

# think:act CONTENT

Fresh thinking for decision makers

Een andere instelling |  
Omgaan met verande-  
ringen in de bekosti-  
ging van verpleging,  
verzorging, thuiszorg,  
gehandicaptenzorg en  
geestelijke gezond-  
heidszorg

5 Wat staat ons te doen?

4 Waar staan we?

3 Wat betekent het?

2 Waarom gebeurt het?

1 Wat gebeurt er?



+ VVT, GEHANDICAPTENZORG EN GGZ ZIJN OP WEG NAAR MARKTWERKING + PRESTATIEBEKOSTIGING IS NOODZAKELIJK VOOR LANGE TERMIJN HOUDBAARHEID VAN DE ZORG + DIT STELT NIEUWE EISEN AAN ZORGINSTELLINGEN + DEZE TRANSITIE IS PAS HALVERWEGE + HET IS NODIG NU STRATEGISCHE KEUZES TE MAKEN EN DE BEDRIJFSVOERING TE OPTIMALISEREN +

34%

VAN DE ZORGITGAVEN BESTAAT UIT VERPLEGING, VERZORGING EN THUISZORG (VVT), GEHANDICAPTENZORG EN GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG (GGZ)



## VOORWOORD

Beste lezer,

De zorg is in beweging. Al jaren stijgen de zorguitgaven sneller dan de Nederlandse economie. Omdat de zorg grotendeels publiek is gefinancierd, zet dit een steeds grotere druk op de collectieve middelen. De overheid heeft prestatiebekostiging en marktwerking geïntroduceerd om de zorgkosten te beheersen en de zorg op lange termijn betaalbaar, toegankelijk en kwalitatief hoogwaardig te houden. Niet als doel op zich, maar als middel. De impact hiervan is groot. Kiezende klanten en meer concurrentie drukken zwaar op de (toch al zorgelijke) financiële prestaties van zorginstellingen in verpleging, verzorging en thuiszorg (VVT, ook wel ouderenzorg), gehandicaptenzorg en geestelijke gezondheidszorg (GGZ). Een vlucht vooruit in schaalvergroting is niet zonder meer het antwoord. Een radicale wijziging is nodig in de wijze waarop zorginstellingen nadenken over strategie en bedrijfsvoering. Zij moeten heldere keuzes (durven) maken, de productiviteit verhogen, besparen op inkoop en managementinformatie en financieel beheer professionaliseren. De verandering in de zorgbekostiging vraagt ook om een verandering in de instellingen zelf.

In deze studie analyseert Roland Berger Strategy Consultants het waarom, wat en hoe van de transitie naar prestatiebekostiging en de keuzes die zorginstellingen kunnen maken om goede en financieel gezonde zorg te blijven leveren. We wensen u veel leesplezier en inspiratie.

Tijo Collot d'Escury  
Managing partner Roland Berger Strategy Consultants, Amsterdam

+++++

### 1 WAT GEBEURT ER?

#### MET VVT, GEHANDICAPTENZORG EN GGZ IS 34% VAN DE NEDERLANDSE ZORG OP WEG NAAR MARKTWERKING

Sinds midden jaren negentig zijn we op weg naar marktwerking in een sector die tot die tijd werd gekenmerkt door centrale planning en budgettering. De gevolgen voor patiënten, medewerkers, zorginstellingen en zorgverzekeraars zijn groot. Zorginstellingen komen op een andere manier in de zorg te staan.

De veranderingen in VVT, gehandicaptenzorg en GGZ hebben in het verleden relatief minder de aandacht gekregen in het publieke debat. Dit is nu echter snel aan het veranderen. Deze sectoren zijn samen goed voor circa 34% van de Nederlandse zorgkosten en daarmee fors groter dan de ziekenhuiszorg (25%), maar de sector is minder geconcentreerd. In 2009 bedroegen de uitgaven voor VVT, gehandicaptenzorg en GGZ in totaal 29 miljard Euro.

De geleidelijke invoering van een nieuw bekostigingsstelsel heeft ook in deze markten een grote impact. En deze invoering is pas halverwege. Zorginstellingen in VVT, gehandicaptenzorg en GGZ staan dus voor de belangrijke uitdaging zich om te vormen tot marktgerichte



In 2009 waren de totale uitgaven voor VVT, gehandicaptenzorg en GGZ meer dan 29 miljard Euro

Bron: CBS Zorgrekeningen 2009

# 3,0%

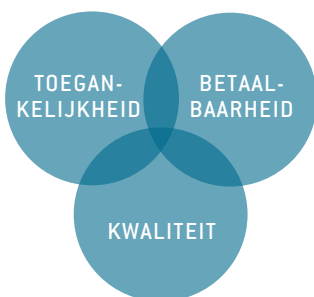
Gemiddelde jaarlijkse economische groei over de periode 2003-2009

# 5,4%

Gemiddelde jaarlijkse groei van de uitgaven aan VVT, gehandicaptenzorg en GGZ over de periode 2003-2009

Bron: CBS

## DOELSTELLINGEN VAN HET NEDERLANDSE ZORGBELEID



Bron: VWS

bedrijven voor wie de klant centraal staat. Dit vergt verstreckende keuzes en aanpassingen in de strategische positionering en de inrichting van de bedrijfsvoering.

