

Strategische positionering van kleine zorginstellingen in Nederland



Toelichting bij de foto:

Het meisje staat symbool voor een kleine zorginstelling. Ze heeft bestaansrecht. Ze heeft iets kwetsbaars maar ook iets krachtigs. Het meisje profileert zich duidelijk en analyseert het zorglandschap om haar strategie te bepalen.



Erasmus Universiteit Rotterdam

MBA-Health, april 2014

A.Poolen-van den Brink

Thesis begeleider:

Prof. dr. I.M.B. Bongers

Voorwoord

Een van de belangrijkste taken van bestuurders / senior management is het vaststellen van de strategie van hun organisatie of op zijn minst het inhoud geven aan het strategisch proces waarin zichzelf en anderen strategieën ontwikkelen. De huidige externe omgeving met een sterk schuivend zorglandschap heeft grote invloed op het strategisch proces waaraan bestuurders vorm en inhoud dienen te geven. Het strategisch proces zoals beschreven in het boek 'Mintzberg over management' (2007) is vergelijkbaar met een ambachtelijk proces waarbij we denken aan traditionele vaardigheden zoals perfectie door beheersing van details, betrokkenheid, een gevoel voor intimiteit en harmonie voor de dienst of het product, ontwikkeld door jarenlange ervaring en toewijding. Het ambachtelijk beeld geeft volgens Mintzberg het proces waarin effectieve strategieën ontstaan beter weer. Het bestuur en management van een organisatie dienen de capaciteiten van de onderneming goed te kennen om diep te kunnen nadenken over de strategische koers ervan. Als het managementteam bestaat uit echte ambachtslieden, beschikken ze bij hun werk over een grondige kennis van het materiaal waarmee ze werken. Dat is de essentie van ambachtelijke strategieontwikkeling. Strategieën bevatten zowel toekomstplannen als patronen uit het verleden (Mintzberg, 2007). De benadering van Mintzberg lijkt op het eerste gezicht een minder wetenschappelijke benadering dan die van officiële geplande strategieën waarbij het uitgangspunt is; eerst denken en dan doen, eerst formuleren en dan implementeren. Dit voortschrijdende, keurig geplande proces lijkt volmaakt zinvol. De realiteit is echter volgens Mintzberg dat veelal sprake is van strategie ontwikkeling in de praktijk, lerend van patronen uit het verleden, zoekend naar mogelijkheden in de toekomst. Met vallen en opstaan; het incrementalisme. Volgens het logisch incrementalisme bestaat het besluitvormingsproces uit een serie kleine, veelal intuïtieve veranderingen in plaats van enkele grote, zorgvuldig geplande wijzigingen.

Toch wordt in deze thesis vanuit verschillende theoretische modellen een grondige strategische analyse uitgevoerd. Een thesis is ook bedoeld om onderzoek en waarnemingen te doen op een academisch niveau. De inhoud van een thesis kan door de theoretische benadering, een vrij klinische aangelegenheid lijken. Bovenstaande visie van Mintzberg relateert het volgens een strak plan uitvoeren van een proces van strategische planning. Een combinatie van beide benaderingen lijkt de onderzoeker, een in de praktijk bruikbare en nuttige strategie.

In dit onderzoek staan kleine ouderenzorginstellingen centraal. De onderzoeker was aanvankelijk van plan alleen een literatuuronderzoek uit te voeren en interviews onder bestuurders van kleine zorgorganisaties af te nemen. Het zoeken naar literatuur over strategische positionering van kleine zorginstellingen bleek na vele zoekpogingen geen resultaat op te leveren. Daarom is gekozen voor het analyseren van documenten aan de hand van het theoretische kader. Om een breder beeld te krijgen dan alleen vanuit documenten en bestuurders ontstond het idee tevens diverse relevante beslissers te interviewen zoals daar zijn het ministerie van VWS, Menzis Zorgkantoor, Zorgverzekeraars Nederland en brancheorganisatie ActiZ. De interviews met de beslissers hebben veel extra inzicht voor de onderzoeker opgeleverd en geeft een veel breder en meer integraal beeld van de context van de externe ontwikkelingen en interne positie met betrekking tot kleine zorginstellingen. Het maakte het mogelijk om boven posities uit te stijgen, inzicht te verkrijgen in de verschillende rollen, belangen maar ook in verschillende beïnvloedingsmogelijkheden. Daarnaast heeft de documentenanalyse door het brede arsenaal aan beschikbare documenten, artikelen en beleidsstukken een veel dieper inzicht in de materie gegeven.

Management samenvatting

In deze thesis wordt onderzoek gedaan naar de strategische positionering van kleine intramurale ouderenzorginstellingen met een omzet van minder dan € 10 miljoen. Ruim 124 van de circa 400 ouderenzorginstellingen in Nederland behoren tot deze categorie. In toenemende mate ervaren deze kleine organisaties bedreiging van hun bestaansrecht. In dit onderzoek wordt door middel van een uitgebreide documentenanalyse, interviews met beslissers in de zorg én interviews met zes bestuurders van kleine instellingen een breed beeld geschetst van het huidige, snel veranderende zorglandschap én in het bijzonder de strategische positie van kleine zorginstellingen daarbinnen. Dit wordt op gestructureerde wijze, vanuit een theoretisch kader, geanalyseerd.

Uit het onderzoek komt naar voren dat door bezuinigingen, de machtspositie van de zorgverzekeraars én hun voorkeur voor het werken met minder en dus grotere organisaties, maken dat het bestaansrecht van kleine instellingen vanuit de externe omgeving, inderdaad wordt bedreigd. Dit terwijl kleine organisaties in de ActiZ benchmark voor de zorg vier jaar op rij, beter scoren op cliënttevredenheid, medewerker tevredenheid en financiële bedrijfsvoering. Wat maakt nou dat zij het gemakkelijker beter doen? Kunnen kleine instellingen fungeren als prototype, als voorbeeld binnen de zorg?

Uit onderzoek van Gupta (2010) blijkt dat ouderenzorg draait om individuele interactie tussen zorgverlener en cliënt. Schaalvoordelen zijn in de kern van ouderenzorg niet zo heel erg groot. Efficiencywinst kan bereikt worden door uit te gaan van kwaliteit en niet van bedrijfsmatige sturingsconcepten.

Uit deze thesis komt naar voren dat wanneer kleine organisaties schaalnadelen slim weten te ondervangen zij hun schaalvoordelen optimaal kunnen benutten. Kleine instellingen mogen minder bescheiden zijn over de vaak hoge kwaliteit van zorg die zij leveren aan cliënten. Een kleine instelling kan zich in de concurrentiestrijd sterker profileren dan een grotere organisatie. Ze zijn flexibeler en sneller wendbaar. Het is voor hen gemakkelijker om veel aandacht te schenken aan het primaire proces.

De zorgcliënt is, net als het zorglandschap, sterk aan het veranderen. De nieuwe zorgbehoevende oudere, de zorgconsument, die koopgedrag gaat vertonen, komt in ras tempo en in groten getale. Er ligt een markt open. Zij moeten meer zelf betalen en willen meer zelf bepalen. Zij zijn kritisch, willen zorg zolang mogelijk thuis en als dat niet meer kan zo dichtbij mogelijk. Zorg op het moment dat het hén uitkomt, op de manier die bij hen past. Huis-tuin-en-keukentechnologie gaat daarbij geweldig helpen.

Het beleid van het zorgkantoor houdt in afnemende mate rekening met de keuzevrijheid van de cliënt. Keuzevrijheid en keuzemogelijkheden zijn spannende issues die actueel zijn in de zorg. Kunnen ouderen met een intensieve zorgbehoefte straks in de Wet langdurige zorg (Wlz) nog kiezen voor een kleine, zelfstandige zorginstelling in de buurt? Hoe verhoudt zich de beperking van keuzevrijheid door het zorgkantoor met het gedrag van de nieuwe zorgconsument?

Overall geldt voor wat betreft strategische positionering; organisaties moeten dichtbij hun kernactiviteit blijven, zich richten op kwaliteit daarvan en het onderscheidend vermogen. Een belangrijke voorwaarde is dat men een heldere en inspirerende bedrijfsstrategie heeft. Zorgaanbieders die hun aanbod heel goed afstemmen op de wensen en mogelijkheden van de zorgconsument om zodoende cliënten aan zich te binden, hebben bestaansrecht.

Dit geldt voor grote en voor kleine ouderenzorgorganisaties echter voor kleine ouderenzorgorganisaties is dit gemakkelijker te realiseren.

Inhoudsopgave

Hoofdstuk		pagina
	Voorwoord	1
	Management samenvatting	2
1	Strategische positionering kleine AWBZ instellingen	5
1.1	Wat is precies het probleem?	5
1.2	Doelstelling Onderzoek	7
1.3	Onderzoekmodel	8
1.4	Centrale vragen van het onderzoek	9
1.5	Leeswijzer van het onderzoek	10
2	Gehanteerde theoretische modellen voor de strategische analyse	11
2.1	Inleiding	11
2.2	Verantwoording gehanteerde modellen	11
2.3	PEST analyse	14
2.4	Het vijfkrachten model van Porter ten behoeve van analyse externe omgeving	16
2.5	Resource based strategy	18
2.6	Kritieke succesfactoren	19
3	Onderzoeksopzet	21
3.1	Onderzoeksmethode	21
3.2	Selectie van bestuurders en beslissers	22
3.3	Dataverzameling	23
3.4	Wijze van analyseren	24
3.5	Validiteit, betrouwbaarheid en bruikbaarheid	25
4	Empirisch onderzoek vanuit documenten	26
4.1	Uitvoering PEST analyse	26
4.2	Bedrijfstakanalyse met behulp van vijfkrachtenmodel van Porter	32
4.3	Documentenanalyse met behulp van de resource based strategy	40
4.4	Kritieke succesfactoren	43
4.5	Integratie van de analyses op hoofdlijnen	44
5	Empirisch onderzoek onder beslissers en bestuurders	48
5.1	Empirisch onderzoek onder vier beslissers in de zorg	48
5.1.1	Macro ontwikkelingen aan de hand van PEST analyse in de ogen van beslissers in de zorg	48
5.1.2	Externe analyse aan de hand van het vijfkrachten model van Porter	51
5.1.3	De interne omgeving van de organisatie vanuit de resource based strategy	55
5.1.4	Welke kritieke succesfactoren zijn te benoemen die kleine instellingen gemakkelijker binnen handbereik hebben dan grote, volgens beslissers?	56
5.2	Empirisch onderzoek onder zes bestuurders van kleine zorgorganisaties	57
5.2.1	Macro ontwikkelingen aan de hand van de PEST analyse in de ogen van bestuurders in de zorg	57
5.2.2	Externe analyse aan de hand van het vijfkrachten model van Porter	60
5.2.3	Interne positie kleine organisatie, resource based strategy	66
5.2.4	Welke kritieke succesfactoren kunnen bestuurders van kleine zorginstellingen benoemen?	68

