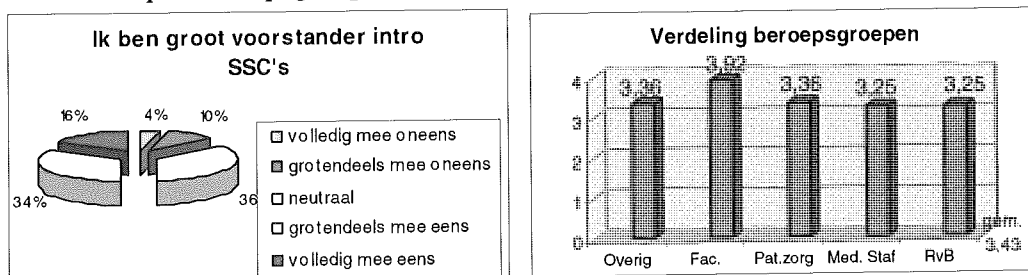
*Figuur 4f Randvoorwaarden invoering SSC*

### **Veranderingshouding en vernieuwingsbereidheid**

Nadat gekeken is of vanuit kwaliteits- en kostenoverwegingen bodem is voor de introductie van SSC en inzicht is gegeven in de randvoorwaarden, is het vervolgens van belang de *veranderingshouding* en de *vernieuwingsbereidheid* nader te onderzoeken. Aan de hand van een aantal stellingen is getracht dit plaatje te schilderen. Omdat de verschillen tussen de verschillende beroepsgroepen hierbij van groot belang kunnen zijn hier de scores per beroepsgroep vermeld en wordt aandacht besteed aan de totaalpercentages.

### *Voorstander SSC's*

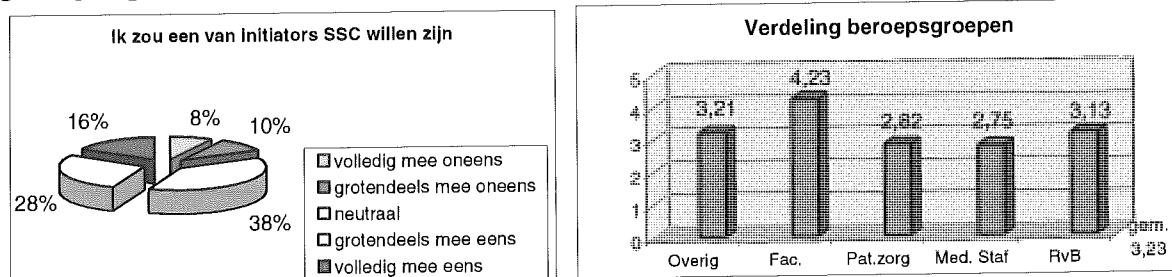
Als we naar het totaal kijken zien we dat de score "neutraal" met 36% aanzienlijk is en de optelling van "grotendeels mee eens en volledig mee eens" 50%. De verschillen per beroepsgroep zijn niet erg groot, facilitair steekt er bovenuit.



*Figuur 4g 1*

### Initiator(s) van een SSC

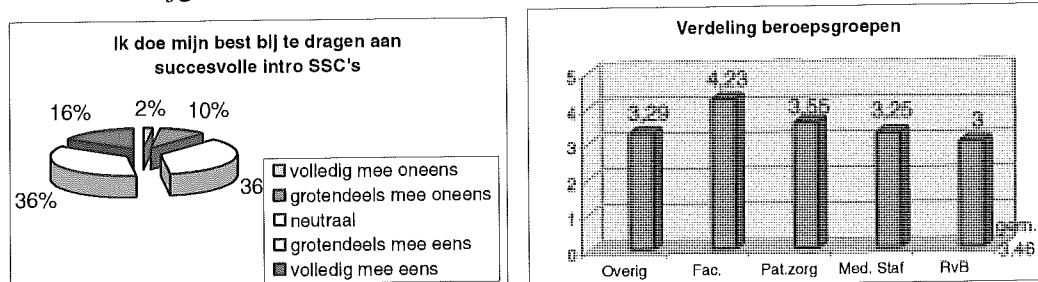
Hier zien we nadrukkelijke verschillen per beroepsgroep. Patiëntenzorg en medische staf zijn het laagst, facilitair het hoogst. Als we naar het totaal kijken zien we dat 44% het “grotendeels dan wel volledig eens” is met de stelling en er wederom een grote groep “neutraal” scoort (38%).



Figuur 4g 2

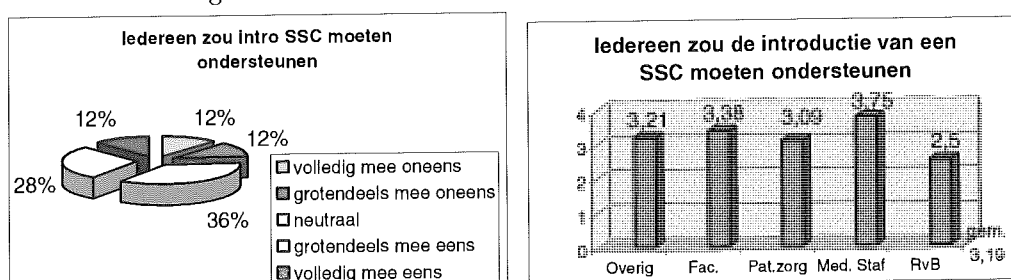
### Bijdrage aan succesvolle introductie

De score voor wat betreft het helpen bij een succesvolle introductie van een SSC geeft over de hele linie, de Raad van Bestuur uitgezonderd, een positiever beeld dan de voorgaande grafiek. Het percentage voor het totaal voor “grotendeels en volledig mee eens” stijgt naar 54%.



Figuur 4g 3

### De ondersteuning van de introductie van SSC's

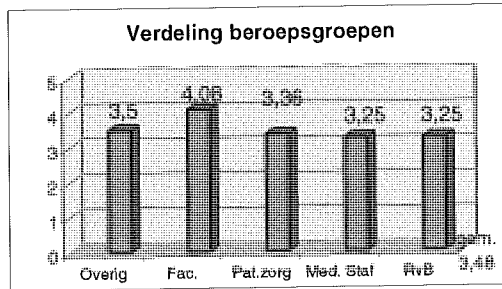
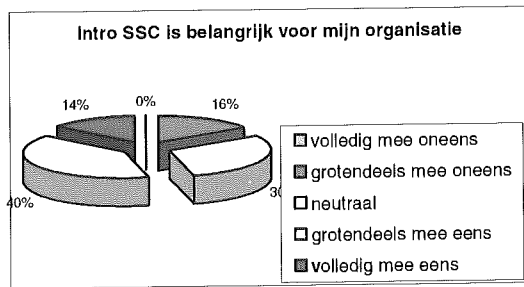


Figuur 4g 4

Hier zien we een stijging van de “volledig en grotendeels oneens” categorie naar 24% ten opzichte van de voorgaande grafiek. Het percentage “grotendeels en volledig mee eens” is slechts 40% hetgeen geleid op de vorige grafieken een laagterecord is. Vanwege dit verschil is hier tevens de figuur van het totaal getoond. Overigens wordt het verschil vooral veroorzaakt door de daling bij patiëntenzorg en facilitair.



### Belang van SSC voor organisatie



Figuur 4g 5

De meerderheid van de respondenten geeft aan dat de introductie van een SSC belangrijk is voor de eigen organisatie. “Grotendeels en volledig mee eens” scoren opgeteld 54%. Facilitair en overig scoren het hoogst met resp. 4.08 en 3.5. De medische staf en de Raad van Bestuur relatief laag met beide 3.25. De patiëntenzorg zit daar tussenin met 3.36.

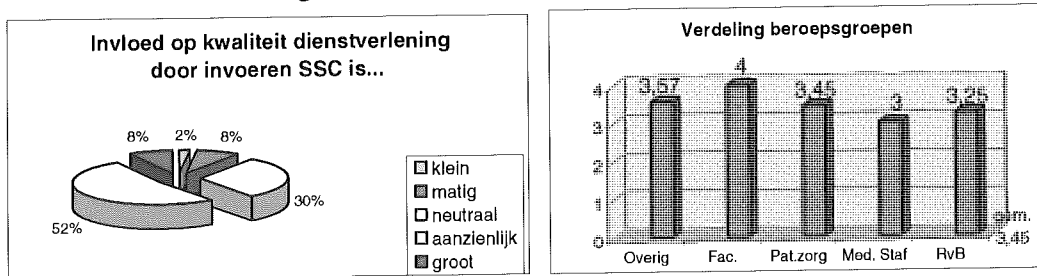


### Afsluitende stellingen

Om verder inzicht te krijgen hoe er gedacht wordt over SSC en de verandering richting SSC zijn een aantal afsluitende stellingen geformuleerd waarop de respondenten als volgt hebben gereageerd.