De uitdaging waarvoor de zorginstellingen staan, kan het meest concreet worden geïllustreerd aan de hand van dat deel van de VVT, gehandicaptenzorg en GGZ waar marktwerking reeds volledig is doorgevoerd: huishoudelijke hulp. In 2007 werd voor dit type zorg een nieuw systeem geïntroduceerd met de introductie van de WMO: gemeentes selecteren sindsdien middels aanbestedingen de aanbieders van huishoudelijke hulp. Dit nieuwe systeem heeft geleid tot scherpe concurrentie, en daarmee tot winnaars en verliezers. Na jarenlang verzekerd te zijn geweest van een vast aantal klanten, bleek het plotseling mogelijk deze te verliezen aan een concurrent. Het zijn juist de nieuwkomers geweest die snelle groei en positieve financiële cijfers hebben weten te realiseren. Dit illustreert de noodzaak van adequaat reageren, voordat een (nieuwe) concurrent de standaard bepaalt.

### 2 WAAROM GEBEURT HET?

#### PRESTATIEBEKOSTIGING IS NOODZAKELIJK OM DE BETAALBAARHEID, TOEGAN- LIJKHEID EN KWALITEIT VAN ZORG OP LANGE TERMIJN TE GARANDEREN

De belangrijkste reden om het zorgbekostigingsstelsel fundamenteel te wijzigen is de noodzaak de zorgkosten te beheersen. De afgelopen jaren zijn de totale zorguitgaven sneller gegroeid dan de economie. Tussen 2003 en 2009 was de gemiddelde jaarlijkse economische groei 3,0%. Over diezelfde periode stegen de kosten voor VVT, gehandicap- tenzorg en GGZ met gemiddeld 5,4% per jaar. Dit betekent dat elk jaar een groter deel van het beschikbaar inkomen opgaat aan zorg. Omdat de zorg grotendeels publiek wordt gefinancierd, leidt dit tot een steeds grotere druk op de beschikbare collectieve middelen.

De oorzaken voor de stijging van de zorgkosten zijn de vergrijzing, de toegenomen welvaart en innovatie. Met een vergrijzende bevolking stijgt de zorgvraag. Door toenemende welvaart stellen klanten steeds meer eisen aan de aan hen geleverde zorg, zowel aan de kwaliteit en beschikbaarheid van behandelingen en faciliteiten als aan bijvoorbeeld de klantvriendelijkheid van het personeel en serviceniveaus. Innovatie leidt weliswaar tot nieuwe en betere behandelmethoden, maar daardoor vaak ook tot meer en duurdere zorg.

Als gevolg van deze groei staan de door het Ministerie van VWS geformuleerde basisdoelen van het Nederlandse zorgstelsel - betaalbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit - steeds meer onder druk. Om deze doelen op lange termijn houdbaar te laten zijn, heeft het kabinet reeds in de jaren '90 van de vorige eeuw de eerste stappen gezet naar marktwerking en liberalisering. Met deze transitie wordt geleidelijk afgestapt van aanbodsturing in de vorm van budgetten en overgegaan tot vraagsturing in de vorm van prestatiebekostiging.

### 3 WAT BETEKENT HET?

#### PRESTATIEBEKOSTIGING HEeft GROTE GEVOLGEN VOOR KLANTEN, BEDRIJFS- VOERING EN FINANCIËN EN DIE ZIJN NIET OP TE VANGEN MET SCHAALVERGROTING

De verandering van aanbodsturing naar vraagsturing betekent dat zorginstellingen gaan concurreren. In eerste instantie nog alleen op kwaliteit, maar steeds meer ook op prijs. Een instelling wordt niet langer gefinancierd op basis van de beschikbare capaciteit (bijvoorbeeld het aantal bedden) maar naar geleverde zorg.

### Kiezende klanten

De geleverde zorg, en dus de omzet van de instelling, wordt daarmee bepaald door de keuze van de klant voor die instelling boven andere. Klanten laten zich in die keuze voor een belangrijk deel leiden door de kwaliteit die zij (kunnen) verwachten. Daarnaast zal prijs een steeds belangrijkere rol gaan spelen; zorginkopers (zorgkantoor, zorgverzekeraar, klanten met een persoonsgebonden budget) zullen continu een afweging maken tussen kwaliteit en prijs.