6	Conclusie	70
6.1	Samenvatting van de onderzoeksresultaten macro ontwikkelingen	70
6.1.1	Overeenkomsten ten aanzien van de PEST analyse vanuit documenten- en praktijkonderzoek	70
6.1.2	Verschillen tussen documenten- en praktijkonderzoek met betrekking tot de PEST analyse	71
6.1.3	Specifiek is genoemd wat betreft kleine zorgorganisaties & macro ontwikkelingen	72
6.2	Samenvatting vijfkrachtenveld Porter	72
6.2.1	Overeenkomsten vijfkrachtenveld van Porter vanuit de drie onderzoeken	72
6.2.2	Verschillen in het vijfkrachtenveld van Porter vanuit de drie onderzoeken	73
6.2.3	Specifiek voor kleine organisaties geldt vanuit het vijfkrachtenmodel van Porter	74
6.3	Samenvatting onderzoeksresultaten met betrekking tot de resource based strategy	74
6.3.1	Overeenkomsten vanuit de drie onderzoeken met betrekking tot kleine organisaties	74
6.3.2	Verschil in inzichten vanuit de drie onderzoeken wat betreft de interne organisatie van kleine zorginstellingen	75
6.4	Samenvatting van de kritieke succesfactoren gericht op kleine zorgorganisaties, vanuit de drie onderzoeken	76
7	Discussie en aanbevelingen	77
7.1	Bediscussiëren van de resultaten en wat hieruit voortvloeit voor kleine ouderenzorginstellingen	77
7.2	Bediscussiëren van de resultaten en wat hieruit voortvloeit voor de strategische positionering van ouderenzorginstellingen in het algemeen: klein én groot	81
7.3	Beperkingen van het onderzoek	82
	Referenties	84
Bijlage 1	Geïnterviewde beslissers en bestuurders	86
Bijlage 2	Interview vragen ten behoeve van probleemanalytisch onderzoek aan beslissers in de zorg	90
Bijlage 3	Dankwoord	93

Hoofdstuk 1. Strategische positionering kleine, AWBZ ouderenzorginstellingen

1.1 Wat is precies het probleem?

Door middel van strategische positionering geeft een organisatie weer welke plaats zij inneemt in haar omgeving en wat de basis is van haar interne en externe zichtbaarheid. Door duidelijke strategische positionering schept men klaarheid in de manier waarop men een meerwaarde wil leveren aan cliënten. Een strategie is geen statisch doel op zich maar een middel om de lange termijn richting van een organisatie te bepalen, om zodoende doelen te behalen. Het doel van het voeren van een strategie is het zorg dragen dat een bedrijf zich in een continu proces aanpast aan zijn omgeving. Het strategische proces (continu proces waarin de ondernemer steeds blijft observeren hetgeen in de markt gebeurt) kan worden opgedeeld in vier deelprocessen; 1. strategische analyse, 2. besluitvorming, 3. implementatie, 4. feedback. Strategisch management is vorm geven aan en het aansturen van deze vier deelprocessen. Wanneer een organisatie continu het strategische proces doorloopt, zal de organisatie naar alle waarschijnlijkheid overleven, bloeien en verbeteren. Dit is overigens geen vanzelfsprekendheid. Om te kunnen overleven hebben organisaties inhoud te geven aan strategisch management.

Het is zowel voor grote als voor kleine organisaties zeer van belang het strategisch proces te doorlopen welke start bij de strategische analyse. Dit onderzoek levert een bijdrage aan het eerste deelproces van het strategische proces namelijk de strategische analyse. Deze analyse richt zich in het bijzonder op kleine zorginstellingen.

Door de huidige externe ontwikkelingen in zorg land (door de overheid gewijzigde wet- en regelgeving met bezuinigingen en de toenemende macht van zorgverzekeraars) lijkt het voortbestaan van kleine zorginstellingen, die vanwege de kleinschaligheid op sommige onderdelen kwetsbaarder zijn, momenteel te worden bedreigd.

“De toenemende diversiteit in omvang van zorgorganisaties hangt samen met een groter aantal, voornamelijk kleine, nicheorganisaties enerzijds, en een groei van het aantal, voornamelijk grote, gecombineerde organisaties anderzijds. Het is maar de vraag of de toename van het aantal kleine organisaties blijvend is. Meer dan andere organisaties richten zij zich voor de toekomst op fusies en andere samenwerkingsvormen. De ruimte die zij ervaren om zelfstandig voort te bestaan is blijkbaar beperkt. De roep om kleinschaligheid ten spijt, is de algehele trend nog steeds schaalvergroting, al betekent dit niet altijd automatisch een fusie” (van der Scheer, 2013, blz. 173).

In deze studie wordt als definitie van een kleine zorginstelling een zelfstandige intramurale AWBZ ouderenzorginstelling met een omzet van 10 miljoen euro of minder gehanteerd. Een redelijk aantal VVT instellingen in Nederland valt onder deze categorie. Brancheorganisatie voor Zorgondernemers ActiZ, heeft 400 leden welke VVT bieden in 2722 locaties, waarvan 124 zelfstandige ouderenzorgstichtingen met een omzet van minder dan 10 miljoen euro per jaar. Ongeveer 90 – 95% van alle VVT organisaties in Nederland zijn lid van ActiZ (bron ActiZ, januari 2014).

De onderzoeker, zelf werkzaam als bestuurder in een kleine zorgorganisatie, heeft compassie met kleine organisaties omdat kleine instellingen vanuit haar waarneming vaak een gezonde bedrijfsvoering kennen, er veel betrokkenheid is vanuit de omgeving van de instelling en er vaak sprake is van een specifieke eigenheid, welke keuzemogelijkheid en diversiteit biedt aan ouderen in de samenleving. Ook onderzoek laat zien dat kleine instellingen vaak goed presteren en hun specifieke meerwaarde kunnen bieden aan de samenleving. Uit de achtergrondrapportage bij inzichten vanuit de Benchmark in de Zorg 2013 blijkt dat er 21 koplopers zijn. Daarbinnen zijn 16 koplopers organisaties met een omzet van minder dan 10 miljoen euro.

In de rapportage AWBZ zorgcontractering 2014 van ActiZ schrijft directeur Aad Koster:

“De resultaten van de evaluatie laten zien dat bij zorgkantoren de budgettaire beheersing in het inkoopbeleid domineert en dat vertaalt zich in een lastig inkoopproces. Keuzevrijheid van cliënt en persoonsvolgende bekostiging zijn tanend en staan onder druk door sturing van het zorgkantoor. ActiZ is juist van mening dat de cliënt meer regie en daarmee keuzevrijheid moet hebben zoals dat past bij de nieuwe maatschappelijke waarden. Dan kan de cliënt in samenspraak met de professional nagaan wat hij zelf nog kan met zijn omgeving en welke zorg nodig is. Dat leidt tot betere zorg op maat, doet recht aan de nieuwe maatschappelijke context en biedt betere aangrijpingspunten om de kosten te drukken” (ActiZ, 2013).

Tevens komt uit onderzoek onder zorginstellingen naar voren (van Blank, Aelermans, Koot en Van Putten, 2008) dat schaalvergroting vrijwel nooit wordt ingegeven door doelmatigheidsoverwegingen maar eerder door de behoefte aan meer marktaandeel en dus marktmacht. Grote instellingen zijn dus per definitie niet doelmatiger. Sterker nog, de meeste zorginstellingen hebben een schaalomvang waarbinnen geen schaalvoordelen meer te realiseren zijn volgens het onderzoek (van Blank et al, 2008). Uit oogpunt van concurrentie gaat de voorkeur juist uit naar een groter aantal instellingen. Kwaliteitsargumenten zullen dikwijls ook niet geldig blijken. Ook de bereikbaarheid van zorg is niet gediend met schaalvergroting (van Blank et al, 2008).

In de roep om kleinschaligheid, ruimte voor diversiteit en keuzevrijheid van de cliënt in de zorg, staat de onderzoeker dus niet alleen. Wanneer veel kleine instellingen door de macro ontwikkelingen in de komende jaren genooddaakt zijn hun zelfstandigheid op te geven wordt, in de ogen van de onderzoeker, een historie die jarenlang onderdeel is van onze samenleving teniet gedaan. Dit zou onomkeerbaar zijn. De vraag is op welke wijze beslissers in de zorg aankijken tegen de strategische positionering van kleine ouderenzorginstellingen. Zien zij toegevoegde waarde met betrekking tot het bestaansrecht van kleine zorginstellingen? Verwachten zij net als bestuurders van kleine instellingen ook een afname van het aantal kleine zorginstellingen, door ontwikkelingen in de macro omgeving en externe krachten? Wat zouden kleine instellingen volgens hen moeten doen om zich strategisch goed te positioneren?

De onderzoeker wil collega bestuurders in het huidige, complexe tijdsgewricht van dienst zijn door een wetenschappelijk gefundeerde strategische analyse van de huidige situatie uit te voeren (vanuit theorie en praktijk). In deze analyse wordt aandacht besteed aan belemmerende en bevorderende factoren voor de strategische positionering van kleine ouderenzorginstellingen van waaruit aanbevelingen kunnen worden geformuleerd teneinde strategische beslissingen te kunnen nemen om te overleven. Daarnaast wil zij inzicht geven aan en bewustwording teweeg brengen bij de maatschappij, beslissers in de zorg waaronder de politiek en verzekeraars, ten aanzien van de invloed van de huidige macro economische ontwikkelingen op kleine zorginstellingen met de vraag of dit een gewenste richting is.