#### Inschatting invoering SSC op kwaliteit

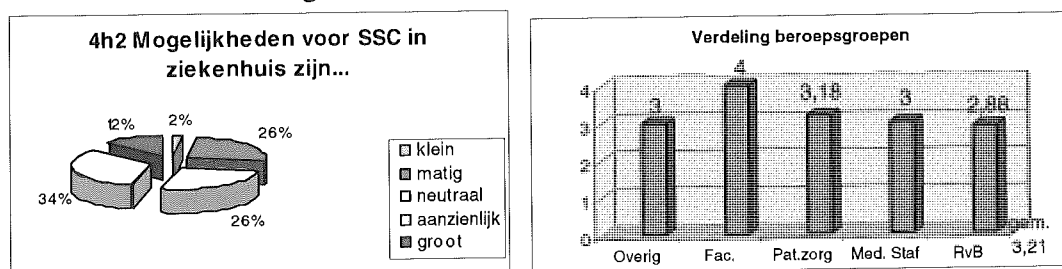
De inschatting wat een SSC kan betekenen voor de kwaliteit van de dienstverlening geeft het volgende beeld: 60% denkt dat de invloed aanzienlijk tot groot is, slechts een klein deel denkt dat de invloed klein tot matig is namelijk 10%. Overig en facilitair scoren het hoogst, de medische staf het laagst.



Figuur 4h 1

#### Inschatting mogelijkheden SSC in ziekenhuizen

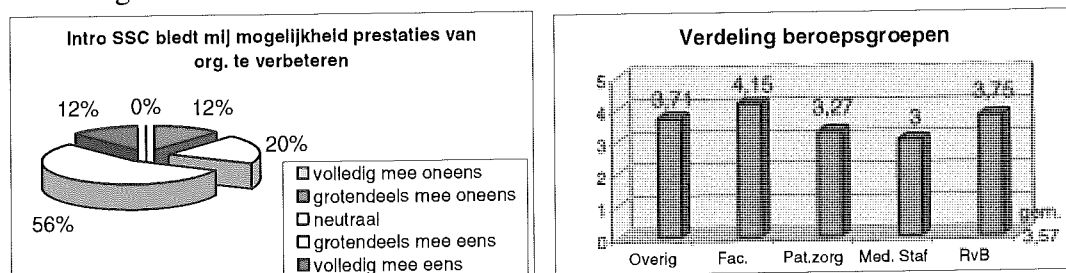
De mogelijkheden van SSC in ziekenhuizen zijn “matig en neutraal” volgens 52% en “aanzienlijk tot groot” volgens 46%. Dit houdt elkaar dus ongeveer in evenwicht. Facilitair scoort het hoogst met 4 en Raad van Bestuur het laagst met 2.88.



Figuur 4h 2

#### Inschatting prestatieverbetering door SSC

Het percentage waarbij gedacht wordt dat de prestaties van de organisatie verbeterd kunnen worden is met 60% voor “grotendeels en volledig mee eens” hoog te noemen. “Volledig mee oneens” scoort 0%. De medische staf scoort een 3, facilitair is de hoogste met 4.15.



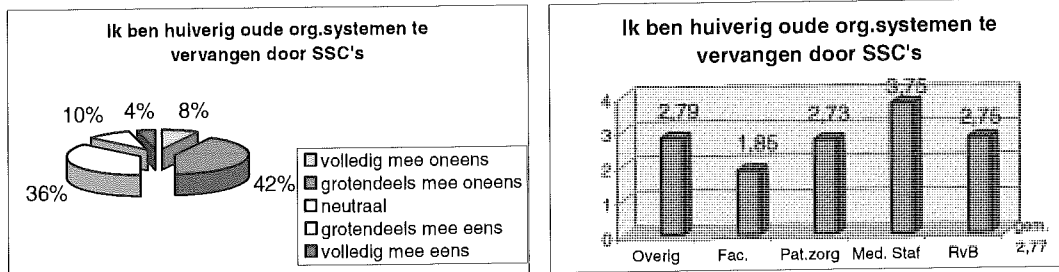
Figuur 4h 3





### Inschatting vervanging huidige organisatiesystemen door SSC

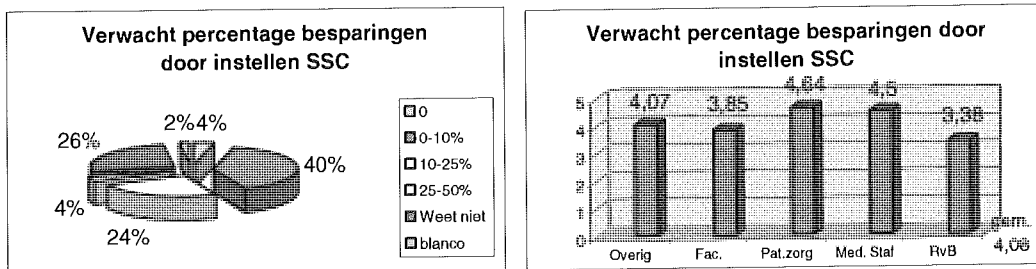
Hoe het gesteld is met de verandering van de oude organisatiesystemen naar nieuwe, verwoord met de stelling "ik ben huiverig om de huidige organisatiesystemen te vervangen door SSC" laat een percentage van 50% zien van degenen die het "volledig dan wel grotendeels oneens" zijn met deze stelling. De medische staf scoort hier het hoogst met 3.75.



Figuur 4h 4

### Verwacht percentage besparingen door SSC

Een belangrijke reden om over te gaan naar SSC is kostenbesparing. Een inschatting van het besparingspercentage is dan ook iets wat niet mag ontbreken in dit onderzoek. De grootste groep bestaat uit degenen die denken dat er 10 tot 25% bespaard kan worden. De groep neutraal en weet niet scoren resp. 24 en 26%. De medische staf en patiëntenzorg geven met name aan het niet te weten.



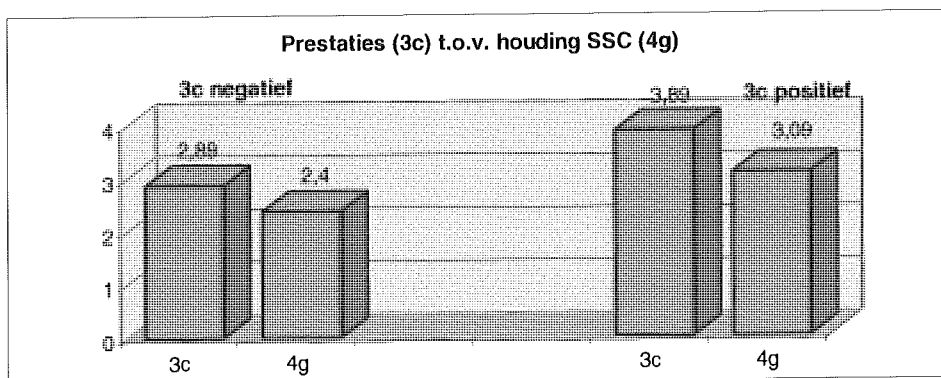
Figuur 4h 5



#### 4.2.5. Dwarsverbanden

Een dwarsverband dat nader is onderzocht is de veronderstelling dat de respondenten die relatief positief scoorden voor wat betreft de prestaties van de eigen organisatie ook positiever zouden reageren op de introductie van Shared Service Centers. Degenen die relatief minder tevreden waren met de prestaties van de eigen organisatie zouden dan ook minder positief staan ten opzichte van Shared Service Centers.

In onderstaande grafiek lijkt deze indruk te worden bevestigd. De respondenten die relatief negatiever scoren (2.89) ten opzichte van de relatief positieven (3.89) laten bij de houding ten opzichte van Shared Service Centers eenzelfde beeld zien, namelijk 2.4 ten opzichte van 3.09.



#### 4.2.6. Opmerkingen

Met name bij de toelichting die aan het einde van de enquête ingevuld kon worden is door de respondenten informatie toegevoegd. Gelet op de grote diversiteit van opmerkingen wordt hieraan in de rapportage verder geen aandacht besteed. Sommige citaten kunnen wel gebruikt worden bij de nadere presentatie en de verdere discussie over dit onderwerp.



## 5. KANSEN SHARED SERVICE CENTER ZIEKENHUIZEN

In het vijfde en laatste hoofdstuk van deze notitie wordt aandacht besteed aan de conclusies uit het onderzoek. Zijn er antwoorden gevonden op de vooraf gestelde vragen en wat kunnen we nu eigenlijk met de bevindingen? De constatering, de meer steriele resultaten zijn in het vorige hoofdstuk aan de orde geweest, hier volgen de meer normatieve conclusies, worden aanbevelingen gegeven, vindt reflectie plaats en worden opvattingen geponeerd. Ook wordt ingegaan op mogelijke vervolgstappen.