Verschillende klanten zullen verschillende waarden hechten aan verschillende aspecten van kwaliteit. Concurrentie dwingt de instellingen daarom kwalitatief hoogwaardige zorg te blijven leveren en zich tegelijkertijd te onderscheiden op die aspecten waaraan hun beoogde klanten de meeste waarde toekennen.

Kwaliteit is in de sectoren VVT, gehandicaptenzorg en GGZ nog onvoldoende gedefinieerd en soms moeilijk meetbaar. Duidelijke, meetbare factoren zijn bijvoorbeeld het percentage klanten met doorligwonden of het wel of niet dagelijks wassen van klanten. Op deze indicatoren zullen alle instellingen eenzelfde kwalitatief hoogwaardig basisniveau van zorg moeten leveren om klanten aan te trekken. Daarnaast zijn er minder eenduidig meetbare indicatoren die van invloed zijn op de beleving van het zorgproces, zoals de (recreatie-) voorzieningen in een verpleegtehuis, de vrijheid van de dagindeling, mogelijkheden voor extra eten of drinken, steeds dezelfde verpleegkundige aan het bed, de sfeer in het gebouw, etc. Een instelling kan zich positioneren ten opzichte van concurrenten door bovengemiddelde kwaliteit van zorg te leveren en een onderscheidend pakket van additionele diensten te bieden die de zorgbeleving mede beïnvloeden. Wanneer een instelling aantoonbaar meer kwaliteit levert, is het mogelijk om hiervoor een hogere prijs te vragen.

### Nieuwe eisen aan de bedrijfsvoering

Prestatiebeprestiging geeft zorginstellingen prikkels om efficiënter te worden. Voorheen beschikte een instelling over verschillende budgetten voor bepaalde kostencategorieën gebaseerd op veelal 'vaste' parameters zoals het aantal bedden of het aantal m<sup>2</sup> voor het budget voor huisvesting. In de nieuwe bekostigingsstructuur moet een zorginstelling echter alle kosten die zij maakt financieren uit de integrale vergoedingen die zij ontvangt voor de geleverde zorg. Dit betekent dat alle kosten moeten worden gedekt door de prijs per behandelde klant. Dit introduceert nieuwe risico's voor zorginstellingen. De kosten moeten worden betaald uit een omzet die niet meer vooraf vaststaat.

### Financiële prestaties onder druk

Zorginstellingen moeten anticiperen op de introductie van prestatiebeprestiging. Aanpassingen kosten uiteraard tijd en vergen de nodige investeringen. De veranderingen hebben dan ook duidelijk invloed gehad op de financiële prestaties. Winstmarges en solvabiliteit zijn in de zorg altijd relatief laag geweest, maar ontwikkelden zich in de periode 2005-2008 wel zeer zorgelijk. De zorg blijkt een kwetsbare sector met weinig ruimte om te investeren in vernieuwing.

Vooraf de VVT (ouderenzorg) liet de afgelopen jaren verlies zien, onder meer door de aanbesteding van huishoudelijke hulp sinds 2007. Veel GGZ-instellingen leden in 2008 verlies

## BELANGRIJKE GEBEURTENISSEN IN DE TRANSITIE VAN AANBOD-NAAR VRAAGSTURING

### 1995

Introductie persoonsgebonden budget

### 2003

Invoering vraaggerichte indicatiestelling

### 2006

Verlaging toetredingsdrempels

### 2007

Aanbesteding huishoudelijke thuiszorg

### 2008

Kortdurende GGZ naar zorgverzekeringwet

### 2009

Introductie ZZP's, afschaffing bouwregime

### 2010

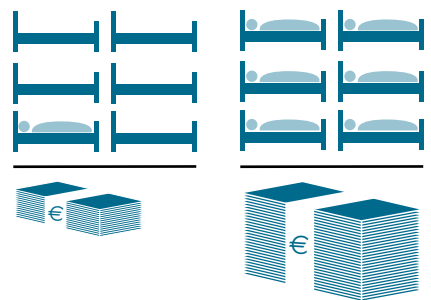
Hervormingsopties AWBZ

### 2011

ZZP-prijs inclusief kapitaallasten

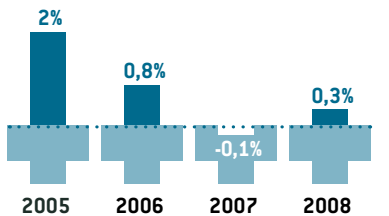
Bron: VWS, NZa, Vektis

## HET AANTAL BEHANDELDE KLANTEN BEPAALT DE OMZET EN NIET LANGER DE CAPACITEIT



Bron: VWS, NZa

## GEMIDDELTE RENTABILITEIT VAN DE 34 GROOTSTE ZORGINSTELLINGEN



Bron: Jaarverslagen zorginstellingen

door de introductie van het DBC-stelsel. Verrekening achteraf leidde tot een toename van het voor te financieren onderhanden werk en dus tot grote druk op het werkkapitaal.