1.2 Doelstelling onderzoek

De doelstelling van het onderzoek luidt:

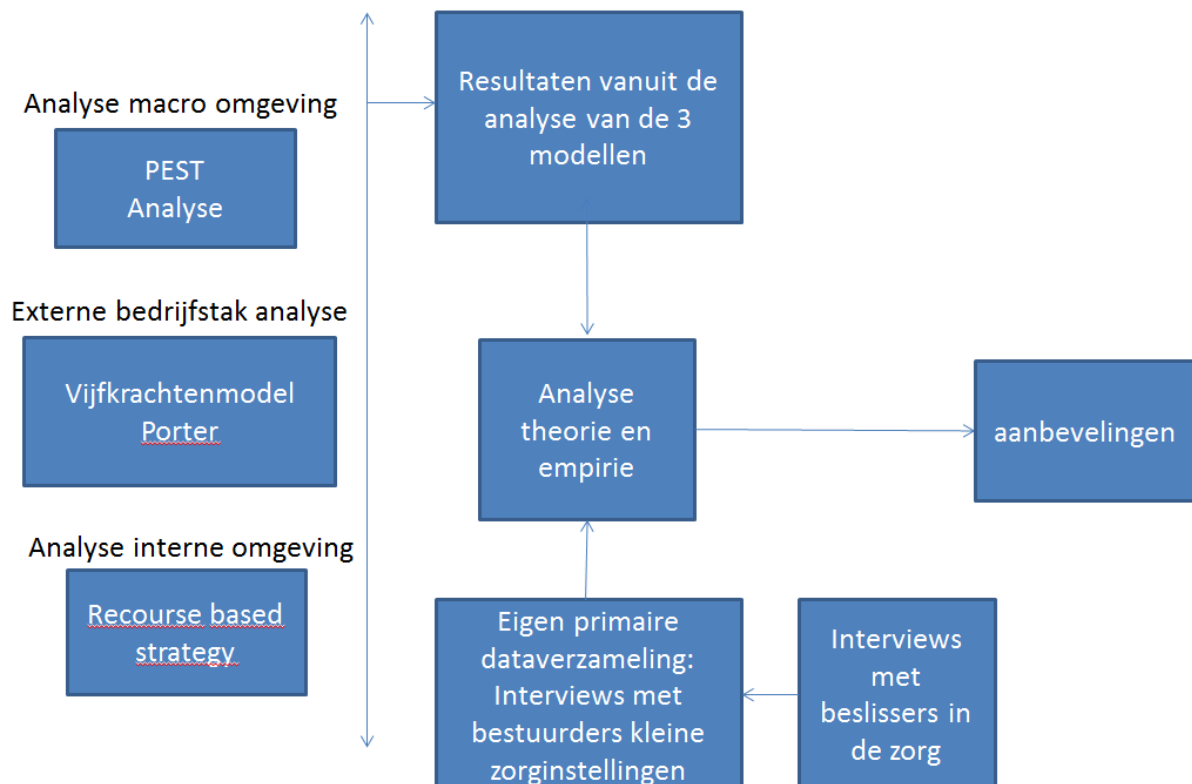
Inzicht verkrijgen in de ontwikkelingen in de macro-omgeving en de externe en interne krachten die invloed hebben op de strategische positionering van kleine zorginstellingen. In het bijzonder worden de belemmerende en bevorderende factoren binnen de ontwikkelingen in de macro omgeving en externe en interne krachten op de strategische positionering, in kaart gebracht.

Deze inzichten zullen worden omgezet in aanbevelingen aan bestuurders van kleine, zelfstandige ouderenzorgorganisaties om zich dusdanig strategisch te positioneren dat zij zich duurzaam en succesvol kunnen handhaven in de bedrijfstak.

Daarnaast wordt inzicht verkregen in de visie van beslissers in de zorg ten aanzien van de strategische positionering van kleine zorginstellingen en de keuzevrijheid van de cliënt. Ook kan er door de interviewvragen bewustwording op gang worden gebracht bij de beslissers van het precieze probleem. Zo mogelijk kunnen aanbevelingen worden gedaan aan beslissers in de zorg om de mogelijk ervaren bedreiging van het voortbestaan van kleine instellingen desgewenst te verminderen.

1.3 Onderzoekmodel

Het hierbij gebruikte onderzoekmodel is als volgt:



Figuur 1 onderzoek model

Beschrijving van het onderzoekmodel:

Het literatuuronderzoek levert een strategische analyse op van de macro omgeving, de externe en interne krachten welke zal worden geconfronteerd met praktijkervaringen van bestuurders van kleine instellingen. De praktijkervaringen van bestuurders worden onderzocht door middel van kwalitatieve interviews. Hierdoor kan een vergelijking met en confrontatie tussen de analyse van de theorie en de analyse van de empirie worden uitgevoerd van waaruit aanbevelingen kunnen worden gedaan met betrekking tot het strategisch positioneren van kleine zorginstellingen in de praktijk. Tevens worden interviews gehouden met beslissers in de zorg om inzicht te krijgen in hun weergave van de huidige werkelijkheid en te bezien of deze overeenkomen of verschillen ten opzichte van de documentenanalyse en de ervaringen uit de praktijk van bestuurders van kleine instellingen.

1.4 Centrale vragen van het onderzoek

Centrale vraag 1. (beschrijvende wetenschappelijke kennis):

- Wat zijn de belangrijkste belemmerende en bevorderende factoren die blijken uit het documentenonderzoek naar analyse en integratie van macro-economische ontwikkelingen, externe krachten en de interne omgeving van zorginstellingen, welke in de komende vijf jaar van invloed zijn op de strategische positionering van kleine zorginstellingen?

Deelvragen:

- Wat blijkt uit de analyse van macro-economische ontwikkelingen, gebruikmakend van de PEST analyse ten aanzien van strategische positionering van kleine zorgorganisaties?
- Wat blijkt uit de analyse van de externe factoren in de bedrijfstak (vanuit het vijfkrachtenconcurrentiemodel van Porter) ten aanzien van de strategische positionering van kleine zorgorganisaties?
- Welke factoren in de interne omgeving met betrekking tot (kern)competenties en hulpbronnen zijn van belang voor de strategische positionering van kleine zorgorganisaties?

Centrale vraag 2. (beschrijving empirische kennis):

- Wat zijn de huidige ervaringen in de praktijk van het werkveld en wat zijn verwachtingen ten aanzien van de toekomst van bestuurders en beslissers van kleine ouderenzorgorganisaties met betrekking tot strategische positionering van hun instelling in de komende vijf jaar?

Deelvragen:

- Wat zijn de huidige macro-economische ontwikkelingen (gebruikmakend van de resultaten van de PEST analyse) die van invloed zijn op de strategische positionering volgens bestuurders en beslissers?
- Wat zijn in de praktijk volgens bestuurders en beslissers externe krachten (gebruikmakend van de analyse resultaten van het vijfkrachtenmodel van Porter) in de bedrijfstak welke van invloed zijn op de strategische positionering?
- Wat zijn interne hulpbronnen en kerncompetenties (vanuit de resource based strategy) die specifiek gelden voor kleine instellingen om competitief voordeel te bereiken in de bedrijfstak volgens bestuurders en beslissers?

Centrale vraag 3. (evaluerende kennis):

- Wat leert ons de vergelijking met en confrontatie van de analyseresultaten vanuit het documentenonderzoek met het onderzoek onder beslissers en onder bestuurders van kleine zorgorganisaties, met het oog op het doen van aanbevelingen met betrekking tot het strategisch positioneren van kleine zorgorganisaties in de komende vijf jaar?

Deelvragen:

- Welke inzichten vanuit de documentenanalyse komen overeen met het onderzoek uitgevoerd onder beslissers en bestuurders?
- Welke inzichten vanuit het documentenonderzoek komen niet overeen met het praktijk onderzoek onder bestuurders en beslissers?
- Welke inzichten levert de vergelijking en confrontatie vanuit de documentenanalyse en de interviews onder beslissers en bestuurders, specifiek op met betrekking tot kleine zorgorganisaties?

Vanuit de beantwoording van bovenstaande vragen kunnen aanbevelingen worden gedaan aan beslissers in de zorg en bestuurders van kleine zorginstellingen.

1.5 Leeswijzer van het onderzoek

In hoofdstuk 1 van het onderzoek staat de aanleiding en beschrijving van het probleem waarnaar onderzoek wordt gedaan. Hoofdstuk 2 geeft een beschrijving weer van de PEST analyse waarmee de macro omgeving met betrekking tot de ouderenzorg kan worden geanalyseerd. Daarnaast wordt de theorie van het vijfkrachtenmodel van Porter toegelicht, gezien vanuit ouderenzorginstellingen. Deze wordt vanuit de resource based strategy aangevuld met de interne omgeving van kleine zorginstellingen. Wanneer geen specifieke literatuur vanuit het licht van kleine zorginstellingen wordt gevonden zal in algemeenheid naar zorgorganisaties worden gekeken. Hoofdstuk 3 is de verantwoording van de onderzoekopzet. In hoofdstuk 4 wordt, met behulp van de PEST analyse, het vijfkrachtenmodel van Porter en het resource based strategy, een strategische analyse uitgevoerd op basis van beschikbare bronnen voor de kleine zorginstellingen.

In hoofdstuk 5 worden de belangrijkste uitkomsten van het onderzoek onder bestuurders en beslissers weergegeven. In hoofdstuk 6 Volgende conclusies over de hoofdstukken 4 en 5 heen. In hoofdstuk 7 worden de resultaten bediscussieerd in het licht van de doelstelling van het onderzoek en de beantwoording van de centrale onderzoeksvraag. In dit laatste hoofdstuk wordt tevens gereflecteerd op het onderzoek en worden aanbevelingen gedaan aan beslissers in de zorg en aan bestuurders van kleine zorginstellingen.

Hoofdstuk 2. Gehanteerde theoretische modellen voor de strategische analyse

2.1. Inleiding

Bij de strategische analyse worden in dit onderzoek vanuit de literatuur drie invalshoeken gekozen, namelijk de ontwikkelingen in de macro omgeving, de externe omgeving en de interne omgeving van de organisatie zelf, die alle drie invloed hebben op de strategische positionering van kleine zorginstellingen (zie figuur 2).

In het onderzoek wordt een strategische analyse van de drie invalshoeken uitgevoerd aan de hand van beschikbare literatuur en documenten ten aanzien van kleine zorginstellingen (hoofdstuk 4). Voor analyse van de macro omgeving van organisaties wordt de PEST analyse gebruikt. De externe omgeving wordt geanalyseerd met behulp van het vijfkrachtenmodel van Porter.

Het resource based model wordt gebruikt om de interne omgeving van de organisatie te analyseren. Dit betreffen

algemeen gangbare analyse modellen voor organisaties (profit en non profit). Voor zover de onderzoeker heeft kunnen nagaan is er weinig tot geen wetenschappelijke literatuur beschikbaar over strategische analyse modellen voor zorgorganisaties in het bijzonder. Daarom wordt gebruik gemaakt van deze algemeen gangbare modellen in de bedrijfsstrategie en wordt ervan uitgegaan dat deze ook toepasbaar zijn op zorgorganisaties, groot en klein. In dit hoofdstuk wordt allereerst de keuze voor de drie modellen onderbouwd en vervolgens wordt de basis van de genoemde analyse modellen beschreven.



Figuur 2 omgeving organisatie Campbell, 2010

2.2. Verantwoording gehanteerde modellen

Waarom wordt de macro omgeving in dit onderzoek in beeld gebracht?

Campbell (2006) leert ons dat voor het uitvoeren van een strategische analyse het van belang is de ontwikkelingen in de macro omgeving van de bedrijfstak in kaart te brengen. Met de macro omgeving doelen we op de brede, algemene omgeving van de bedrijfstak en de marktomgeving van organisaties. De macro ontwikkelingen liggen vaak buiten de invloedssfeer van een individuele organisatie maar kunnen wel significant invloed hebben op de bedrijfstak en markt waarin een organisatie opereert. Veranderingen in de macro omgeving kunnen heel belangrijk zijn voor organisaties; deze hebben impact op alle organisaties in de bedrijfstak en soms ook op de markten die bediend worden vanuit deze bedrijfstak. Daarom is het essentieel dat managers alert zijn op actuele en potentiële veranderingen in de macro omgeving en dat zij anticiperen op de potentiële impact die deze veranderingen kunnen hebben op hun bedrijfstak en marktomgeving. Hierdoor zijn zij in staat tijdig te anticiperen op deze veranderingen.