### 5.1. CONCLUSIES

#### 5.1.1. *Respons*

Met de vijftig terug ontvangen enquêtes, reacties vanuit twaalf ziekenhuizen met slechts één ziekenhuis dat benaderd is en dat door omstandigheden is afgefallen, kan de respons hoog genoemd worden. Wel zijn er verschillen in het aantal enquêtes dat is terug ontvangen per beroepsgroep. Van de medische staf zijn de minste reacties terug gestuurd. De reacties vanuit de andere groepen zijn goed, die van de Raad van Bestuur zelfs zeer goed gelet op de geringere omvang van deze beroepsgroep. Het onderzoek heeft niet de pretentie om exacte antwoorden te geven over het wel of niet invoeren van Shared Service Centers, maar het doel inzicht te geven in de visie over dit onderwerp is mijns inziens ruimschoots gehaald. De vragen of een SSC een kostenbesparend en kwaliteitsverhogend concept kan zijn voor ziekenhuizen en in het verlengde daarvan of een SSC een voordehandliggende strategie is voor ziekenhuizen om de toekomstige ontwikkelingen van krimpende budgetten en stijgende vraag naar kwalitatief betere dienstverlening, kunnen mijns inziens op basis van het onderzoek beantwoord worden. De toetsing heeft plaatsgevonden, de interpretatie blijft een subjectieve aangelegenheid van de onderzoeker. Het delen van de nieuwe informatie zal leiden tot verder inzicht in of er daadwerkelijk gestart moet worden met SSC in ziekenhuizen.

#### 5.1.2. *Bezuinigingen*

Het onderzoek levert veel interessant materiaal over hoe er op dit moment bezuinigd wordt en hoe dat in de toekomst zou moeten. De twee uitersten, te weten de kaasschaafmethode en het maken van fundamentele keuzen, worden naast elkaar gezet. Een zeer duidelijke conclusie is dat de kaasschaafmethode de langste tijd heeft gehad en dat het nu tijd is voor het maken van fundamentele keuzen. Deze lijn wordt bevestigd in de vergelijking met de achttien wijzen van bezuinigen.

Op facilitaire zaken wordt het meest bezuinigd en dat bevestigt de zienswijze van “flexibel response” als het gaat om facilitaire kosten, bij hoogconjunctuur kunnen de spullen niet snel genoeg ‘aangesleept’ worden en bij recessie moet er snel worden bijgestuurd, moeten de facilitaire kosten snel kunnen worden gereduceerd. De opmerking dat door de verschillende beroepsgroepen de ‘eigen’ bezuinigingen het sterkst worden gevoeld is ook een aardige hoewel niet verrassend, maar wel bevestigend. De hoge score van de medische staf bij personele zaken is ook een opmerkelijke, immers daar is meestal slechts een indirecte relatie naar werkdruk bij de medewerkers. De lage score van de patiëntgebonden kosten geeft ook aan dat dit



een moeilijk gebied is om in de greep te krijgen, het plaatje van de bezuinigingsgebieden bevestigt het beeld dat er eerst op de gebieden bezuinigd wordt die relatief eenvoudiger zijn bij te sturen.

De achttien bezuinigingswijzen geven een duidelijke verschuiving te zien. De top vijf van toekomstige bezuinigingswijzen en ook de bezuinigingsmanieren die de grootste stijging hebben laten zien zijn allemaal methoden die grotere veranderingen inhouden, meer tijd vergen, meer overleg vragen, en waarbij een langetermijnvisie essentieel is. Belangrijk is wel de constatering dat er blijkbaar wel een sterke behoefte en dus draagvlak bestaat om op een nieuwe manier met bezuinigingen om te gaan. Dit biedt dus ook een opening om nieuwe discussies aan te gaan waaronder de discussie over, het nadenken over het gebruik maken van Shared Service Centers in de ziekenhuizen. De scores van het anders organiseren van activiteiten gaat naar 96% en alle beroepsgroepen geven hoge punten zodat geconcludeerd kan worden dat de discussie over SSC in ieder geval een goede bodem heeft om te starten. Ook het veranderen van de organisatie heeft een hoog percentage waarbij de meeste weerstand in de patiëntenzorg lijkt te zitten en gek genoeg juist niet bij de medische staf. De tijd lijkt rijp voor fundamentele keuzen.

### **5.1.3. De huidige organisatie van het ziekenhuis**

Plannen en ideeën voor het anders organiseren van services zijn er genoeg gelet op het percentage van 84%. Blijkbaar is er beweging genoeg in de ziekenhuis-organisaties. Wellicht is de vraag ook te ruim gesteld, waardoor er een hoge score is uitgekomen. De vervolgvraag betreffende het initiatief bij het anders organiseren van services aan patiënten en/of medewerkers dan wel het introduceren van nieuwe manieren van het organiseren van activiteiten is ingegeven om inzicht te krijgen in de vraag wie de kar van vernieuwing wil trekken, wie wil daar verantwoordelijk voor zijn.

Opmerkelijk is dat de Raad van Bestuur als initiatiefnemer wel door 60% van de respondenten wordt gezien als belangrijk en zeer belangrijk maar dat de Raad van Bestuur zelf op dit item het laagste scoort. Het moet toch niet zo zijn dat er gewacht wordt op wie er nu initiatief neemt: Moet de Raad van Bestuur niet juist een maximaal duidelijk zijn waar ze naar toe willen? De Raad van Bestuur geeft de langetermijnvisie die gelet op de resultaten zo gewenst, vereist is. De facilitair managers hebben - en dat lijkt mij verrassend - de hoogste score voor wat betreft initiatief, en dat hoge cijfer hebben ze over de hele linie hoewel de eigen score het gemiddelde extra omhoog trekt. Als deze constatering juist is en de lagere scores voor met name patiëntenzorg als grote groep eveneens kloppen, dan ligt er een schone taak voor de facilitair managers om deze handschoen op te pakken. Een gewichtig aandachtspunt is daarbij naar mijn mening dat het werkveld van de vernieuwingen niet uitsluitend op het algemene, facilitaire vlak mag liggen. Het gevaar bestaat dat er domeindiscussies ontstaan die de vernieuwing in de weg staan of in ieder geval vertragen.

Aan de respondenten is gevraagd hoe er gedacht wordt over de prestaties van het eigen ziekenhuis vanuit het perspectief dat er een relatie gelegd kan worden tussen de mate waarin de organisatie al met vernieuwingen bezig is of juist het omgekeerde, namelijk dat de (tegenvallende) prestaties dwingen tot dwingende maatregelen. Geconcludeerd kan worden dat de ziekenhuizen voor het grootste gedeelte rond het gemiddelde zitten voor wat betreft prestaties en daarmee een representatief beeld



geven van alle ziekenhuizen. Twee prestaties geven een lager gemiddelde, te weten work excellence/best practices en de efficiency van werkzaamheden. Dit duidt er op dat hier nog progressie te halen is. Blijkbaar zien de respondenten mogelijkheden (nog) efficiënter te werken en zien ze elders voorbeelden van best practices die in de eigen organisatie nog opgepakt kunnen of moeten worden. Het kostenniveau scoort hoog, dat wil zeggen dat het kostenniveau boven gemiddeld ligt, hetgeen aangeeft dat hier nog daadwerkelijk besparingen zijn te behalen en de hoogste score voor wat betreft het kostenniveau wordt gegeven door de facilitaire groep en de medische staf. Blijkbaar ziet de facilitaire beroepsgroep, ondanks de hoge bezuinigingsinspanning die reeds geleverd is gelet op de eerdere resultaten bij de vragen over bezuinigingen, nog steeds mogelijkheden verdere besparingen te realiseren. De medische staf geeft ook bij bezuinigingen aan dat er relatief weinig bezuinigd is op patiëntenzorg/patientgebonden kosten, hetgeen dus overeenkomt met hun hoogste score bij het kostenniveau van het ziekenhuis. De vraag hierbij is of hieruit geconcludeerd mag worden dat de medische staf juist in deze gebieden nog besparingsmogelijkheden ziet.

#### 5.1.4. *Nieuwe wegen*

De hoge score van de *bekendheid van Shared Service Centers* is verrassend te noemen, hoewel daarbij moet worden opgemerkt dat de vraag is gesteld nadat er een definitie is gegeven. Dit had ook kunnen leiden tot een strakkere beantwoording van de vraag waardoor de score lager geweest zou zijn, maar blijkbaar is de vraag ruim geïnterpreteerd. De volgende vraag is al scherper opgepakt en daar beantwoordt nog slechts 30% de vraag of er *gewerkt wordt met een vorm van Shared Service Center* positief. De formulering van de vraag “een vorm van” geeft ook enige ruimte, zodat wanneer de vraag naar de letter van de definitie zou worden gesteld de score nog lager geweest zou zijn. Immers de score bij randvoorwaarden die verderop nog aan bod komt laat bij SLA's zien dat die nog geen gemeengoed zijn met een score van 2 (1= volledig mee oneens, 2= grotendeels mee oneens). De vragen over of er overwogen wordt met een SSC te starten als dit de kwaliteit verhoogt en de kosten reduceert worden identiek beantwoord. Beide scores 86%: JA. Het lijkt er hier op dat iedereen morgen wil starten.

#### *Randvoorwaarden*

De randvoorwaarden zijn van belang om in te schatten of het ook daadwerkelijk op korte termijn willen starten met een SSC ook mogelijk is. De conclusies van deze invalshoek kunnen helder zijn. De randvoorwaarden zijn verdeeld in drie groepen, per groep wordt een conclusie getrokken:

- *Systemen*, dit betreft gebruik SLA's, gestandaardiseerde werkprocessen, interne doorbelasting en (stabiele) IT-infrastructuur. Hoewel de IT-infrastructuur positief scoort, lijken de randvoorwaarden voor de overige onderwerpen onvoldoende aanwezig en zal daar eerst aandacht voor moeten zijn alvorens een succesvolle implementatie van SSC realistisch is. De positieve score van de IT-infrastructuur zegt niets over de gewenste - of sterker nog - vereiste applicaties die aanwezig moeten zijn om met SSC aan de slag te kunnen. Het belang van moderne IT middelen is onontbeerlijk bij SSC's. Hier moet dus nog aan gewerkt worden.