In VVT, gehandicaptenzorg en GGZ schommelde de rentabiliteit in de periode 2005-2008 tussen de 0 en 2%. Hierdoor kon het relatief lage eigen vermogen (gemiddeld 11-13%) slechts beperkt worden vergroot. Hoewel de solvabiliteit in de zorg van oudsher laag is, vraagt de nieuwe bekostigingssystematiek om een bestendig en hoger eigen vermogen. Zorginstellingen onderkennen dat. De branchevereniging voor thuiszorg noemt zelfs een ondergrens van 20% wenselijk. De meeste instellingen staan hier echter nog ver vanaf en zullen het gezien de lage marges ook niet snel bereiken.

### Schaalvergroting lijkt niet het antwoord

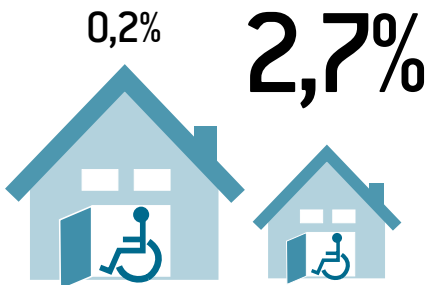
Veel zorginstellingen lijken wat afwachtend te reageren en vooral te hebben ingezet op schaalvergroting. Met fusies en overnames kunnen omzetzekerheid en synergievoordelen (dus kostenreducties) worden gerealiseerd. Toch leidt schaalvergroting binnen de GGZ en gehandicaptenzorg tot nu toe niet aantoonbaar tot verbetering van de financiële prestaties. Uit analyse van de marges en omzetten van VVT-instellingen in 2008 blijkt dat deze relatie in dat jaar zelfs negatief is. De introductie van prestatiebekostiging vereist een radicale verandering in de wijze waarop zorginstellingen nadenken over hun strategische positionering en bedrijfsvoering.

## 4 WAAR STAAN WE?

### VVT, GEHANDICAPTENZORG EN GGZ BEVINDEN ZICH IN VERSCHILLENDE FASEN VAN VERSCHILLENDE ROUTES NAAR VRIJE PRIJZEN EN VOLUMES

Tot 2007 werden VVT, gehandicaptenzorg en GGZ volledig gefinancierd vanuit de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). Sinds de invoering van de AWBZ in 1968 is de AWBZ steeds verder uitgebreid met meer vormen van zorg, waardoor er een sterke groei van de uitgaven heeft plaatsgevonden. Zo is in 1980 het Kruiswerk (voorloper thuiszorg), in 1982 de ambulante GGZ zorg (RIAGG) en in 1997 de zorg in verzorgingstehuizen en gezinszorg opgenomen in de AWBZ. Sinds de jaren 2000 zijn een aantal maatregelen genomen om de groei van de AWBZ-uitgaven te beperken. Zo is een deel van de zorg overgeheveld naar de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) en een deel naar de Zorgverzekeringswet (ZVW). Tegelijkertijd is met de transitie naar prestatiebekostiging de financieringsstructuur van de zorg binnen de AWBZ sterk veranderd.

## GROTER IS NIET BETER: GEMIDDELTE RENTABILITEIT VAN GROTE EN KLEINE VVT-INSTELLINGEN



Bron: Jaarverslagen van de 34 grootste zorginstellingen, 2008. Grote instellingen hebben een omzet van meer dan 150 miljoen Euro. Kleine instellingen hebben een omzet van 150 miljoen Euro of minder.

De transitie naar prestatiebekostiging is een geleidelijk proces en verschilt per type zorg, zowel wat betreft de fase waarin de transitie zich bevindt als de wijze waarop zij plaatsvindt. Dit maakt de huidige bekostigingsstructuur van VVT, gehandicaptenzorg en GGZ complex, zeker voor zorgaanbieders die actief zijn in verschillende segmenten. Deze geleidelijke invoering van prestatiebekostiging is echter noodzakelijk om zorginstellingen de tijd te geven zich aan te passen.

### WMO (WET MAATSCHAPPELIJKE ONDERSTEUNING)

#### Huishoudelijke hulp – volledige prestatiebekostiging met winnaars en verliezers

Voor WMO-zorg is de transitie naar prestatiebekostiging afgerond. In 2007 is een deel van de thuiszorg (de huishoudelijke hulp) overgeheveld van de AWBZ naar de WMO. Sinds deze overheveling besteden gemeentes huishoudelijke hulp openbaar aan en selecteren zij een

aantal aanbieders op basis van prijs en kwaliteit. Daarmee is de concurrentie flink toegenomen. Veel aanbieders reageerden hierop door onder de kostprijs aan te bieden, uit angst om bestaande afzetmarkten te verliezen. Tegelijkertijd vond een verschuiving plaats in de zorgvraag: aanpassingen in de indicatiestelling van klanten leidden ertoe dat de vraag naar goedkopere huishoudelijke hulp toenam, terwijl de vraag naar duurdere huishoudelijke hulp juist daalde.