Macro omgeving analyses hebben hun beperkingen en valstrikken. De macro omgeving kan extreem complex zijn en op elk moment kunnen er meerdere conflicterende / tegenstrijdige veranderingen plaatsvinden. Het tempo van veranderingen in de macro omgeving neemt toe in veel situaties en is turbulenter en minder voorspelbaar. Strategische managers dienen hiertoe de complexiteit van de macro omgeving waarin zij opereren en de bronnen van informatie waarop ze hun analyse baseren, te begrijpen. Ook moeten ze die analyse continu uitdragen in de organisatie en constant proberen hun bronnen van informatie en techniek te verbeteren om de toekomstige strategie te bepalen. Met de hiervoor genoemde aandachtspunten in het achterhoofd, zijn analyses van de macro omgeving, desalniettemin een waardevol mechanisme voor het toenemen van het strategisch bewustzijn van managers.

Waarom wordt in dit onderzoek de externe omgeving in beeld gebracht?

Grant (2008) redeneert dat strategische analyse veelal gebaseerd is op de simpele aanname dat het doel van strategie is het bedrijf te helpen bestaan (en in de profit sector tevens om winst te maken). De voornaamste bron van bestaan en de te behalen winst is het creëren van waarde voor de klant. Winst ontstaat wanneer de waarde van het product of de dienst hoger is dan de kosten. De waarde van een product of dienst is sterk afhankelijk van de sterkte van zijn behoefte en de beschikbaarheid van substituten. Het deel van de waarde dat boven de kosten uitkomt, wordt verdeeld tussen klanten en producenten. Naarmate de concurrentie tussen producenten sterker is, neemt het deel van de waarde dat ten goede komt aan de klanten toe (consumentensurplus) en wordt het deel voor de producenten kleiner.

De winst van bedrijven binnen een industrie wordt bepaald door drie factoren:

- De waarde van de dienst voor cliënten
- De intensiteit van de concurrentie
- De relatieve onderhandelingsmacht op verschillende niveaus in de productieketen.

Concurrentie analyse in de bedrijfstak brengt al deze drie factoren samen in één kader.

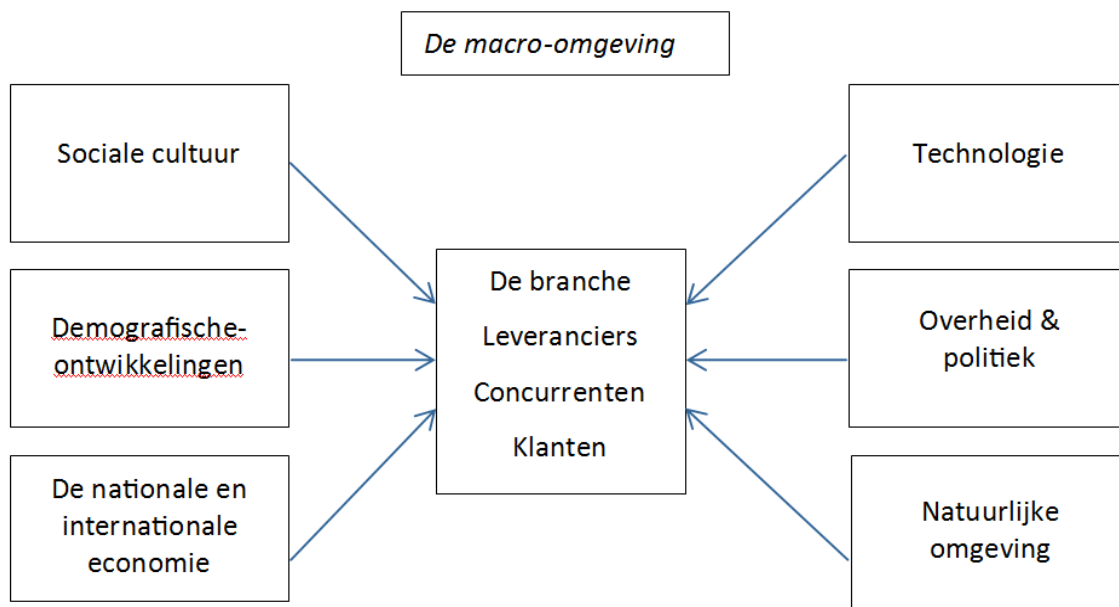
Grant (2008) beschrijft dat iedere bedrijfstak uniek concurrentiegedrag vertoont. Om de concurrentie en winstgevendheid in een bedrijfstak te doorgronden behoeven wij geen specifieke kennis van de bedrijfstak over een lange periode te hebben, maar kunnen wij een algemeen kader van oorzaak en gevolg gebruiken om de patronen in de concurrentie-activiteiten uit het verleden te begrijpen en de concurrentie en winstgevendheid voor de toekomst te voorspellen.

Er zijn verschillende modellen om een concurrentieanalyse uit te voeren op het niveau van de externe omgeving, o.a. de segmentatie-analyse (Mulwijk 2009), de concurrentieanalyse (Rustenburg 2007), de resource based strategy (Campbell 2006) en het vijfkrachtenmodel (Porter, 1980). Porter is de eerste die zich in de bedrijfskundige literatuur heeft bezig gehouden met concurrentieanalyse. Hoewel Daems en Doua (1984) enkele nieuwe elementen aan het concurrentiemodel van Porter hebben toegevoegd, hebben zij sterk gesteund op het pionierswerk van Porter (Alsem, 1986). Porter's model wordt nog steeds veel toegepast en heeft in die zin zijn waarde bewezen en is daarom hier opgenomen. Het is een nuttig raamwerk om relevante informatie over de bedrijfstakstructuur te classificeren en te voorspellen welke gevolgen de structuurkenmerken hebben voor het concurrentie-gedrag.

Het model van Porter benadrukt vooral de concurrentiepositie van organisaties in hun omgeving en in de bedrijfstak (de competitieve positionerings school). De competence of resource school redeneert dat het de competenties van een organisatie zijn en de onderscheidende manier waarop activiteiten worden georganiseerd, die het vermogen bepalen om beter te presteren dan concurrenten (Campbell, 2006). In dit onderzoek wordt gekozen om gebruik te maken van zowel het

bekende bedrijfskundige model van Porter aangevuld met de iets minder bekende resource based strategy waardoor zowel de externe omgeving als wel de interne organisatie in beeld worden gebracht.

De resource based strategy zoals Campbell (2006) heeft beschreven, bouwt voort op het model van Porter en beschrijft net als Porter de verschillende aspecten van de externe concurrentieomgeving. Daarnaast wordt aanvullend de organisatie met haar hulpbronnen en (kern)competenties beschreven. Dit zijn hulpbronnen en (kern)competenties waarvan organisaties gebruik maken om de meerwaarde voor een product of een dienst geboden aan de cliënt, te creëren én concurrentievoordeel te bereiken. Dit zijn beide factoren die het vermogen van een bedrijf om te overleven en te floreren, bepalen. Grant (2008) noemt de factoren van meerwaarde creëren voor de cliënt en het creëren van concurrentievoordeel in de bedrijfstak, kritieke succesfactoren. Door de combinatie van het vijfkrachten model van Porter en de resource based strategy op te nemen in het onderzoek wordt de gehele externe en interne omgeving in kaart gebracht. Daarom is dit onderdeel van de resource based strategy toegevoegd aan dit onderzoek.



Figuur 3 De bedrijfsomgeving

Samenhang van de drie gehanteerde modellen

De hierboven gekozen modellen brengen gezamenlijk de macro omgeving én de externe omgeving en interne omgeving (concurrentievoordeel en waardecreatie) van de bedrijfstak van organisaties in beeld. In figuur 3 wordt de samenhang zichtbaar uitgebeeld; de macro omgeving wordt in kaart gebracht aan de hand van de 6 factoren van de SPENT analyse. De externe omgeving is in het midden gesitueerd en etaleert het vijfkrachtenmodel van Porter met de 3 centrale krachten; leveranciers concurrenten, en consumenten. Daarnaast is er de kracht van de eigen organisatie in de bedrijfstak zelf (de branche). Zoals aan het begin van deze paragraaf al is weergegeven, is het essentieel dat managers van organisaties alert zijn op actuele en potentiële veranderingen in de macro omgeving en dat zij anticiperen op de potentiële impact die dit kan hebben op hun bedrijfstak en markt omgeving. Dit om in staat te zijn tijdig voorbereidingen te treffen op veranderingen en deze in je voordeel te gebruiken of je er tegen te verdedigen (Campbell, 2010). Wanneer wij de verbanden

tussen macro omgeving, de bedrijfstakstructuur, de organisatie en winstgevendheid begrijpen, is het mogelijk drie belangrijke strategische kwesties te analyseren:

1. De winstgevendheid van de bedrijfstak te voorspellen.
2. Aangeven op welke manier het bedrijf de bedrijfstakstructuur dusdanig kan beïnvloeden dat de concurrentie getemperd wordt en de winstgevendheid verbetert.
3. Kritieke succesfactoren opsporen – de noodzakelijke voorwaarden om te overleven en te floreren in een bepaalde bedrijfstak (Grant, 2008).

Deze laatste strategische kwestie staat centraal in dit onderzoek: namelijk hoe kleine zorgorganisaties zich strategisch succesvol kunnen positioneren in de huidige macro omgeving. In het bijzonder wordt inzicht verkregen in de belemmerende en bevorderende factoren binnen de ontwikkelingen in de macro omgeving en externe en interne krachten op de strategische positionering. In hoofdstuk 6 en 7 zullen aan de hand van deze kwestie verbanden worden gelegd.

2.3. PEST analyse

In verschillende literatuur wordt eigen betekenissen gegeven aan de externe macro-omgeving analyses. De basis analyses worden Campbell (2006) beschreven en in kaart gebracht met behulp van de PEST of STEP analyse, socio-demografische, technologische, economische en politieke factoren. Campbell (2006) introduceert de SPENT analyse om krachten in de externe omgeving weer te geven. De N van natuurlijke omgevingsinvloeden is hierin aanvullend op de PEST analyse. Na bestudering van de aspecten met betrekking tot natuurlijke invloeden kan de conclusie worden getrokken dat de natuurlijke omgeving in zijn algemeenheid gesproken weinig van invloed is op de intramurale ouderenzorgmarkt. Daarom wordt in deze beschrijving gebruik gemaakt van de PEST analyse.

Vanwege de complexiteit van de macro omgeving is de PEST analyse opgedeeld in vier algemene invloedskrachten op de bedrijfstak.

1. Socio-demografische invloeden

Een analyse van de sociale omgeving heeft betrekking op het begrijpen van de potentiële impact van de maatschappij en sociale veranderingen op een organisatie, een bedrijfstak en de markt. De volgende drie aspecten spelen daarin een rol. **Sociale cultuur** (waarden, gedragingen en vooronderstellingen) – deze bepalen de impact op de vraag naar producten en diensten, hoe tegen het werk wordt aangekeken, besparingen en investeringen die moeten worden gedaan en daarnaast spelen ecologie, ethische overwegingen een rol. **Demografie** – de impact, grootte en opbouw van de populatie op de werkkraft en patronen voor vraag naar producten en diensten. **Sociale structuur** – sterk gerelateerd ten opzichte van de demografische gegevens; wat is de impact en gedrag ten opzichte van het hebben van werk en het bezitten van bepaalde producten? Het heeft te maken met op welke manieren sociale groepen in een maatschappij zijn georganiseerd. Opwaartse mobiliteit, toename van vrije tijd, ouder wordende populaties hebben significante invloed op de markt en bedrijfstak.