- *Management*, dit betreft de aanwezigheid van een taak- c.q. een resultaatgerichte managementstijl, of er een duidelijke organisatie-managementstructuur is, of SSC past in de besturingsfilosofie van de organisatie en of er een duidelijke visie is op de ontwikkelingen in de branche. Het lijkt erop dat de scores hier dusdanig hoog zijn dat dit een nieuwe ontwikkeling als een SSC niet in de weg staat. Er is een verschuiving zichtbaar van taak- naar resultaatgerichte managementstijl en de visie op de branche, belangrijk voor de lange termijn scoort ook hoog. Samengevat lijkt het erop dat voor wat betreft randvoorwaarden t.a.v. management de stap naar vernieuwing gemaakt kan worden.
- De grootste en in dit verband zeker niet de minst belangrijke groep is de randvoorwaardengroep die gaat over *verandering en attitude*. Hier zien we dat de wil om samen te werken en de aandacht voor de klant aanwezig is, maar bij de bereidheid gedrag te veranderen en de weerstand en het draagvlak bij organisatieveranderingen en de veranderingsbereidheid zien we lagere scores. Op het gebied van veranderingen is er dus nog veel werk te verzetten. Daarbij zien we dat de medische staf bij weerstand voor veranderingen gering scoort en dat de patiëntenzorg relatief het minst veranderingsbereid is. Ook hier geldt dat de facilitaire vernieuwingsdrang groter is dan in de patiëntenzorg. Bij de patiëntenzorg zal dus nog veel missiewerk verricht moeten worden wil de veranderingsbereidheid ook in deze beroepsgroep op een hoger niveau komen. Dit is randvoorwaardelijk voor het welslagen van de vernieuwing en de groep patiëntenzorg is de grootste beroepsgroep in de ziekenhuizen.

#### *Veranderingshouding en vernieuwingsbereidheid*

Het lijkt erop dat de voorwaarden veranderingshouding en vernieuwingsbereidheid naar de positieve kant uitslaan, maar ook is nog zichtbaar dat het maar om een kleine meerderheid gaat van “early adapters”, tenminste als we kijken naar de vraag of men voorstander is van de introductie van SSC. Als we kijken naar de vraag wie er dan initiator zou moeten zijn, zien we dat de aloude stelling “iemand anders” als er iets moet gebeuren ook hier opgaat. De scores dalen spectaculair ten opzichte van de eerste vraag als we dat bekijken per beroepsgroep. Er zal nog veel missiewerk verricht moeten worden bij met name patiëntenzorg en medische staf. Helpen bij de totstandkoming van SSC geeft weer een wat positiever beeld. Wellicht dat dit iets zegt over de mate van weerstand die ondervonden gaat worden. Een gematigde positieve instelling om met SSC aan de slag te gaan zou een voorzichtige conclusie kunnen zijn. Omdat de meerderheid van de respondenten de introductie van SSC belangrijk acht voor de organisatie, lijkt er een draagvlak te zijn om hierover in ieder geval met elkaar in discussie te gaan.

#### *Shared Service Center absoluut bespreekbaar*

Als de invloed van de kwaliteit van de dienstverlening slechts door een klein percentage “klein” (2%) en “matig” (8%) wordt ingeschat. Dat door de rest deze invloed “neutraal” tot “aanzienlijk” en “groot” wordt bestempeld, dan kan het niet anders dan dat dit argument nadrukkelijk mee kan helpen om de SSC op de (politieke)agenda van de ziekenhuizen te krijgen. Als daar de inschatting van de mogelijkheden voor SSC in ziekenhuizen bij wordt opgeteld, bijna de helft van de respondenten zegt dat er mogelijkheden zijn, en de bijna 70% die zegt dat de



prestaties van de ziekenhuizen verbeterd kunnen worden met SSC, (60% grotendeels en volledig mee eens), dan kan er maar één conclusie zijn en die is dat er in de ziekenhuizen nadrukkelijk de mogelijkheid van SSC nader onderzocht moet worden. Dan hebben we het nog niet eens gehad over de besparingspotentie die wordt aangegeven. Maar liefst 40% geeft aan dat er van 0 tot 10% bespaard kan worden, 24% zegt dat er zelfs 10-25% minder kosten gemaakt hoeven te worden. Bezuinigingsopties lijken voor het oprapen te liggen. Als evenwel de huiver voor het opgeven van oude organisatiesystemen bekeken wordt, zien we dat de helft van degenen die gereageerd hebben daar neutraal en in meer of mindere mate instemmend op reageren. Dit is dus een groep die nog overtuigd moet worden en daaraan zal expliciet aandacht besteed moeten worden.

Tot slot de toetsing van de gedachte dat de goed presterende respondenten - zij geven aan dat hun ziekenhuis bovengemiddeld presteert - ten opzichte van de beneden gemiddeld presterende instellingen positiever zouden staan tegenover de vernieuwing door middel van SSC. Deze stelling is bevestigd. De respondenten, voor de duidelijkheid niet de ziekenhuizen, zijn verdeeld in de helft onder en de helft boven gemiddeld voor wat betreft de prestaties. De twee groepen zijn vervolgens gerelateerd aan de houding ten opzichte van SSC en inderdaad blijkt dat er een significant verschil is tussen beide groepen. De "bovengemiddelden" oordelen ook positiever over de invoering van een Shared Service Center.



## 5.2. AANBEVELINGEN

Bij de opsomming van aanbevelingen wordt dezelfde volgorde aangehouden als hiervoor, er wordt eerst ingegaan op het algemene gedeelte van de vraagstelling, vervolgens komt het onderwerp bezuinigingen aan bod gevolgd door de visie op de huidige organisatie en tot slot de onderwerpen die bij nieuwe wegen aanhangig zijn gemaakt.

### 5.2.1. *Algemeen*

Gelet op de respons op de enquête en de conclusies die daaruit getrokken zijn, biedt deze notitie voldoende aangrijpingspunten om daarmee het gesprek, de discussie, binnen de ziekenhuisorganisaties aan te gaan. Het geeft meer dan genoeg inzicht in de opvattingen die leven binnen de ziekenhuizen, zelfs gesplitst naar beroepsgroep. Per ziekenhuis kan het gesprek opgepakt worden, waarbij uiteraard de specifieke omstandigheden van de betreffende organisatie meegenomen moeten worden. De resultaten kunnen veel onduidelijkheden wegnemen en een start zijn voor het proces van nadenken over Shared Service Centers binnen de eigen organisatie.

### 5.2.2. *Bezuinigingen*

In een artikel staat het tussenkopje “applaus voor bezuinigen” en hoewel het vervolg daarvan niet ingaat op bezuinigen als kans is dat wel de associatie die dit oproept. Er zijn immers vele benamingen voor bezuinigen, efficiencykortingen, productieverbeteringen, doelmatiger werken, meer doen met minder, minder bureaucratie etc. De praktijk blijkt er echter toch nog één te zijn van schaven en raspen aan het bekende blok kaas. Uit het onderzoek komt nadrukkelijk naar voren dat die tijd voor een belangrijk deel voorbij is en dat er op andere manieren gekeken moet worden hoe er toch meer met minder kan. Dit betekent dat van bovenaf opgelegde bezuinigingen niet meer de voorkeur hebben maar dat gezamenlijk keuzen gemaakt moeten worden. Voor de invoering van Shared Service Centers is dit een voordeel, er is een aanleiding voor verandering, het creëren van een momentum is essentieel voor het welslagen van een belangrijke wijziging van organiseren van activiteiten. De bezuinigingen kunnen daarvoor, mits goed gecommuniceerd, worden gebruikt.

### 5.2.3. *De organisatie*

Ideeën en plannen om het anders te doen dan voorheen zijn er voldoende, evenwel in hoeverre de instellingen daarin daadwerkelijk ook slagen is niet uit het onderzoek op te maken. Het programma “Sneller Beter” laat de “best practices” zien, hetgeen kan helpen om niet iedere keer zelf het wiel uit te hoeven vinden, maar wat nog belangrijker is, is dat er in de organisatie visie, gezamenlijke visie ontwikkeld wordt en dat helder is waar de organisatie met elkaar voor staat. De rol van de Raad van Bestuur is hierbij cruciaal. Gelet op de resultaten van het onderzoek is de rol van initiatiefnemer niet helder genoeg en blijft de verantwoordelijkheid van de Raad van Bestuur achter bij hetgeen wenselijk, vereist is.

Het gebruik maken van “best practices” is een achtergebleven gebied dat opgepakt moet worden.

De efficiency kan nog (steeds) verbeterd worden en de vraag hoe moet dan ook maar gesteld worden los van allerlei beperkende omstandigheden, maar meer vanuit een





open vraagstelling waarbij ook over de grenzen van de eigen gebieden heen gekeken mag worden.