Door de combinatie van dalende prijzen en een veranderende productmix nam het aantal verlieslijdende instellingen sterk toe: van 17% in 2006 naar 31% in 2007. In 2008 werd dit enigszins hersteld, maar nog steeds leden 20% van de instellingen verlies. Ook anno 2010 komen nog regelmatig berichten in de media over instellingen in financiële problemen. Aanbieders die wel succesvol zijn, zijn nieuwkomers en instellingen die zich tijdig wisten aan te passen. Thuiszorg Service Nederland, bijvoorbeeld, werd in 2007 overgenomen door schoonmaakbedrijf Asito. Toepassing van de organisatiestructuur van de schoonmaakbranche leidde tot lagere kosten en flexibeler inzet van personeel. Ook met het niet langer verplicht zijn van openbare aanbestedingen, zullen instellingen blijven concurreren. Kwaliteit zal hierbij een steeds belangrijkere rol gaan spelen.

#### AWBZ (ALGEMENE WET BIJZONDERE ZIEKTEKOSTEN)

De zorg die via de AWBZ wordt gefinancierd bevindt zich halverwege de transitie naar prestatiebekostiging. Vaste prijzen en volumes maken geleidelijk plaats voor vrije prijzen en volumes die in onderhandeling met de zorginkoper worden bepaald. Voor thuiszorg (excl. huishoudelijke hulp) wordt hierbij een andere route gevolgd dan voor verpleging en verzorging, gehandicaptenzorg en langdurige GGZ.

#### Thuiszorg – eerst vrije prijzen, dan vrije volumes

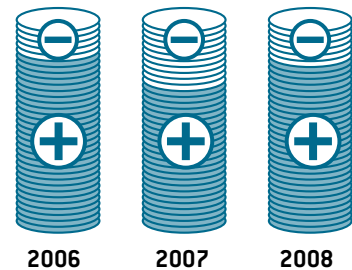
In de thuiszorg, exclusief huishoudelijke hulp (zie hierboven), worden eerst de prijzen steeds verder vrijgegeven en vervolgens, gefaseerd, de volumes. In de huidige situatie onderhandelen regionale zorgkantoren en thuiszorgaanbieders binnen een landelijk vastgestelde bandbreedte over de prijs. In 2009-2010 is nog 90-100% van het budget van het voorgaande jaar gegarandeerd, in 2011 wordt het volume langzaam steeds verder vrijgegeven en daalt de budgetgarantie. Hierdoor krijgen nieuwkomers meer kansen om deze markt te betreden en kunnen zorginstellingen met sterke omzetschommelingen te maken krijgen.

Voor 2011 is de invoering van zorgzwaartepakketten (ZZP's) gepland. Een ZZP is vergelijkbaar met een DBC (diagnose-behandelcombinatie) uit de ziekenhuiszorg en definieert het 'pakket' aan benodigde zorg voor een klant. Bijvoorbeeld het aantal uren zorg van een bepaald type. Een ZZP vormt de basis voor een individueel zorgplan dat wordt opgesteld in overleg tussen zorginstelling en klant. Zorginstellingen declareren de geleverde ZZP's nadat de zorg is geleverd en worden dan pas betaald door de zorginkoper.

#### Verpleging, verzorging, gehandicaptenzorg en langdurige GGZ – eerst vrije volumes, dan vrije prijzen

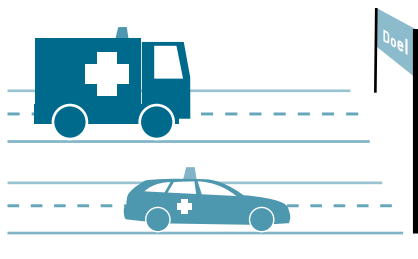
In verpleging en verzorging, gehandicaptenzorg en langdurige GGZ (klinische zorg van meer dan een jaar) worden eerst de volumes gefaseerd vrijgegeven en vervolgens prijs-onderhandelingen geïntroduceerd. ZZP's bestaan hier reeds sinds 2007, als eerste stap

#### AANDEEL THUISZORGINSTELLINGEN DAT WINST (+) OF VERLIES (-) MAAKT



Bron: CBS, SCP

**VERSCHILLENDE ROUTES, HETZELFDE DOEL: VAN BUDGET NAAR VRIJE PRIJZEN EN VOLUMES**



Bron: VWS, NZa

naar prestatiebekostiging en om ervaring op te doen met deze nieuwe wijze van product-definitie. In 2009 ontving een instelling weliswaar nog een budget, maar achteraf vond verrekening plaats op basis van de daadwerkelijk geleverde prestaties. De prijs van ZZP's stond vast, het volume was deels vrij. Een productieplafond bepaalde het maximum per instelling: geleverde zorg boven het plafond werd niet vergoed. In 2010 wordt niet meer vooraf gebudgetteerd, maar zijn prijsonderhandelingen vrij binnen een door de NZa landelijk vastgestelde bandbreedte met een maximale korting van 2% ten opzichte van de door de NZa gepubliceerde tarieven (6% in 2011). Instellingen ontvangen nog wel een budget voor huisvestingskosten. In 2011 verandert ook dit: vanaf dan zijn de ZZP-prijzen integraal, dus inclusief een vergoeding voor de kapitaallasten. In 2011 wordt daarnaast de contracteerplicht beëindigd en hoeft een zorgkantoor niet langer een contract te sluiten met onvoldoende presterende zorginstellingen.