2. Politiek, overheid, wet- en regelgeving invloeden

De politiek is gedefinieerd als het deel van de macro omgeving dat niet onder invloed is van directe controle of invloed van de overheid of staat. Overheid kan worden gedefinieerd in drie niveaus; nationaal, subnationaal (als een land opgedeeld is in staten / länder) of

internationaal niveau. Overheden hebben directe controle of invloed op een grotere of kleinere mate van: legalisatie of regulering, economische of fiscale politiek, overheidsinstellingen, overheid internationale politiek (internationale handel, wisselrentes, subsidies etc.). In variërende gradaties hebben alle bedrijven en organisaties te maken met politieke invloeden. Politieke risico's lopen met name internationale bedrijven die ook in politiek instabiele landen opereren. Maar ook in politiek doorgaans stabiele landen, kan de politieke onzekerheid invloed hebben bijvoorbeeld ten tijde van verkiezingen of politieke crisis.

3. Economische invloeden

Over het algemeen kent de regulering van de nationale economie twee sleutelinstrumenten; fiscaal en monetair beleid. Deze beleidsinstrumenten, naast invloeden van internationale markten, bepalen het economische klimaat in een land waarin een organisatie opereert. Fiscaal beleid heeft te maken met de manier waarop de nationale overheid omgaat met (belasting)inkomsten en met uitgaven. Een overheid is in staat het economische klimaat te beïnvloeden door te variëren met (belasting)inkomsten en uitgaven. Monetair beleid heeft te maken met regulering van de nationale economie door te variëren met de voorraad en de prijs van geld. Voorraad van geld heeft betrekking op de hoeveelheid geld dat in omloop is in een economie en de 'prijs' van geld is gebaseerd op de basisrentekoers die de rente bepaald die banken en andere kredietverstrekkers in rekening brengen voor leningen.

Economische groei, wisselrentes, hoogte van inkomen, inflatie en werkloosheid hebben allemaal invloed op de mogelijkheden van mensen om te betalen voor producten en diensten en hebben daarom invloed op het vraagpatroon. Vergelijkbaar hebben het productiviteitsniveau, het loonniveau, het niveau van inflatie, de wisselrente invloed op de kosten van productie en daarmee de concurrentiepositie.

4. Technologische invloeden

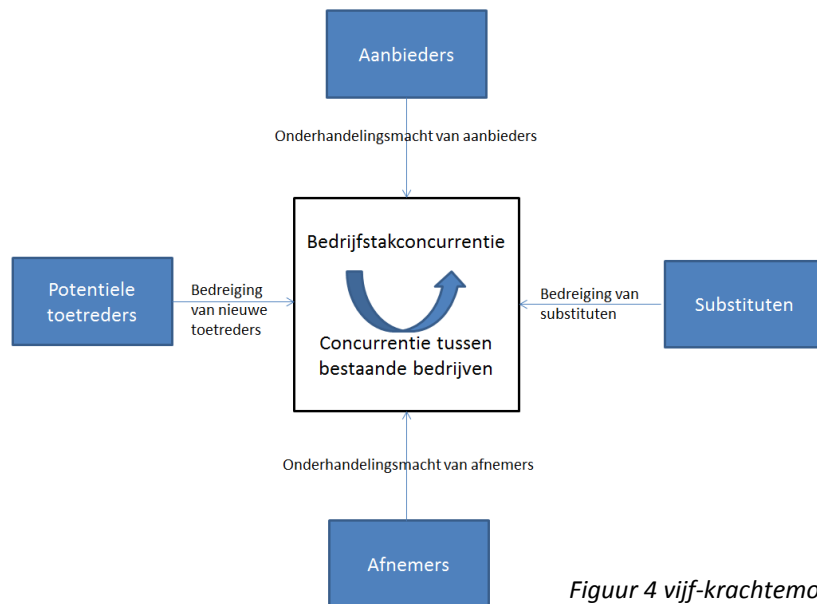
De analyse van de technische omgeving heeft betrekking op de ontwikkeling en het begrijpen van de effecten van veranderingen in technologie en hun impact op alle gebieden van een bedrijf, haar werknemers en activiteiten, inclusief goederen en diensten, productieproces, informatie en communicatie, transport en distributie, maatschappij, politiek en economie. Veranderingen in technologie hebben invloed op de producten die beschikbaar zijn voor consumenten en bedrijven, de kwaliteit van de producten en hun functionaliteit. Veel productieprocessen in de industrie zijn getransformeerd in automatische, door computers gestuurde ontwerpen en fabricage. Dit heeft ontwerpprocessen versneld, werkpraktijken getransformeerd en toename van de efficiëntie van de productie opgeleverd. Als consequentie van al deze ontwikkelingen, is het van belang dat organisaties veranderingen in technologie monitoren die van invloed kunnen zijn op hun bedrijfsvoering of hun markt. In de meeste industrieën moeten organisaties flexibel zijn en klaar staan voor nieuwe innovaties en nieuwe technologieën toepassen wanneer die zich aandienen. De manier waarop en de intensiviteit waarmee organisaties de nieuwste technologie al dan niet toepassen, kan een belangrijk, beslissend competentievoordeel opleveren.

Het is belangrijk te ontdekken en begrijpen dat deze vier krachten gerelateerd zijn aan elkaar en invloed kunnen hebben op elkaar. Het is evenzo belangrijk om de mate van invloed op de bedrijfsvoering van de organisatie, de bedrijfstak en de markt afzonderlijk te identificeren. Omdat de effecten van de macro omgeving soms twijfelachtig zijn, is het essentieel dat een range van mogelijke

uitkomsten (scenario's) van de veranderingen worden geïdentificeerd en overwogen. Een gedisciplineerde aanpak bij het uitvoeren van een PEST analyse is nodig. Belangrijk in het proces van analyseren is het ten eerste goed identificeren van issues die impact hebben op de organisatie en de bedrijfstak, en pas in de tweede plaats in welke categorie dit issue plaats heeft (Campbell, 2010).

2.4. Het vijfkrachtenmodel van Porter ten behoeve van analyse externe omgeving

In deze paragraaf wordt het vijfkrachtenmodel van Porter beschreven. Porter's model van de vijf krachten van concurrentie ziet de winstgevendheid van de bedrijfstak als bepaald door vijf soorten concurrentiedruk (zie figuur 4).



Figuur 4 vijf-krachtemodel Porter, 1980

Eerst worden drie bronnen van horizontale concurrentie besproken.

1. Concurrentie van substituten
 - Bereidheid tot aanschaf van substituten
 - Prijs-prestatieverhouding van substituten; hoe ingewikkelder het product of de dienst te beoordelen is door de cliënt des te geringer de substitutie door consumenten op basis van prijsverschillen is.
2. Dreiging van toetreding

Toetreding barrières:

 - *benodigd kapitaal* > om zich in een bedrijfstak te kunnen vestigen.
 - *schaalvoordelen* > in sommige bedrijfstakken moet omwille van de efficiency op zeer grote schaal geproduceerd worden. Nieuwe toetreders staan dan voor de keuze of op kleine schaal toe te treden en een hoge kostprijs te accepteren of op grote schaal toe te treden en het risico lopen dat zij hun capaciteit veel te weinig benutten bij het opbouwen van hun omzet.
 - *absolute kostenvoordelen* > gevestigde bedrijven kunnen op alle niveaus van output een kostenvoordeel hebben ten opzichte van toetreders (bijvoorbeeld afgerond leerproces).
 - *product differentiatie* > gevestigde organisaties hebben een voordeel ten opzichte van nieuwe toetreders dankzij merkherkenning en consumententrouw.

- *toegang tot distributiekkanalen* > sommige distributeurs hebben voorkeur voor producten van gevestigde bedrijven.
 - *barrières door wettelijke en overheidsmaatregelen* > in bedrijfstakken met sterke overheidsbemoeienis (zoals bijvoorbeeld in de zorg het geval is) via regelgeving, bemiddeling en normen voor het milieu en veiligheid zijn toetreders in het nadeel vergeleken bij gevestigde bedrijven. Men moet kosten maken om de status van 'goedgekeurd leverancier' te verkrijgen.
 - *represaillemaatregelen* > gevestigde bedrijven kunnen represailles nemen op toetreders door bijvoorbeeld agressieve prijsverlaging, meer reclame, rechtszaken etc.
3. Rivaliteit tussen gevestigde concurrenten
- Meestal is de concurrentie tussen de binnen de bedrijfstak opererende bedrijven de belangrijkste determinant van de concurrentie en het niveau van de winstgevendheid / bestaan in het algemeen. Hoofdfactoren die de aard en intensiteit van de concurrentie tussen gevestigde bedrijven bepalen zijn;
- Concentratie > het aantal concurrenten en hun relatieve omvang. Naarmate het aantal bedrijven dat een markt bedient stijgt, wordt het moeilijker de prijszetting te coördineren en neemt de kans toe dat één bedrijf een agressieve prijsconcurrentie start.
 - Diversiteit van concurrenten > de mate waarin hun oorsprong, doelstellingen, kosten en strategieën overeenkomen bepalen mede of bedrijven de concurrentie in een bedrijfstak kunnen vermijden.
 - Product differentiatie > hoe meer overeenkomst het aanbod van concurrerende bedrijven vertoont, hoe meer bereid klanten zijn om daartussen te switchen. Zijn er vrijwel geen verschillen waarneembaar? Dan is de prijs de enige basis voor concurrentie.
 - Overcapaciteit en uittreding barrières > in veel bedrijfstakken is de winstgevendheid sterk cyclisch als gevolg van veranderingen in vraag en capaciteit. Overcapaciteit is meestal een gevolg van een dalende marktvraag, die langdurig kan zijn of cyclisch.
 - Kostencondities; schaalvoordelen en de verhouding vaste / variabele kosten > de agressiviteit waarmee concurrenten de strijd om een marktaandeel voeren, is vooral afhankelijk van de kostencondities waarvoor zij staan. Op korte termijn bepaalt de verhouding vaste /variabele kosten hoe sterk bedrijven hun prijzen omlaag brengen om hun resterende capaciteit te benutten.