#### *Bekendheid en gebruik van SSC*

Hoewel de bekendheid van SSC hoog scoort en zelfs met vormen van SSC gewerkt wordt bestaat de indruk dat dit nieuwe concept nog niet voldoende in alle facetten duidelijk is bij de ziekenhuizen. Hieraan zal dan ook, bijvoorbeeld met de resultaten van dit onderzoek, verdere aandacht moeten worden besteed.

#### **5.2.4. Randvoorwaarden**

##### *Randvoorwaarden: Systemen*

Als er gestart wordt met SSC, dan zal vooraf een aantal randvoorwaarden op het gebied van *systemen* moeten worden verbeterd. Het gebruik van SLA's moet zijn geïntroduceerd, de werkprocessen moeten verder zijn gestandaardiseerd, er moet intern doorbelast worden, de klant moet, in welke vorm is nader te bepalen, een rekening krijgen voor de diensten die zijn verricht. De IT-infrastructuur heeft een relatief hoge score, maar dit betekent niet dat de IT op het niveau is dat een succesvolle start van SSC garandeert. Aan IT zal expliciet aandacht moeten worden besteed, waarbij onder meer een documentbeheersysteem, workflowmanagement, ordermanagement, logistieke pakketten genoemd kunnen worden. Het gaat vooral om procesgeoriënteerde systemen. Met een optimale benutting van ICT-toepassingen kunnen aanzienlijke efficiencyvoordelen behaald worden, waarbij hiervoor wel gelden beschikbaar gesteld moeten worden. De valkuil "meer handen aan het bed" ligt ook hier op de loer, meer mensen betekent dat er minder geld is voor vernieuwing. De parallel met de politie dringt zich op, de eis van meer politie op straat betekent dat er geen geld is voor ICT investeringen en daardoor geen mogelijkheid om met ICT efficiency winst te halen.

##### *Randvoorwaarden: Management*

Met het *management* lijkt het wel los te lopen gelet op de scores. Er is een beweging van taak- naar resultaatgericht en de structuren zijn helder (genoeg). Een element dat hier nog onvoldoende aan de orde is geweest is dat de keuze voor een SSC ook een verandering betekent in de zeggenschapsrelaties en verschuivingen in macht. Hier zal aandacht aan moeten worden besteed om verder inzicht te krijgen in de weerstanden. De managers die nu verantwoordelijk zijn voor bepaalde activiteiten blijven dat bij het gebruik maken van een SSC ook, maar de uitvoering is uitbesteed. Dit moet duidelijk gemaakt worden wil men de veranderingsbereidheid stimuleren.

##### *Randvoorwaarden: Veranderingsbereidheid en de attitude*

De grootste opgave zit in het verhogen van de *veranderingsbereidheid en de attitude*. Door veel te communiceren, veel uit te leggen, voorbeelden te geven van succesvolle projecten zal de organisatie aangezet moeten worden na te denken over de toekomstige wijze van het aanbieden van de producten en diensten van de zorgorganisatie, een conglomeraat van allerlei kleinere en grotere business units. Bij de patiëntenzorg zal de meeste energie gestoken moeten worden in het ombuigen van huidige denkwijzen om de noodzakelijke veranderingen haalbaar te maken.



### *Nader onderzoek Shared Service Centers*

Het nieuwe organisatieconcept Shared Service Centers heeft zoveel mogelijkheden dat er binnen de ziekenhuizen en wellicht in combinatie met andere aanbieders van zorg in de keten nader onderzoek gedaan moet worden naar de concrete mogelijkheden van SSC. Hoewel de veranderingsbereidheid nadrukkelijk punt van aandacht blijft, wijzen de resultaten van de in de literatuur gevonden voorbeelden en de reacties van de werkers in de zorg van dit onderzoek op kansen die we niet mogen laten liggen.

#### **5.2.5. Kansen**

Als bijlage 3 zijn de resultaten van een korte brainstormsessie “ideeën/kansen voor Shared Service Centers” toegevoegd. De gedachte was dat vanuit de enquête de ideeën zouden worden aangevuld en dat er op die manier weer nieuwe ideeën zouden kunnen worden gegenereerd. Dat is niet gebeurd. Wellicht dat de discussie over de resultaten van het onderzoek helpen om met elkaar nieuwe mogelijkheden van Shared Service Centers te ontdekken.

Als er kansen zijn voor SSC dan kunnen die liggen op drie te onderscheiden niveaus van Shared Service Centers, namelijk:

- SSC voor specifieke werkprocessen; er kan gekeken worden welke werkprocessen uit het totaal van werkzaamheden afgezonderd kunnen worden en ondergebracht kunnen worden in een SSC. Een voorbeeld hiervan kan zijn het afzonderen van het maken van afspraken voor allerlei afdelingen, zoals poliklinieken, onderzoek- en behandelafdelingen. De meerwaarde zou kunnen zijn dat de combinatie van afspraken een efficiëntere doorstroom van de patiënt bewerkstelligd, naast uiteraard de betere en patiëntvriendelijkere service die aan de patiënt geleverd wordt. Ook voor de start van de “rondgang” van de patiënt door het ziekenhuis kan informatie ingewonnen worden, de telefonische intake functioneert nu reeds voor enkele diagnosebehandel-trajecten, maar dat zou veel breder toegepast kunnen worden.
- SSC ten behoeve van één organisatie; hierboven wordt het werkproces genoemd als aangrijpingspunt voor het bedenken van SSC. Een andere ingang is voor wie het SSC bedoeld is. Een voorbeeld kan zijn een SSC voor alle vragen van medewerkers in de organisatie. Nu zien we dat er een Servicemeldpunt is voor facilitaire zaken, ook P&O-afdelingen hebben een eigen “loket” en hetzelfde geldt voor de cijfervragen bij de financiële afdelingen en/of de personeels- en salarisafdelingen. Voor al die vragen zou er ook één loket kunnen komen dat de meeste vragen kan beantwoorden. Een voorbode van een CIRM (Corporate Infrastructure Resource Management) concept?
- SSC voor meerdere organisaties; ziekenhuizen zullen steeds meer gaan “opereren” in allerlei allianties met andere zorginstellingen in de patiëntenketen, zoals met verpleeghuizen, huisartsen en de thuiszorg. Medische ICT zal ertoe leiden dat de patiënt zelf zijn toestroom naar het ziekenhuis zal plannen, informatie zal vragen en geven, zal kiezen uit medisch specialisten, behandelingen en ziekenhuizen, en nog vaker met eigen diagnoses en met voorstellen voor therapie komen. Daardoor zal de routing van de patiënt veel beter kunnen worden afgestemd en zullen artsen



toenemend in de rol van medisch consultant terechtkomen. Er zal dus veel meer informatie kunnen worden gemanaged waardoor er ook op het gebied van patiëntenlogistiek veel communicatie noodzakelijk is. Om dit in goede banen te leiden is een SSC een potentiële oplossing. Veel van de communicatie gaat over de grenzen van één organisatie, dus is een SSC voor al die organisaties, grote en kleine, een realistische optie.

Het is verleidelijk om nog meer kansen op te sommen, evenwel enige onderbouwing hiervan ontbreekt. De kansen liggen mijns inziens op het vlak van activiteiten in één organisatie maar dan moet dat wel in aantal groot genoeg zijn om de “winst” van een SSC te kunnen verzilveren. Daarnaast denk ik dat de activiteiten liggen op het grensvlak van de patiëntenzorg-georiënteerde taken en de ondersteunende activiteiten, waarbij een verschuiving van patiënt naar meer ondersteunend een aantrekkelijke is vanwege geld en beschikbaarheid van menskracht en de gesignaleerde veranderingsbereidheid bij de verschillende beroepsgroepen. Omdat de ondersteuning van IT onontbeerlijk is, is ook schaalgrootte gewenst om de IT-investeringen te kunnen dragen. En als aanvulling op hetgeen hierboven al is genoemd, betekent de verder “transmuralisering” van de zorg volgens mij dat kansen in de keten macro gezien wel eens de meeste effecten kunnen hebben en dat betekent dat er in de keten actief naar mogelijkheden voor SSC gezocht moet worden. Een eensluidend advies waar de beste kansen liggen voor SSC kan ik niet geven, maar de hierboven genoemde mogelijkheden nodigen uit tot aanvulling met creatieve, innovatieve ideeën.