**ZVW (ZORGVERZEKERINGSWET)**

**Kortdurende GGZ – ziekenhuizen achterna**

Curatieve en kortdurende klinische GGZ worden gefinancierd vanuit de Zorgverzekeringswet. Hier is, analoog aan de bekostiging van ziekenhuizen, het DBC-stelsel geïntroduceerd. Instellingen worden achteraf vergoed voor geleverde prestaties. Tot en met 2011 worden prijzen nog landelijk vastgesteld en liggen volumes vast via de vooraf bepaalde budgetten. Vanaf 2012 zal waarschijnlijk, opnieuw net als in de ziekenhuiszorg, een B-segment worden geïntroduceerd met vrij onderhandelbare prijzen en volumes.

**De langere termijn: zorgkantoren verdwijnen, concurrentie tussen instellingen neemt toe, scheiding van wonen en zorg**

Hoewel de exacte invulling van de route na 2011 nog niet bekend is, is de trend duidelijk: prijzen en volumes zullen steeds meer in onderhandeling tussen zorgaanbieder en zorginkoper worden vastgesteld. De kans is groot dat deze zorginkoper in de toekomst niet langer het zorgkantoor is. Er lijken op dit moment drie opties te zijn voor de toekomstige uitvoering van de AWBZ:

- overheveling naar de ZVW, hierdoor worden de zorgverzekeraars de zorginkopers
- overheveling naar de WMO, hierdoor worden de gemeenten de zorginkopers
- invoering van een klantgebonden budget (vergelijkbaar met het PGB), waarmee de individuele klant de zorginkoper wordt



*Prijzen en volumes zullen steeds meer in onderhandeling tussen zorgaanbieder en zorginkoper worden vastgesteld. In de toekomst is deze zorginkoper van AWBZ-zorg: 1. de zorgverzekeraar, 2. de gemeente en/of 3. de individuele klant*

In elk van deze opties zullen zorginstellingen worden geconfronteerd met toenemende concurrentie. De zorginkoper zal steeds kritischer de prijs-kwaliteit verhouding van de zorg beoordelen en hierop selecteren. Bijvoorbeeld, bij overdracht naar de ZVW zal de uitvoering steeds meer gaan lijken op de ziekenhuiszorg, waar zorgverzekeraars en ziekenhuizen onderhandelen over de DBC-prijs binnen het zogeheten B-segment (het aandeel van de ziekenhuiszorg dat vrij onderhandelbaar is, in 2010 34%). Bij introductie van een klantgebonden budget geldt dat een klant die zelf zorg inkoop zich meer bewust is van de prijs van zorg en kritischer zorgaanbieders zal selecteren.

Inmiddels is een debat gestart over het scheiden van de financiering van de intramurale zorg in een deel 'wonen' (huur of koop van een appartement in een verzorgings- of verpleeghuis) en de feitelijk te leveren zorg. Deze scheiding zal nieuwe toetreders met zich meebrengen, bijvoorbeeld partijen die zich alleen richten op het woondeel en de zorgverlening inkopen bij een derde partij.

## 5 WAT STAAT ONS TE DOEN?

### HELDERE KEUZES EN EXCELLENTE BEDRIJFSVOERING ZIJN ONONTBEERLIJK VOOR KWALITATIEF GOEDE EN FINANCIËEL GEZONDE ZORG

De veranderingen in zorgbekostiging zijn onontkoombaar en dwingen zorginstellingen zich aan te passen aan een omgeving waarin klanten vrije keuzes maken en omzet en kostendeckking niet langer (op voorhand) zeker zijn. Dat vraagt een andere instelling van management en personeel. Professionaliteit en ondernemerschap zijn meer dan ooit van belang. Hoefde men zich voorheen slechts te richten op kwaliteit, nu en in de toekomst moet men een balans vinden tussen kwaliteit en kosten – zowel om de klant een goede prijs-kwaliteitverhouding te bieden als om kwalitatief hoogwaardige zorg te blijven leveren tegen kosten die uit de omzet kunnen worden gedekt.