Vervolgens worden de twee 'verticale' bronnen van concurrentie beschreven

4. Onderhandelingsmacht van afnemers, consumenten
- Bedrijven opereren op twee soorten markten; markt van input (inkoop grondstoffen) en markt van output (verkoop). Op beide markten is de relatieve winstgevendheid van de twee partijen bij een transactie afhankelijk van de relatieve economische macht.
- Consumentenmarkt:
- a. Prijsgevoeligheid van afnemers:
 - Zijn de kosten van inkoop in verhouding tot totale kosten;
 - minder gedifferentieerd product > gemakkelijker men leverancier inwisselt;
 - winstgevendheid van afnemers;
 - belang van product voor kwaliteit van producten afnemers.
 - b. Relatieve onderhandelingsmacht:
 - Omvang en concentratie afnemers in verhouding tot aanbieders;
 - informatie van afnemers over het product;

- vermogen van afnemers tot achterwaartse integratie (zelf doen).
- 5. Onderhandelingsmacht van aanbieders/leveranciers
Deze loopt analoog met de macht van producenten ten opzichte van hun afnemers (Grant, 2008).

2.5. Resource based strategy

In deze paragraaf wordt de resource based strategy beschreven in aanvulling op de concurrentie analyse om op deze manier ook de interne omgeving in kaart te brengen. Als eerste werkgebied van deze strategie beschrijft Campbell (2006) de organisatie met haar hulpbronnen en (kern)competenties. Wat zijn de belangrijkste factoren die het niveau van presteren van een organisatie sturen? De bronnen en competenties, met name de kerncompetenties en de waarde toevoegende activiteiten. Het resultaat is dat cliënten de diensten van deze organisatie als meer waarde toevoegend ervaren dan die van de concurrenten.

- a. *Competenties* zijn kernmerken, eigenschappen, vaardigheden, kennis, technologie, netwerkcontacten die alle organisaties in een bedrijfstak dienen te bezitten. Zonder dergelijke eigenschappen kan een bedrijf niet starten of overleven in de bedrijfstak. Competenties dienen continu te worden ontwikkeld.
- b. *Kerncompetenties* zijn ingewikkeld en ongrijpbaar. Ze kunnen ontstaan door de verbinding van uitzonderlijke hulpbronnen met bijzondere competenties. Alleen spelers die bovengemiddelde prestaties leveren kunnen worden beschouwd als organisaties die kerncompetenties bezitten.
- c. *Hulpbronnen* zijn nodig voor de activiteiten van een organisatie. Hulpbronnen zijn in vier verschillende categorieën te onderscheiden:
 1. Menselijke: individuele kennis en vaardigheden (beoordeel vacatures, werkdruk, opleiding, ervaring, leeftijdsopbouw, productiviteit, ziekteverzuim etc.).
 2. Financiële: investeringen en werkkapitaal (beoordeel toereikendheid investeringen, liquiditeit et cetera).
 3. Fysieke bronnen: verhandelbare zaken zoals land, gebouwen, apparatuur, kennisbanken, gecodificeerde kennis (beoordeel capaciteit, bezettingsgraad, onderhoud).
 4. Ongrijpbare bronnen (reputatie, imago, merkbekendheid, relatienetwerk, goodwill).

Ad. a. Analyse competenties;

Drempelcompetenties > eigenschappen (basis) die nodig zijn om als organisatie in een bedrijfstak te kunnen functioneren.

Kerncompetenties > eigenschappen die het mogelijk maken in een bedrijfstak bovengemiddeld succesvol te presteren.

Ad. b. Het analyseren van kerncompetenties

Kerncompetenties ontstaan vanuit een unieke en onderscheidende manier waarop een organisatie bouwt, ontwikkelt en haar hulpbronnen en competenties inzet en integreert.

Kerncompetenties die overleven kunnen worden geëvalueerd aan de hand van:

- Cliënt focus; is er een adequate focus op de behoefte van de cliënt?
- Unicité; is het gemakkelijk te kopiëren door concurrenten, zo ja hoe makkelijk?

- Flexibiliteit; kan de kerncompetentie gemakkelijk worden aangepast als de markt- of bedrijfstakcondities veranderen?
- Waarde toevoeging; in welke omvang voegt het waarde toe aan de dienst?
- Duurzaamheid; hoe lang kan deze superioriteit aanhouden?

Kerncompetenties kunnen nooit worden gezien als zijnde permanent beschikbaar. Het tempo van veranderingen van technologie en de maatschappij zijn van dien aard dat men kerncompetenties constant moet blijven aanpassen en er nieuwe moeten worden ontwikkeld. Hulpbronnen, competenties en kerncompetenties zijn duidelijk dicht gerelateerd aan de manier waarop een bedrijf zijn waardetoevoegende activiteiten organiseert en toont.

Ad. c. Het analyseren van bronnen

1. Per categorie:
Evalueer in aantal de beschikbare bronnen en beoordeel hun kwaliteit.
2. Op specificatie:
Hoe specifiek en schaars zijn de bronnen?
3. Analyseer op performance:
 - Interne maatstaf: bedrijfsdoelen, historische vergelijking, vergelijking per afdeling
 - Externe vergelijking: met koplopers in de bedrijfstak met organisaties in andere bedrijfstakken

Tot zover zijn de (kern)competenties en hulpbronnen die organisaties in de bedrijfstak dienen te verwerven, beschreven en is genoemd op welke wijze deze geanalyseerd kunnen worden.

2.6. Kritieke succesfactoren

Het model van Porter en de resource based strategy vormen gezamenlijk de ingrediënten voor een bedrijfstak analyse (externe & interne omgeving). Door de concurrentie en de vraag te analyseren kunnen wij nagaan of een bepaalde bedrijfstak potentieel concurrentievoordelen biedt, voor wat betreft de factoren die het vermogen van een bedrijf om te overleven en te floreren bepalen. Grant noemt ze kritieke succesfactoren (2008). Dit is een simpele benadering op basis van gezond verstand.

- Wat willen onze cliënten? (Je moet leveren wat cliënten willen kopen)
- Wat moet het bedrijf doen om de concurrentie te overleven?

Voor het antwoord op de eerste vraag, moeten de klanten in een bedrijfstak nader worden bekeken als basis van het voortbestaan van de bedrijfstak en de voornaamste bron van winst. Dit betekent dat organisaties moeten vaststellen wie hun klanten zijn, welke behoefte zij hebben en om welke reden zij voorkeur geven aan het aanbod van een bepaalde leverancier.

Voor het antwoord op de tweede vraag dient de basis van de concurrentie te worden geanalyseerd. Hoe sterk is de concurrentie en wat zijn de belangrijkste aspecten? Hoe kan een organisatie een superieure concurrentiepositie veroveren?

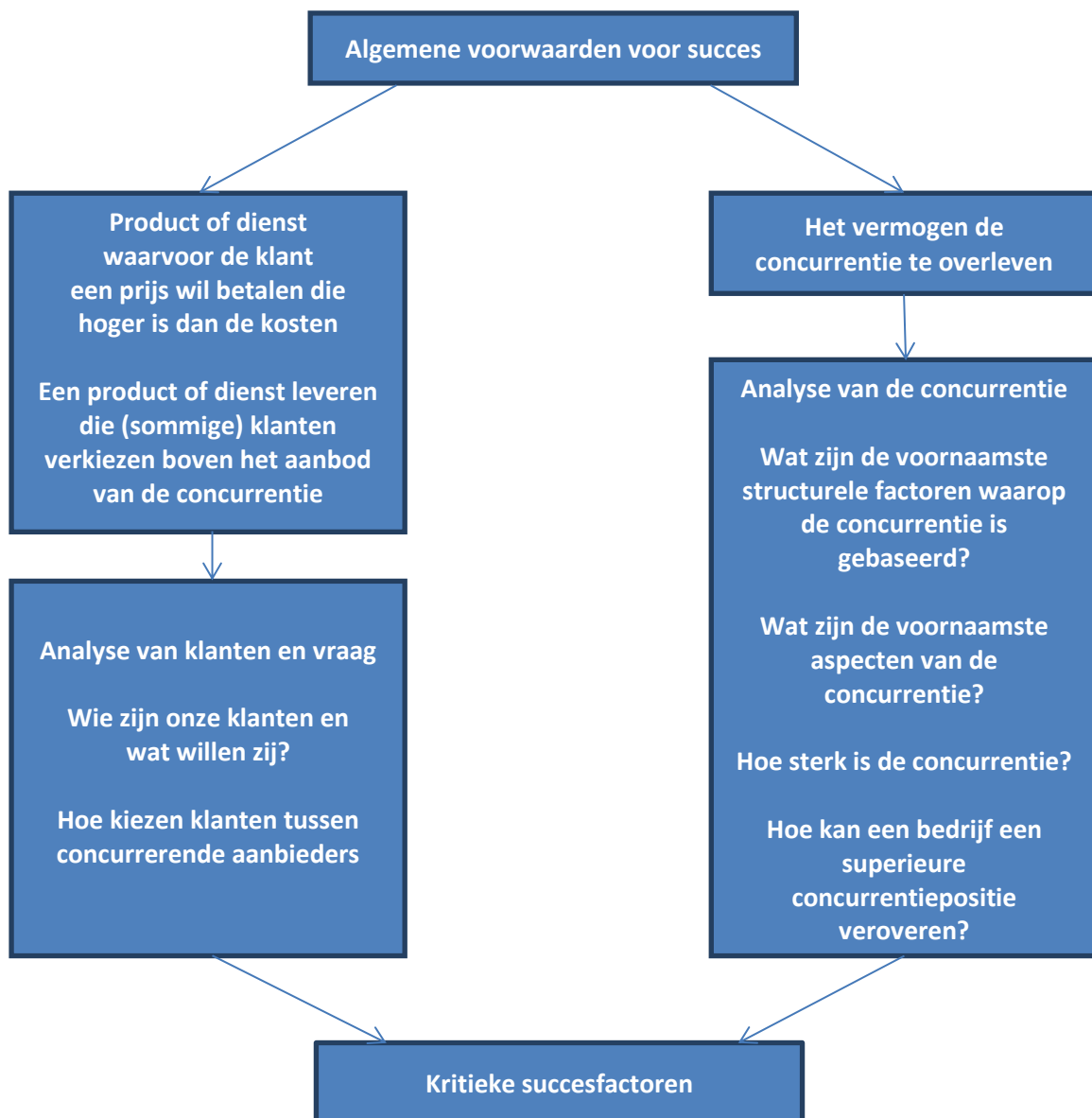
Als een bedrijfstak een dienst of product levert met beperkte differentiatie, zal de concurrentie waarschijnlijk sterk gericht zijn op de prijs. Om prijsconcurrentie het hoofd te bieden moet het bedrijf zorgen dat de kosten laag zijn. Onderzoek naar kostencondities in de bedrijfstak – bijvoorbeeld het belang van schaalvoordelen, de verhouding vaste- variabele kosten, de mate van overcapaciteit – geeft dan belangrijke aanwijzingen op welke manier kostenvoordeel te behalen.

Tot slot van dit hoofdstuk wordt in onderstaande figuur 5 als hulpmiddel, schematisch weergegeven op welke wijze kritieke succesfactoren in de bedrijfstak te ontdekken.