### 5.3. REFLECTIE

In deze laatste paragraaf is het tijd voor enige reflectie: heeft het onderzoek gebracht van wat er vooraf van werd verwacht? Als we de vraagstelling nog een keer terughalen dan kan gesteld worden dat deze notitie *inzicht* geeft in de *(on)mogelijkheden van Shared Service Centers in ziekenhuizen*. Het idee is getoetst bij de verschillende beroepsgroepen in de ziekenhuizen. De vraag “*Is een SSC een kostenreducerend en kwaliteitsverhogend concept voor ziekenhuizen?*” en in het verlengde daarvan “*Is een SSC een voor de hand liggende strategie voor ziekenhuizen om de toekomstige ontwikkelingen van krimpende budgetten en stijgende vraag naar kwalitatief betere dienstverlening aan te kunnen?*” kan worden beantwoord. Er is inzicht gegeven in de ontwikkelingen in de ziekenhuizen, het ziekenhuis in verandering, de opmaat voor veranderingen onder externe druk. De inzichten op het gebied van Shared Service Centers is toegelicht vanuit de beschikbare literatuur, het nieuwe concept is getoetst onder vijf beroepsgroepen in een aanzienlijk aantal ziekenhuizen, waarbij de reacties op het nieuwe concept zijn verzameld en geïnterpreteerd. Er is inzicht in de randvoorwaarden en de weerstanden en de conclusie dat er absoluut ruimte is om, gelet op de resultaten, dit fenomeen verder te bespreken binnen de ziekenhuisorganisaties is een maximale score voor wat betreft dit onderzoek. Dit onderzoek kan in ondersteunende zin hiervoor gebruikt worden. Wat dat betreft is de missie volbracht. Maar er blijft altijd wat te wensen over.

Een element dat onvoldoende belicht is, is de personele component. In de aanleiding is hieraan wel even aandacht besteed maar dit komt verder niet of nauwelijks terug. Ontplooiingskansen voor medewerkers als er gewerkt wordt in de SSC, dat kan nadrukkelijker benoemd worden. In dit verband is ook de recente publicatie van Prismant relevant over het grote deel van de beroepsbevolking dat in de zorg zou moeten gaan werken om het pakket aan zorg in stand te kunnen houden. Dit betekent dat er op een andere manier gewerkt moet worden om dat mogelijk te maken. Ook de terugkeer van een oude bekende, de doktersassistente in de huisartspraktijk, laat een verschuiving zien van door wie welk werk wordt uitgevoerd. Dit alles betekent dat er ook weer “niet zorgwerk” doorschuift naar minder zorggeschoolde krachten die weer door ICT-systemen ondersteund werk kunnen verrichten. Verder had iets meer gezegd kunnen worden over de voorbeelden van SSC die voorbij trokken. De stelling dat de ontwikkeling van de ondersteunende organisatieonderdelen die van het primaire proces volgt, is een stelling die gelogenstraft wordt. De ontwikkelingen binnen de ondersteunende diensten vinden grotendeels zelfstandig plaats. Dit had ook nader bekeken kunnen worden. Tot slot had het leggen van een relatie naar waar je staat met de facilitaire organisatie (loose-, tight- en elastic-fit) of nog een stap verder waar je naar toe wilt met de totale ziekenhuisorganisatie verder kunnen worden belicht. Als er echt marktwerking toegestaan wordt, op welke manier wordt die concurrentie aangegaan? Wordt gekozen voor produktleiderschap, voor customer intimacy of juist voor operational excellence en wat betekent dit dan voor een SSC? Er blijft veel te onderzoeken over en daarmee zijn we weer aan het begin van het onderzoek, namelijk de trechter waarin de eerste ideeën over dit onderzoek diverse malen zijn bijgesteld, veranderd en tenslotte toch maar zijn vastgespijkerd. Ook gedurende het onderzoek bleef de neiging tot uitwaaieren aanwezig maar op het eindresultaat kan volgens mij met voldoening en zelfs enige trots worden



teruggekeken. En ook hier geldt weer dat hoe meer je weet hoe meer (vervolg)vragen er ontstaan. Het is een geruststelling dat dit een universeel statement is.



## BIJLAGE 1

### LITERATUUR

1. Hoogervorst, Toelichting begroting 2004 Minister Hoogervorst van VWS.
2. "Sneller Beter", programma. Een initiatief van het Ministerie van VWS en de NVZ.
3. College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen, 2002. Signaleringsrapport, ICT en de bouwkundige zorginfrastructuur.
4. Strikwerda, J., Shared Service Centers. Van kostenbesparing naar waardecreatie. Van Gorcum/Stichting Management Studies (SMS), 2003.
5. Magnitude Consulting, Soesterberg 2002, Shared Services: Kiezen èn delen. De stand van zaken in de financiële sector.
6. Opheij, W. en Willems, F. *Shared Service Centers, balanceren tussen pracht en macht*. Twijnstra Gudde Management Consultants (2004). Amersfoort, Twijnstra Gudde Management Consultants.
7. De Pree, M., *Leadership is an art*. New York, Dell Publishing, 1989.
8. Nijhof, Gerwin, Ombuigingen, Kaasschaaf of (strategische) keuzes. *Overheidsmanagement* 9/2003.

Verder is gebruik gemaakt van de volgende literatuur:

- Hombergh, Hans van der, Bezuinigingen op personeel. Valkuilen en lessen. *Overheidsmanagement* 9/2003.
- Dussen, prof. dr. J.W. van der (e.a.), *Overheidsmanagement*, Thema: bezuinigen. Nummer 9, september 2003, jaargang 16.
- Everards, mr. Gea MFM, Hennephof drs. Peter, Jurriëns, dr. Ing. Jan A., Shared Service Centers als haarlemmerolie? Zijn Shared Service Centers de oplossing voor de overheid? *Overheidsmanagement* 2003/2.
- Buren, Dick J. van, Stellingen MFM 10 Postdoctorale leergang Master of Facility Management Academische Opleidingen Groningen, mei 2003.
- Visser, G.R. (et al), W.P. Rijksen (red.), *Ondernemend besturen, Ziekenhuismanagement van overmorgen*. Van Gorcum & Comp. 1996.
- Wulff, R.E., *Het ontwerpen van ziekenhuis organisaties*. 1996.
- Hamel, Gary en Prahalad, C.K., *De strijd om de toekomst*. Scriptum Books. Schiedam. 4<sup>e</sup> druk maart 1999.
- Maas, G.W.A. & Pleunis, J.W., *Facility management*. Samson Alphen a/d Rijn/Diegem 2001.
- Eemeren, F.H. van, Grootendorst, R., Snoecks Henkemans, A.F., *Argumentatie. Inleiding in het analyseren, beoordelen en houden van betogen*. Martinus Nijhoff. Tweede herziene druk 2001.
- J. Buijs, J., Doorn, V. van, en Noordam, P. (2003). Implementatie van Shared Service Centers, de aanpak bepaalt het succes. In: *Management Executive* (november/december), blz. 28-32.
- Singh, K. en Delft, M.P. van (2000). Het overwinnen van de weerstand, de invoering van een Shared Service Centre. In: *Controllers Magazine* (december), blz. 44-46.



- Roos, P. en Workel, H. (2001). De marsroute naar een Shared Service Centre, pan-Europese implementatie. In: *Controllers Magazine* (januari/februari), blz. 29-31.
- Ghijsen Cohen, O. (2003). Randvoorwaarden voor succesvolle shared service centers. In: *Business Process Magazine* (december 2003, nr. 8), blz. 13-16.
- Dijkhuizen, D. en Koopmans, M. (2003). Naar slanke en snelle shared services. In: *Business Process Magazine* (september 2003, nr. 5), blz. 12-15.
- Hertroys, P.A.W. en Boer, Hans J. (2003). Service Level Agreement als brug tussen ontwikkeling en beheer. In: *Management en informatie*, blz.35-41.
- Christiaens, J. en Schaeken, C. Waardegedreven besturing van het Shared Service Center, een expliciet en samenhangend besturingsconcept is vereist. In: *MCA tijdschrift voor organisaties in control* (2002, nr. 6), blz. 18-25).
- Berg, M.J.M. van den, Koot, W.J.D. en Schellekens, S. (2002). Bereiken van synergie in de backoffice. In: *Banking Review* (april 2002, 2 pagina's).
- Rijk te Groot, H.R.M., Shared Services. *Automatiseringsgids* (23 januari 2004, 38<sup>e</sup> jaargang, nr. 4).
- Seesing, drs. Annekem, Strikwerda, prof.dr. Hans, Shared Service Centers. Question Library 2003/2004.
- Lee, Cornelis van der, Proefschrift Ziekenhuisfusie, procesgang en resultaten. Groningen, Rug 2000.
- Prismant beroepsbevolking.
- De rijzende ster van een oude bekende. Medisch Contact april 2004. Nivel Doktersassistent steeds belangrijker in de huisartspraktijk.
- Streppel, drs. A.G.M., Applaus voor bezuinigingen. Overheidsmanagement 9/2003.
- NVZ Vereniging van Ziekenhuizen, Het ziekenhuis van de toekomst. Een inspirerende versie op curatieve zorg in 2010 en later....



## BIJLAGE 2

## Enquêteformulier

Shared Service Centers in ziekenhuizen, een kostenreducerend en kwaliteitsverhogend concept?

*Een onderzoek naar de (on)mogelijkheden van Shared Service Centers in ziekenhuizen*

De voorliggende vragenlijst is ontwikkeld voor een onderzoek dat als doel heeft het verkrijgen van inzicht naar de mogelijkheden van een Shared Service Center in ziekenhuizen. Een duidelijke definitie van dit begrip vindt u in de vragenlijst.