Voor een sector waar tot voor kort de relatie tussen kosten, opbrengsten en kwaliteit niet op de werkvloer inzichtelijk hoefde te zijn, is dit een grote verandering. De thuiszorgmarkt laat echter zien dat waar zorginstellingen niet adequaat reageren, nieuwkomers dat wel doen en de nieuwe standaard bepalen.

#### Maak strategische keuzes

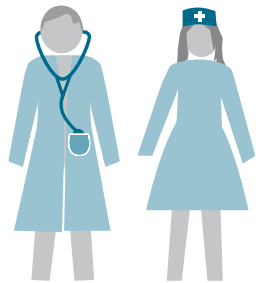
Concurrentie betekent een noodzaak tot strategisch positioneren – dat wil zeggen dat zorginstellingen goed weten wat ze wel en niet doen en daarnaar handelen. Zorginstellingen moeten allereerst bepalen welke zorg ze willen bieden aan welke klanten. Dat hangt direct samen met de (ideale) schaalgrootte. Is de instelling een gespecialiseerde landelijke speler of een hybride aanbieder van meer typen zorg in één regio? Zonder inzicht in de kosten en opbrengsten van verschillende typen zorg, de omvang van relevante (regionale) markten en de aanwezigheid, prestaties en strategie van concurrenten, kan men dergelijke keuzes niet maken.

De strategische keuzes van zorginstellingen zijn bepalend voor hun onderscheidend vermogen. Zorginkopers (verzekeraars en zorgkantoren) en klanten verschillen in hun voorkeuren. Instellingen die erin slagen een duidelijk "merk" en een scherpe propositie in de markt te zetten zullen er beter in slagen klanten en inkopers aan zich te binden. Dat vergt heldere keuzes in kwaliteitsniveau, service en prijsstelling en een consequente focus op de doelgroep die daarbij past. De opkomende private markt biedt verschillende mogelijkheden om aanvullende diensten te bieden tegen (private) betaling. Voorbeelden van een verschil in positionering in de GGZ zijn U-center en Psyq: U-center richt zich op luxe, private GGZ (met als slogan 'Goed is niet goed genoeg'), Psyq is een franchise-organisatie die zorg goedkoper levert dan de traditionele aanbieders en zich richt op nieuwe doelgroepen. Voorbeelden uit de VVT zijn Martha Flora en Humanitas. Martha Flora richt zich op kwaliteit en luxe en vraagt een grote eigen bijdrage. Humanitas biedt weliswaar zorg op maat, maar is ook kostenbewust (met als slogan 'Te veel zorg is erger dan te weinig zorg').



Het is nodig dat zorginstellingen duidelijke keuzes maken over hun strategische positionering: wie biedt welke zorg aan welke klanten?

Heldere keuzes kunnen leiden tot schaalvergroting. Maar de afgelopen jaren lijkt schaalvergroting te zijn nagestreefd zonder die strategische keuzes te maken. Hierdoor ontstaat het risico dat de nieuwe schaal niet past bij het soort activiteiten dat wordt uitgevoerd. Dit betekent dat efficiëntiewinst en kostenvoordelen niet worden gerealiseerd. In sommige gevallen kunnen de kosten zelfs sterker toenemen dan de nieuwe opbrengsten. Wie eerst heldere keuzes maakt, weet welke schaal optimaal is en kan bijvoorbeeld onderdelen afstoten, zelfstandig in de markt zetten en gericht overnames doen.



**70-75%**

De kosten van een zorginstelling in VVT, gehandicaptenzorg en/of GGZ bestaan voor 70-75% uit personeelskosten.

*Bron: jaarverslagen van de 34 grootste zorginstellingen, 2008*

Fusies en overnames zijn ook niet altijd de beste manier om schaalvoordelen te realiseren. Integratieprocessen zijn tijdrovend en complex. Bedrijfsculturen verdragen elkaar soms niet of pas na lang wennen. Samenwerking en partnering zijn dan betere opties. Tegelijkertijd is het zeer de vraag hoe groot de synergievoordelen zijn in het primaire zorgproces (toch vaak aan mensen en locaties gebonden). Het combineren van ondersteunende diensten (inkoop, schoonmaak, catering) in een joint venture is vaak eenvoudiger en effectiever dan zomaar een fusie van hele instellingen. Kortom: eerst strategie, dan [de juiste] schaal.

**Exceller in bedrijfsvoering: productiviteit en inkoop**

In een concurrerende markt waarbij de keuze van de klant de omzet bepaalt, zijn inkomsten minder zeker en minder voorspelbaar. In de overgangperiode worden omzetschommelingen nog beperkt door een productieplafond of budgetgarantie, daarna niet meer. Toch moeten vaste kosten, zoals huisvesting, worden gedekt – ook als nog niet zeker is hoeveel ZZP's zullen worden geleverd en dus vergoed. Dat betekent dat kosten en inkomsten veel beter en continu moeten worden gemeten en bijgestuurd. Tegelijkertijd moeten de kosten zoveel mogelijk worden geflexibiliseerd en beperkt.