De theorie over kritieke succesfactoren sluit aan bij het model van Porter (voor wat betreft de concurrentie analyse) en de resource based strategy (voor wat betreft de meerwaarde die de organisatie levert aan de cliënt). Door de analyse van de drie beschreven modellen uit te voeren (in hoofdstuk 4) zal ook een antwoord worden verkregen op de kritieke succesfactoren voor kleine zorginstellingen. Deze factoren zowel belemmerende als bevorderende kunnen kleine zorgorganisaties helpen om zich strategisch succesvol te positioneren.

Wat willen onze cliënten?

Wat te doen om concurrentie te overleven?



Figuur 5 Kritieke succesfactoren onderscheiden Grant, 2008

Hoofdstuk 3. Onderzoekopzet

3.1. Onderzoeksmethode

In dit exploratieve kwalitatieve onderzoek is het object: zelfstandige intramurale AWBZ ouderenzorginstellingen met een omzet van 10 miljoen euro of minder. In deze thesis wordt het object van onderzoek vanuit drie invalshoeken belicht: wetenschappelijk documentenonderzoek, interviews onder bestuurders van kleine zorginstellingen en interviews onder beslissers in de AWBZ zorg. Alle drie de onderzoeken betreffen empirische onderzoeken, waarnemingen vanuit documenten en interviews.

Er is sprake van een probleemanalytisch onderzoek waarbij nog onduidelijk is in hoeverre bestuurders en beslissers een probleem voorzien ten aanzien van de strategische positionering van kleine zorginstellingen en of zij überhaupt het bestaan van kleine instellingen van belang achten. Het onderzoeken van wat nu feitelijk precies het probleem is, levert veelal een doorslaggevende bijdrage aan een adequate oplossing van een probleem (Doorewaard en Verschuren, 2007).

Omdat er geen specifieke literatuur beschikbaar is over strategische positionering van kleine ouderenzorginstellingen is een documentenanalyse uitgevoerd aan de hand van de in hoofdstuk 2. beschreven algemeen geldende theoretische modellen. Daarbij heeft de onderzoeker gebruik gemaakt van wetenschappelijke literatuur, artikelen uit de media en beleidsdocumenten, daar waar mogelijk en beschikbaar toegespitst op kleine zorginstellingen. Een andere mogelijkheid was geweest, om daar waar literatuur over het onderwerp kleine zorginstellingen ontbreekt, te kijken naar mogelijke overeenkomsten met kleine organisaties in een andere bedrijfstak zoals bijvoorbeeld scholen (non profit sector) of bedrijven (profit sector). Om de omvang van het onderzoek te beperken, is deze optie niet uitgevoerd.

Uit het documentenonderzoek (zie hoofdstuk 4) is gebleken dat er veel onzekerheid is over de verschillende ontwikkelingen op macro niveau alsook voor wat betreft de externe omgeving, door de verschillende transities in het zorglandschap en op welke manier een en ander zich tot elkaar gaat verhouden en gaat integreren. Wat daarbinnen specifiek de positie zal worden van kleine zorginstellingen is zeer moeilijk te voorspellen.

Om die reden heeft de onderzoeker ervoor gekozen kwalitatief onderzoek uit te voeren door middel van interviews onder bestuurders en beslissers (experts) om zodoende meer te weten te komen over de ervaringen en verwachtingen die zij hebben ten aanzien van de strategische positionering van kleine zorginstellingen in de macro omgeving en het externe krachtenveld. Het empirisch onderzoek met behulp van interviews heeft zich gericht op het in kaart brengen van enerzijds de bevindingen van bestuurders, verantwoordelijk voor de strategische positionering van hun instelling, en anderzijds op de bevindingen van experts / beslissers in de zorg die een rol spelen bij het inkopen van zorg en de financiering van de AWBZ zorg.

Voor het uitvoeren van het onderzoek kiest de onderzoeker voor een casestudy: de subsector zelfstandige intramurale AWBZ ouderenzorginstelling met een omzet van 10 miljoen euro of minder. Doorewaard en Verschuren (2007) beschrijven een casestudy als een onderzoek waarbij de onderzoeker probeert om een diepgaand en integraal inzicht te krijgen, in één of enkele tijdruimtelijk begrensde objecten of processen. In een kwalitatief onderzoek wordt geprobeerd gegevens te duiden en op elkaar te betrekken teneinde deze te verwerken tot conclusies.

3.2. Selectie van bestuurders en beslissers

Selectie bestuurders

Bij het selecteren van bestuurders heeft de onderzoeker afgewogen, gezien de omvang van het aantal instellingen die in deze categorie vallen (ruim 124 instellingen), op welke manier een balans gevonden kan worden tussen betrouwbaarheid van de gegevens en de generaliseerbaarheid. Eén van de doelstellingen van het onderzoek is namelijk het doen van algemeen geldende aanbevelingen voor bestuurders van de genoemde categorie instellingen.

In deze selectie is rekening gehouden met variatie tussen stedelijke en plattelandsgebieden en een spreiding van locaties over Nederland op basis van verschillende zorgkantoorregio's om zodoende een algemeen beeld te krijgen over Nederland. De onderzoeker kiest hiermee voor wat betreft de selectie van bestuurders en beslissers voor een strategische steekproeftrekking.

Een belangrijk aspect voor kleine zorgaanbieders is dat zij worden gecontracteerd ten behoeve van financiering van geboden zorg. Financiers, in dit geval zorgkantoren, hebben invloed op kleine zorginstellingen. Uit de Zorgatlas (2013) is op te maken dat zorgkantoren zijn belast met het uitvoeren van de AWBZ sinds 1998. Zij hebben de opdracht om voldoende en kwalitatief goede zorg in te kopen voor alle cliënten. Zorgkantoren werken zelfstandig -nauw gelieerd aan de zorgverzekeraar ter plekke- en proberen zorgvraag en zorgaanbod in een regio zo goed mogelijk op elkaar af te stemmen. De grootste zorgverzekeraar van een zorgkantoorregio is concessiehouder en heeft daarmee de plicht de

zorgkantorfunctie uit te voeren. Elke concessiehouder kan één of meerdere zorgkantoren beheren. Nederland is verdeeld in 32 zorgkantoorregio's (zie figuur 6) en er zijn 12 verschillende concessiehouders. In de selectie van te interviewen bestuurders is hiermee rekening gehouden. Alle zes kleine zorginstellingen waar de geïnterviewde bestuurders werkzaam zijn, staan in verschillende zorgkantoorregio's.

Deze keuze is gemaakt zodat tevens uit het onderzoek helder kan worden of zorgkantoren mogelijk verschillend beleid voeren en of dit invloed heeft op de strategische positionering van zorginstellingen. Concreet leidde dit tot het includeren van zes verschillende zorgkantoren waar geïnterviewde bestuurders mee te maken hebben, in dit onderzoek. Binnen de ruim 124 kleine zorginstellingen bevinden zich ook instellingen die een landelijke / regionale functie hebben zoals instellingen voor blinden en slechthorenden, voor doven en slechthorenden. Deze instellingen worden hiervoor aanvullend gefinancierd. Deze instellingen zijn buiten het onderzoek gehouden in het belang van een goede vergelijkbaarheid tussen kleine zorginstellingen.

Zorgkantoorregio's 2013

ten behoeve van uitvoering Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten



Bron: Zorgverzekeraars Nederland

Figuur 6

www.zorgatlas.nl

Selectie beslissers

Voor wat betreft het selecteren van beslissers in de zorg is in beeld gebracht welke partijen een sterke invloed hebben op het AWBZ beleid in Nederland. Het ministerie van VWS is verantwoordelijk voor het landelijk AWBZ beleid door middel van het doen van voorstellen voor wet- en regelgeving. VWS laat zich adviseren door diverse stakeholders zoals Zorgverzekeraars Nederland (brancheorganisatie voor zorgverzekeraars) welke o.a. de 32 zorgkantoorregio's vertegenwoordigen, het Centrum Indicatiestelling Zorg, de Nederlandse Zorg Autoriteit (marktmeester in de zorg), het LOC zeggenschap in zorg (landelijke cliëntenorganisatie) en Actiz (brancheorganisatie voor zorgaanbieders).

Uit het grote aantal organen dat invloed uitoefent op het beleid van VWS is een selectie gemaakt vanwege het beperkte tijdsbestek waarbinnen dit onderzoek moest worden uitgevoerd. Er is een interview met VWS zelf gevoerd, met Zorgverzekeraars Nederland, met een zorgkantoor en met brancheorganisatie Actiz. Vanuit de ranglijst die Skipr jaarlijks opstelt ten aanzien van de meest invloedrijke personen in de zorg, is gekeken naar de top 10. In het jaar 2013 staan vijf bestuurders van zorgverzekeraars op de ranglijst binnen de top 10 (Frissen, Koolen en Schmitt, 2013). Daarom is binnen dit onderzoek extra aandacht besteed in de categorie beslissers, aan zorgverzekeraars. Zowel de brancheorganisatie van de verzekeraars, Zorgverzekeraars Nederland, als een zorgkantoor, concessiehouder Menzis, zijn geïnterviewd.

De boegbeelden van de geselecteerde organisaties zijn rechtstreeks en persoonlijk via een e-mail benaderd voor het interview zoals daar zijn mr. H. de Vries (directie langdurige zorg VWS), mr. A. Rouvoet (voorzitter ZN), R.H.L.M. van Boxtel (rvb Menzis) en prof. dr. A.P.W.P. van Montfort (voorzitter bestuur ActiZ). Allen wilden meewerken aan dit onderzoek. Echter in de meeste gevallen spelen zij de uitvoering van het interview door naar hun beleidsmedewerkers.

3.3. Dataverzameling

Document analyse

In het eerste deel van het onderzoek, het documentonderzoek, is gebruik gemaakt van de volgende databronnen: wetenschappelijke literatuur, rapporten en beleidsdocumenten en media. Om inzicht te krijgen in de huidige ontwikkelingen in het zorglandschap zijn websites van diverse stakeholders geraadpleegd. Voor het beschrijven en analyseren van de huidige macro en externe omgevingsontwikkelingen en de toekomstvisie van de diverse stakeholders in politiek, verzekeraars en ouderenzorg, zijn diverse websites geanalyseerd. Literatuuronderzoek is gedaan naar kleine zorginstellingen zowel via google scholar als Search de zoekmachine van de Erasmus Universiteit. Ook Parlis, de zoekmachine voor alle Kamerstukken en Kamervragen, is geraadpleegd. Daarnaast is gebruik gemaakt van Digidoc (de datasite voor artikelen van de publieke omroep). Hierbij is o.a. gezocht op de volgende zoektermen: 'kleine zorginstellingen', 'kleinschalige zorginstellingen', 'kleinschaligheid in de zorg', 'kleine instellingen', 'kleinschalige zorgorganisaties'. De waarneming van de onderzoeker is dat over dit onderwerp geen wetenschappelijke literatuur beschikbaar is. Genoemde zoekcriteria leidden veelal naar literatuur over kleinschalig wonen voor ouderen met dementie. Dat is echter een totaal ander onderwerp en niet relevant voor dit onderzoek. Via Parlis konden wel documenten over Kamervragen rondom kleinschalige zorginstellingen worden gevonden. Via Digidoc vond de onderzoeker diverse aanverwante artikelen rondom bijvoorbeeld het thema 'weerstand tegen zorgconglomeraten'. Via de snowball sampling methode kon zowel bij Parlis als bij Digidoc worden gezocht naar andere documenten over dit onderwerp.