Het Shared Service Center (hierna te noemen SSC) wordt gezien als nieuw middel om de kosten te reduceren en de kwaliteit van de dienstverlening te verhogen. Het fenomeen Shared Service Center staat al enkele jaren op de agenda van de grotere ondernemingen en bij de voornamelijk landelijke overheid. Over de toepassing van SSC in de gezondheidszorg is weinig bekend. Wellicht dat SSC ook in deze branche van betekenis kan zijn. In dit onderzoek richten we ons specifiek op ziekenhuizen. Het toetsen van deze gedachte vormt het uitgangspunt van dit onderzoek.

Het invullen van de vragenlijst neemt ongeveer 10-15 minuten in beslag. De vragenlijst is onderverdeeld in een aantal delen. In deel 1 worden een aantal algemene vragen gesteld. Deel 2 behandelt vragen betreffende bezuinigen en deel 3 bevat vragen over de huidige organisatie van het ziekenhuis. Het begrip Shared Service Center wordt in deel 4 'nieuwe wegen' behandeld en dit deel bevat tevens een aantal stellingen.

Wij verzoeken u alle vragen te beantwoorden. Per vraag wordt uitleg gegeven over de antwoordenschaal. Indien u over een bepaalde vraag of stelling geen mening heeft of geen antwoord kunt geven, verzoeken wij u om ook dit antwoord aan te kruisen. Een eventueel ander antwoord op een vraag kunt u invullen in de tabel en voor een eventuele toelichting is ook ruimte overgelaten. Wij hebben geprobeerd om de vragenlijst zo beknopt mogelijk te houden door het stellen van (zoveel mogelijk) gesloten vragen. Indien noodzakelijk worden aanvullende gegevens verstrekt bij de vragen. Daarnaast bestaat de mogelijkheid om op de laatste pagina nog aanvullend commentaar te geven of om aanvullende gegevens te verstrekken. Met de verzamelde gegevens wordt vertrouwelijk omgegaan.

Indien u nog aanvullende vragen heeft over deze vragenlijst dan wel andere vragen, kunt u altijd contact opnemen met de heer Dick J. van Buren, manager Facilitair Bedrijf ziekenhuis St Jansdal te Harderwijk (tel.nr. 0341-463944, e-mail adres [dj.van.buren@stjansdal.nl](mailto:dj.van.buren@stjansdal.nl)).

- Ik ben geïnteresseerd in de resultaten van dit onderzoek en ontvang graag een samenvatting van deze resultaten.

Naam ziekenhuis:

Naam:

Afdeling:

Postadres:

Postcode:

Plaatsnaam:





## Deel 1 Algemene informatie

In dit deel van de vragenlijst wordt gevraagd naar een aantal gegevens over u en de organisatie waarin u werkt. Gaat u daarbij uit van de meest recente voltijd (management)positie die u (hebt) bekleed.

- a) Wat is uw naam?
- b) Wat is de naam van het ziekenhuis waarin u werkzaam bent?
- c) In welke beroepsgroep bent u werkzaam?
- Raad van Bestuur
  - Manager patiëntenzorg
    - Facilitair manager
  - Medische staf
  - Controller/Financiële zaken
  - P&O
  - ICT
  - Anders, namelijk
- d) Hoeveel jaar bent u werkzaam in de aangegeven beroepsgroep? jaar
- e) Hoeveel jaar bent u in dit ziekenhuis werkzaam? jaar
- f) Wat is uw leeftijd? jaar



## Deel 2 Bezuinigen

De financiële situatie van ziekenhuizen staat met de economische recessie (opnieuw) onder grote druk. Het woord bezuinigen krijgt weer inhoud. Dit betekent het terugdringen van kosten, indien enigszins mogelijk, zonder verlies van kwaliteit.

- a) Op welke wijze(n) is er (tot nu toe) in de organisatie bezuinigd en in welke mate is er gebruik gemaakt van deze wijze(n) van bezuinigen? Andere wijzen van bezuinigen kunt u in de blanco ruimtes in de tabel aangeven.

*Verklaring antwoordschaal*

- 1 = van deze wijze van bezuinigen is in onze organisatie *geen* gebruik gemaakt  
 2 = van deze wijze van bezuinigen is in onze organisatie *weinig* gebruik gemaakt  
 3 = van deze wijze van bezuinigen is in onze organisatie *geregeld* gebruik gemaakt  
 4 = van deze wijze van bezuinigen is in onze organisatie *vaak* gebruik gemaakt  
 5 = van deze wijze van bezuinigen is in onze organisatie *heel vaak* gebruik gemaakt

	1	2	3	4	5
Kaasschaafmethode (d.w.z. evenredige verdeling over alle afdelingen/van alles een beetje)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De nullijn (d.w.z. geen prijscompensatie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vacaturestop	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vacaturebeheersing	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Terugdringen administratieve lasten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kerntakendiscussie (d.w.z. wat doen we wel en wat niet meer)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Terugdringen kosten ondersteunende taken (in hoeverre draagt activiteit bij aan primair proces)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Organisatie(structuur)veranderingen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Profijtbeginsel (d.w.z. doorbelasten van kosten aan klant/afdeling ter verhoging kostenbesef)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inzet ICT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Investeringen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anders organiseren van activiteiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meer budget verwerven	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meer uitbesteden van activiteiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kritischer zijn c.q. stoppen met vernieuwingen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Het afstoten van activiteiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aanpassen/flexibiliseren arbeidsvoorwaarden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Een eventuele toelichting kunt u hieronder aangeven.

b)	1	2	3	4	5
De kaasschaafmethode is een zinvolle manier van kosten reduceren, ook in de toekomst.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(1 = volledig mee oneens, 2 = grotendeels mee oneens, 3 = neutraal, 4 = grotendeels mee eens, 5 = volledig mee eens)



- c) Op welke gebieden in de organisatie wordt er bezuinigd en in welke mate wordt er op dit gebied bezuinigd?  
Andere gebieden kunt u in de blanco ruimtes in de tabel aangeven.

*Verklaring antwoordschaal*

- 1 = op dit gebied in onze organisatie vinden *geen* bezuinigingen plaats  
2 = op dit gebied in onze organisatie vinden *weinig* bezuinigingen plaats  
3 = op dit gebied in onze organisatie vinden *geregeld* bezuinigingen plaats  
4 = op dit gebied in onze organisatie vinden *vaak* bezuinigingen plaats  
5 = op dit gebied in onze organisatie vinden *heel vaak* bezuinigingen plaats

	1	2	3	4	5
Patiëntenzorg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Facilitaire zaken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inkoop	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Personele zaken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Financiële zaken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patiëntgebonden kosten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Een eventuele toelichting kunt u hieronder aangeven.



- d) Op welke wijze zal er, volgens u, *in de toekomst* bezuinigd moeten worden en in welke mate zal er gebruik van moeten worden gemaakt? Bezuinigen wordt hier als synoniem gezien van verbeteren en de vraag kan dus ook luiden: Kunt u aangeven van welke van de onderstaande keuzes u de meeste verbeteringen verwacht? Andere wijzen kunt u in de blanco ruimtes in de tabel aangeven.

*Verklaring antwoordschaal*

- 1 = van deze wijze van bezuinigen zal in de toekomst *geen* gebruik moeten worden gemaakt  
 2 = van deze wijze van bezuinigen zal in de toekomst *weinig* gebruik moeten worden gemaakt  
 3 = van deze wijze van bezuinigen zal in de toekomst *geregeld* gebruik moeten worden gemaakt  
 4 = van deze wijze van bezuinigen zal in de toekomst *vaak* gebruik moeten worden gemaakt  
 5 = van deze wijze van bezuinigen zal in de toekomst *heel vaak* gebruik moeten worden gemaakt

	1	2	3	4	5
Kaasschaafmethode (d.w.z. evenredige verdeling over alle afdelingen/van alles een beetje)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De nullijn (d.w.z. geen prijscompensatie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vacaturestop	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vacaturebeheersing	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Terugdringen administratieve lasten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kerntakendiscussie (d.w.z. wat doen we wel en wat niet meer)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Terugdringen kosten ondersteunende taken (in hoeverre draagt activiteit bij aan primair proces)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Organisatie(structuur)verandering en	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Profijtbeginsel (d.w.z. doorbelasten van kosten aan klant/afdeling ter verhoging kostenbesef)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inzet ICT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Investerings	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anders organiseren van activiteiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meer budget verwerven	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meer uitbesteden van activiteiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kritischer zijn c.q. stoppen met vernieuwingen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5
Het afstoten van activiteiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Veranderen van de organisatie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aanpassen/flexibiliseren arbeidsvoorwaarden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Een eventuele toelichting kunt u hieronder aangeven.



e)	1	2	3	4	5
Met de kaasschaafmethode kunnen de gevraagde ombuigingen onvoldoende vorm worden gegeven; er zullen fundamenteelere keuzes gemaakt moeten worden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(1 = volledig mee oneens, 2 = grotendeels mee oneens, 3 = neutraal,  
4 = grotendeels mee eens, 5= volledig mee eens)



### Deel 3 De huidige organisatie van uw eigen ziekenhuis

#### Plannen

- a) Zijn er in uw organisatie ideeën/plannen ten aanzien van het anders organiseren van services aan patiënten en/of medewerkers (bijvoorbeeld het scheiden van front en back office, een servicedesk patiëntenzorg of een servicemeldpunt) dan wel zijn er ideeën/plannen om nieuwe manieren van het organiseren van activiteiten op te starten?