De kosten van een zorginstelling in VVT, gehandicaptenzorg en/of GGZ bestaan voor 70-75% uit personeelskosten. Productiviteitsverhoging heeft dan ook enorme impact. Voor een thuiszorgorganisatie, waarbij het personeel bij de klant werkt en dus veel reist, vraagt dit om geheel andere oplossingen dan voor een verpleeghuis met personeel en klanten op één locatie. De zorgbehoefte van klanten wisselt sterk, zowel over weken en maanden als op verschillende momenten van de dag. Met een optimale mix tussen specialisten en grotere teams voor minder gespecialiseerd werk en een goede werkplanning kan veel worden bespaard. Flexibele contracten en de inzet van bijvoorbeeld een (intern of extern) uitzendbureau zijn daarin belangrijk. Ook het aanbieden van extra diensten tegen betaling kan helpen een grotere formatie aan te houden waarmee piekbelasting beter kan worden gespreid.

**MEER DAN 20% VAN DE KOSTEN BESTAAT UIT INKOOP**



Tegelijkertijd staat inkoop in de zorg, zeker in vergelijking met andere industrieën, nog in de kinderschoenen.

*Bron: jaarverslagen van de 34 grootste zorginstellingen, 2008*

Meer dan 20% van de kosten gaat op aan inkoop. Tegelijkertijd staat inkoop in de zorg, zeker in vergelijking met andere industrieën, nog in de kinderschoenen. Het is relatief eenvoudig om besparingen van 10% en meer op inkoop te realiseren door scherpere specificaties, bundeling van volumes en aanbestedingen. Door inkoopcombinaties te vormen met andere organisaties kan de professionaliteit en onderhandelingspositie van de inkoop verder worden vergroot. Verbetering start met een grondige analyse van leveranciers, volumes, type goederen en diensten, levertijden en -condities en het proces van specificatie, inkoop en afroep.

Een cruciale randvoorwaarde voor excellente bedrijfsvoering is de beschikbaarheid van managementinformatie – op elk moment en op elk niveau. Waar de prestaties van een afdeling achterblijven, kosten te hoog oplopen of inkomsten tegenvallen moet de organisatie dat meteen weten, kunnen achterhalen wat de oorzaken zijn en ogenblikkelijk kunnen ingrijpen. Bovendien moet de samenhang met andere factoren en afdelingen op ieder moment inzichtelijk zijn, zodat maatregelen daadwerkelijk tot verbetering leiden en verbeteringen op één plaats niet leiden tot prestatieverliezen elders. Een scherpe definitie van managementinformatie en prestatie-indicatoren is dan ook een eerste vereiste.

### Optimaliseer werkkapitaal en financiering

Prestatiebepaling leidt tot betaling achteraf. Daardoor moeten instellingen de zorg die zij leveren voorfinancieren en hebben zij meer werkkapitaal nodig. Tegelijkertijd wordt het aantrekken van vreemd vermogen steeds moeilijker en duurder: omzetrisico's zijn toegenomen en de solvabiliteit van instellingen is laag. Actieve sturing op debiteuren en crediteuren en het snel factureren van afgesloten behandelingen helpen de omvang van het werkkapitaal te beperken en de financieringskosten te minimaliseren. Het verkrijgen van financiering vereist steeds professioneler en beter onderbouwde business cases en business plannen van het soort dat in andere industrieën gebruikelijk is.



### TOT SLOT: VOOR WELKE VRAAGSTUKKEN STAAT UW INSTELLING?

De veranderingen in VVT, gehandicaptenzorg en GGZ zijn groot. Verschillende zorginstellingen zullen de benodigde interne veranderingen in hun instelling in verschillend tempo identificeren en uitvoeren. Wij dagen u uit om na te denken over de vraagstukken waar uw zorginstelling voor staat. Om samen te werken aan een toekomstbestendige zorg in Nederland.

VOOR MEER INFORMATIE KUNT U CONTACT  
OPNEMEN MET

*Tijo Collot d'Escury, Managing Partner*  
+31 (20) 7960-610  
[TijocollotdEscury@nl.rolandberger.com](mailto:TijocollotdEscury@nl.rolandberger.com)

*Mireille van Reenen, Senior Consultant*  
+31 (20) 7960-631  
[Mireillevan\\_Reenen@nl.rolandberger.com](mailto:Mireillevan_Reenen@nl.rolandberger.com)

#### think:act CONTENT

*Editors:*  
*Prof. Dr. Burkhard Schwenker, António Bernardo*  
*Overall responsibility: Torsten Oltmanns*  
*Project management: Dr. Katherine Nölling*

*Roland Berger Strategy Consultants GmbH*  
*Am Sandtorkai 41*  
*20457 Hamburg*  
*+49 40 37631-4421*  
*news@rolandberger.com*  
*www.think-act.info*