- Ja  
 Nee  u kunt vraag b) overslaan  
 Misschien

- b) Wie zijn hiertoe de belangrijkste initiatiefnemers?

	1	2	3	4	5
Raad van Bestuur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manager patiëntenzorg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Facilitair manager	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medische staf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Controller/Financiële zaken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P&O	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ICT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anders, namelijk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(1 = onbelangrijk, 2 = enigszins belangrijk, 3 = neutraal,  
4 = belangrijk, 5 = zeer belangrijk)

#### Prestaties

In dit onderdeel wordt u gevraagd een oordeel te geven over de (relatieve) prestaties van uw ziekenhuis. Hoe waardeert u de prestaties van uw organisatie in vergelijking met die van andere ziekenhuizen op ieder van de volgende factoren?

	1	2	3	4	5
De door uw organisatie verrichte hoeveelheid werkzaamheden en/of het aantal geleverde producten/diensten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De accuraatheid van het door uw organisatie geleverde werk en/of de kwaliteit van de geleverde producten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Het aantal innovaties of nieuwe ideeën dat door uw organisatie is ingevoerd.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De reputatie op het gebied van "work excellence of best practices" van uw organisatie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Het bereiken van de productie- of dienstverlenende doelstellingen van uw organisatie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De efficiency van de werkzaamheden van uw organisatie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De moraal van de medewerkers binnen uw organisatie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De kwaliteit van dienstverlening, zoals deze momenteel is.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Het kostenniveau van het ziekenhuis (NB: 'beneden het gemiddelde' staat hier dus voor relatief weinig kosten).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(1= ver beneden het gemiddelde, 2= iets beneden het gemiddelde, 3 = rond het gemiddelde,  
4 = iets boven het gemiddelde, 5 = ver boven het gemiddelde)



## Deel 4 Nieuwe wegen

### Het Shared Service Center

Het Shared Service Center (hierna te noemen SSC) wordt gezien als nieuw middel om de kosten te reduceren en de kwaliteit van dienstverlening te verhogen. Andere benamingen voor een SSC zijn service centre, front office, back office of counting house. Een SSC onderscheidt zich echter door het feit dat er gebruik wordt gemaakt van Service Level Agreements (SLA). In een SLA worden afspraken gemaakt met betrekking tot de te leveren diensten, het kwaliteitsniveau en de kosten daarvan, waardoor interne doorbelasting kan plaatsvinden.

Een definitie van een SSC is de volgende:

“Een Shared Service Center is een resultaat verantwoordelijke eenheid (RVE) in de interne organisatie van een onderneming, overheidsinstelling of non-profit instelling, die tot taak heeft het leveren van diensten op een specifieke specialisatie (zoals administratie, personeelszaken, informatietechnologie, inkoop etc.), aan de operationele eenheden van die onderneming (zoals business units, divisies of werkmaatschappijen), op basis van een overeenkomst tegen een verrekenprijs”. (Strikwerda 2003)

Voor het ziekenhuis zou dit kunnen worden vertaald in het aanbieden van ondersteunende activiteiten vanuit één (overkoepelend) organisatieonderdeel: specifieke werkprocessen per afdeling worden gebundeld in één werkproces in het Shared Service Center.

- a) Is Shared Service Center een voor u bekend begrip?
- Ja  
 Nee
- b) Wordt er binnen uw organisatie reeds gewerkt met een vorm van een Shared Service Center?
- Ja ga verder naar vraag c)  
 Nee ga verder naar vraag d)
- c) Kunt u een korte beschrijving geven van het SSC, zoals deze in uw organisatie georganiseerd is?
- d) Een van de kenmerken van een Shared Service Center is het werken met Service Level Agreements (SLA's).  
“Dit contractuele element maakt dat er een organisatorische voorwaarde wordt gecreëerd voor de verhoging van de professionaliteit en de kwaliteit van de interne dienstverlening.” (Strikwerda 2003)  
Zou u overwegen een SSC in te voeren als dit leidt tot het verhogen van de kwaliteit van dienstverlening?
- Ja  
 Nee  
 Misschien
- e) “Een eerste verkenning leert dat met invoering van ssc's bedrijven in een periode van twee jaar besparingen op de kosten van administratieve taken in de orde van grootte van 20-50% weten te bereiken.”  
(Strikwerda 2003)  
Zou u overwegen een SSC in te voeren als dit leidt tot het reduceren van kosten?
- Ja  
 Nee  
 Misschien



### Randvoorwaarden

Er zijn verschillende randvoorwaarden te noemen die van belang zijn bij de invoering van een Shared Service Center. Hieronder volgt een opsomming waarbij van u gevraagd wordt aan te geven in hoeverre deze randvoorwaarden binnen uw ziekenhuis aanwezig zijn.

	1	2	3	4	5
Er is sprake van een stabiele IT-infrastructuur.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Er wordt in de organisatie gewerkt aan de hand van SLA's.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De werkprocessen zijn gestandaardiseerd.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De managementstijl wordt gekenmerkt door een taakgerichte instelling.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De noodzaak tot samenwerking wordt ingezien.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Er is een duidelijke visie op ontwikkelingen in de branche.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Er is sprake van een duidelijke organisatie- en managementstructuur.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De bereidheid tot gedragsverandering van medewerkers is groot.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De aandacht voor de klant is groot.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Een SSC past in het besturingsmodel van de organisatie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Op dit moment wordt er gewerkt aan de hand van interne doorbelasting.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Organisatieveranderingen leveren weinig weerstand op.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De managementstijl wordt gekenmerkt door een resultaatgerichte instelling.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Draagvlak voor organisatieveranderingen in de organisatie is groot.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De veranderingsbereidheid in de organisatie is groot.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(1 = volledig mee oneens, 2 = grotendeels mee oneens, 3 = neutraal,  
4 = grotendeels mee eens, 5 = volledig mee eens)

### Veranderingshouding en vernieuwingsbereidheid

In de volgende stellingen wordt ingegaan op de veranderingsbereidheid van de organisatie om te komen tot shared service centers. Kunt u aangeven in hoeverre u het eens bent met deze stellingen?

	1	2	3	4	5
Ik ben een groot voorstander van de introductie van shared service centers.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik ben (zou willen zijn) één van de initiators van de introductie van shared service centers.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik doe mijn best om bij te dragen aan een succesvolle introductie van shared service centers.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Iedereen zou de introductie van shared service centers moeten ondersteunen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik denk dat de introductie van shared service centers belangrijk is voor mijn organisatie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(1 = volledig mee oneens, 2 = grotendeels mee oneens, 3 = neutraal,  
4 = grotendeels mee eens, 5 = volledig mee eens)

### Afsluitende stellingen

a)	1	2	3	4	5
De invloed op de kwaliteit van dienstverlening door het invoeren van een Shared Service Center is.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De mogelijkheden voor een Shared Service Center in ons ziekenhuis zijn.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(1 = klein, 2 = matig, 3 = neutraal, 4 = aanzienlijk, 5 = groot)

b)	1	2	3	4	5
De introductie van Shared Service Centers biedt mij de mogelijkheid om de prestaties van mijn organisatie te verbeteren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik ben huiverig om huidige organisatiesystemen te vervangen door shared service centers.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(1 = volledig mee oneens, 2 = grotendeels mee oneens, 3 = neutraal,  
4 = grotendeels mee eens, 5 = volledig mee eens)





c)	0%	0-10%	10-25%	25-50%	Weet niet
Het verwachte percentage, dat door het instellen van een Shared Service Center binnen ons ziekenhuis bespaard zou kunnen worden, is.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Overige opmerkingen

Indien u nog aanvullende opmerkingen, suggesties etc. hebt, kunt u deze hier vermelden.

**Hartelijk dank voor uw tijd en medewerking.**

U kunt de vragenlijst per e-mail retourneren of per post naar:  
Ziekenhuis St Jansdal  
Facilitair Bedrijf  
t.a.v. de heer D.J. van Buren  
Antwoordnummer 73  
3840 VB Harderwijk



## BIJLAGE 3

### Brainstorm: Ideeën / kansen shared service centers in ziekenhuizen.

- Frontoffice
- Backoffice
- Receptie - afspraken - opname
- Telefonische intake
- Polikliniek activiteiten central
- Activiteiten vooraf - achteraf
- Internetfaciliteiten voor patiënt zelf en huisartsen en collega-ziekenhuizen
- Ontlasten receptie - telefonie
- Productiekeuken - keuken - klant - gebruiker
- Bedrijfsbureau - klant gebruiker
- Gezamenlijke beschikbaarheid van diverse informatie
- Mogelijkheden nieuw afsprakensysteem
- Plexus-project
- Combi nazorg, Thuiszorg en Rio
- Wat zijn voorbeelden SSC nu / toekomst in ziekenhuizen / elders?
  - spontaan
  - geholpen
- SSC, niveaus:
  - keten; voor meerdere organisaties in de keten
  - organisatie; binnen één organisatie.
  - werkprocessen; voor specifieke werkprocessen.



### Bijlage 4f1 t/m 4f Randvoorwaarden invoering SSC