In sommige bronnen, veelal beleidsdocumenten of benchmark rapporten, werd wel eens een vergelijking of verbijzonderingsparagraaf gevonden met betrekking tot kleine zorginstellingen. Daarvan is in de documentenanalyse gebruik gemaakt.

Empirisch onderzoek

De onderzoeker heeft ervoor gekozen om bij zes bestuurders van verschillende zorginstellingen en bij vier beslissers in de zorg een kwalitatief interview af te nemen aan de hand van een topiclijst. De topiclijst met vragen voor de interviews zijn zowel voor de bestuurders als de beslissers gebaseerd op de drie theoretische modellen beschreven in Hoofdstuk 2. Voorafgaand aan de interviews vroeg de onderzoeker enkele schriftelijke kwantitatieve gegevens op bij de bestuurders met betrekking tot de bestaansduur van de instelling, het aantal cliënten op de wachtlijst en verificatie van het zorgkantoor waarop de zorgaanbieder is aangewezen om productieafspraken te maken. Tevens men gevraagd een eventueel beschikbaar strategisch beleidsplan aan te leveren zodat de onderzoeker zich voorafgaand aan de interviews kon verdiepen in de organisaties. Daarnaast zijn de websites van deze organisaties vooraf onderzocht.

Als eerste werden in het mondelinge, face to face interview aan zowel bestuurders als beslissers enkele inleidende vragen over het bestaansrecht van kleine instellingen gesteld waarna vragen volgden met betrekking tot de macro omgeving (op basis van de PEST analyse). Daarna volgden vragen vanuit het vijfkrachtenmodel van Porter ten aanzien van concurrentie in de externe omgeving. Als laatste werd tijdens de interviews gesproken over de kleine organisaties zelf; van welke hulpbronnen en competenties kunnen deze bijvoorbeeld gebruik maken en wat zijn volgens de bestuurders en beslissers kritieke succesfactoren om duurzaam bestaansrecht te creëren. Na het voeren van de interviews werden deze door de onderzoeker bijna letterlijk uitgewerkt. Vervolgens werd het opgestelde document teruggestuurd naar de geïnterviewde om te verifiëren of dit een juiste weergave van het gesprek was. Geïnterviewden mochten zaken aanpassen of aanvullen als men bij nader inzicht tot nieuwe gedachten was gekomen.

3.4. Wijze van analyseren

Document onderzoek

Op basis van de drie beschreven theoretische modellen is een kwalitatieve inhoudsanalyse uitgevoerd om zodoende antwoorden te verkrijgen op centrale vraag 1 en de daarbij behorende subvragen. Bij het uitvoeren van de inhoudsanalyse werd gebruik gemaakt van kwalitatieve gegevens uit documenten, uit media en uit de werkelijkheid. Een categorieënstelsel, zoals de hiervoor beschreven analyse ook wel wordt genoemd, is net zoals een vragenlijst voor interviews, een meetinstrument dat leidt tot beantwoording van een onderzoeksvraag.

Empirisch onderzoek

Volgens Boeije (2005) kan als definitie van analyseren de volgende omschrijving worden gehanteerd: “Analyseren is de uiteenrafeling van de gegevens over een bepaald onderwerp in categorieën, het benoemen van deze categorieën met begrippen, en het aanbrengen en toetsen van relaties tussen de begrippen in het licht van de probleemstelling”.

De interviews zijn digitaal opgenomen met een mobiele telefoon. De interviewers werden voorafgaand aan het interview hierover geïnformeerd. De onderzoeker heeft de opgenomen interviews afgeluisterd, uitgewerkt en samengevat. Het opnieuw beluisteren van een interview maakte dat er al een analyseproces in het denken in gang werd gezet.

Vervolgens zijn de antwoorden op de interviewvragen bij de juiste vraag geplaatst. De verschillende interviews zijn met elkaar vergeleken en op basis daarvan heeft de onderzoeker beslist welke fragmenten van antwoorden, bij welke vragen behoorden. Daarbij werd zorgvuldig rekening gehouden met het feit dat geïnterviewden soms verschillende terminologie gebruikten of op een ander abstractieniveau spraken. Waar stukken tekst geen enkele relatie leken te hebben met het onderwerp, zijn die fragmenten eruit gefilterd. In onderzoekstermen wordt bovenstaande vorm van analyse 'open coderen' genoemd.

Vervolgens werden fragmenten / codes weer bij elkaar gezocht die naar de interpretatie van de onderzoeker bij elkaar horen, dit wordt ook wel structureren genoemd. Hierbij werd continu nagedacht over de gegevens, over de samenhang tussen bepaalde categorieën en over de toetsing van de gevonden samenhangen.

Vervolgens moeten deze gedachten worden omgezet in woorden. Het is de uitdaging voor de onderzoeker een logisch en voor anderen te volgen verhaal te formuleren (De Lange, Schuman & Montesano Montessori, 2011). Het eindresultaat van de analyse staat in dienst van de probleemstelling, waar het allemaal om te doen is.

3.5. Validiteit, betrouwbaarheid en bruikbaarheid

In deze paragraaf wordt weergegeven op welke wijze dit onderzoek moet worden geïnterpreteerd met betrekking tot validiteit, betrouwbaarheid en bruikbaarheid.

De validiteit: meet het instrument datgene dat je wilt meten? Wat betreft de interne validiteit kan worden gerefereerd aan de eigen opgestelde criteria binnen het onderzoek. De Lange, Schuman & Montesano Montessori (2011) beschrijven in dit verband het belang dat de onderzoeker zich voortdurend moet afvragen of de onderzoeksinstrumenten en handelingen bijdragen tot het beantwoorden van zijn onderzoeksvragen met betrekking tot de interne validiteit.

Door gebruik te maken van de structuur en inhoud van de literatuur voor wat betreft de documentenanalyse en de interviews, is de kans dat de uitkomsten daadwerkelijk bijdragen aan de antwoorden op de vraagstellingen, groot. In zijn algemeenheid kan de onderzoeker concluderen dat de triangulatie van documentenanalyse, de interviews met bestuurders en de interviews met de beslissers zal bijdragen aan een meer integrale beeldvorming van het probleem.

Betrouwbaarheid: interviews als onderzoeksinstrument scoren relatief laag op betrouwbaarheid. Door de grote afhankelijkheid van de situatie, het moment, interactie en interpretatie tussen de betrokken personen is exacte herhaling uitgesloten. Geïnterviewden krijgen achteraf de gelegenheid de samenvatting van het interview aan te passen of aan te vullen. Dit verhoogt de betrouwbaarheid van het onderzoek in enige mate.

Bruikbaarheid: binnen praktijkgericht onderzoek prevaleert vaak de validiteit boven de generaliseerbaarheid. Het onderzoek is slechts gericht op kleine zorgorganisaties in het huidige zorglandschap. Het is dus met name bruikbaar en toepasbaar op die categorie zorginstellingen. In de slotfase van dit onderzoek hoort een stevige reflectie thuis die niet alleen het eigen onderzoek evalueert maar ook uitspraken doet over de bevindingen en de wijze waarop deze van belang kunnen zijn voor andere praktijksituaties. Echter bescheidenheid is op zijn plaats; bevindingen hebben vaak een voorlopig en tijdelijk karakter (De Lange et al., 2011).

4. Hoofdstuk 4. Empirisch onderzoek vanuit documenten

De documentenanalyse wordt in dit hoofdstuk uitgevoerd aan de hand van de in hoofdstuk 2 beschreven algemeen geldende theoretische modellen. Daarbij maakt de onderzoeker gebruik van wetenschappelijke literatuur, artikelen uit de media en beleidsdocumenten daar waar mogelijk en beschikbaar toegespitst op kleine zorginstellingen. Vervolgens volgt in de laatste paragraaf een integratie van de uitgevoerde analyses op basis waarvan scenario's zouden kunnen worden opgesteld. Deze vervolgstap valt buiten de scope van dit onderzoek.

4.1. Uitvoering PEST analyse

In deze paragraaf wordt de PEST analyse uitgevoerd. Daarmee wordt de deelvraag, wat blijkt uit de analyse van macro-economische ontwikkelingen, gebruikmakend van de PEST analyse ten aanzien van strategische positionering van kleine zorgorganisaties, beantwoord.

1. Politiek, overheid, wet- en regelgeving invloeden

Overheid: In het Trendrapport van FWG (2013) staat beschreven dat in 2006 met kostenbeheersing als vertrekpunt een stelselwijziging naar gereguleerde marktwerking is doorgevoerd (door middel van DBC en ZZP invoering). Met het opheffen van het onderscheid tussen particuliere en ziekenfondsverzekerden kwam ruimte voor de patiënt als afnemer op de markt. Er werd gestreefd naar zowel kostenverlaging als kwaliteitsverbetering. Ondanks de scherpere inkoop door zorgverzekeraars, blijven de besparingen waarop werd ingezet, uit. Er is forse kritiek op het marktwerkingssysteem. Ondanks deze kritiek verwacht men niet dat het financieringsstelsel op korte termijn op de schop gaat. Volgens velen zou dan het kind met het badwater worden weggespoeld (Van de Ven, Westerbeek & Andriessen, 2013). Het systeem van marktwerking brengt – zo blijkt uit de signalen – ook veel positieve aspecten zoals samenwerkingsverbanden. Daarnaast zou de kwaliteit van zorg zichtbaar zijn verbeterd door inzicht in prestatie-indicatoren, toegenomen klantvriendelijkheid en kortere wachtlijsten. Marktwerking zorgt er tevens voor dat de sector veel meer in beweging is.

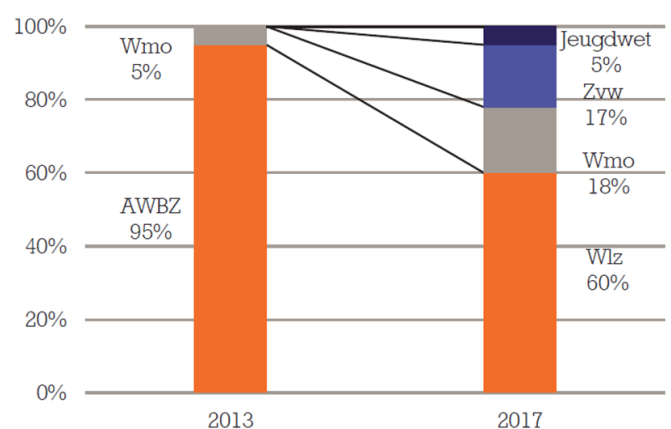
Terwijl aan het systeem van gereguleerde marktwerking wordt geschaafd, heeft de overheid besloten tot een andere grote ingreep in het zorgstelsel namelijk de hervorming van het zorglandschap. Over de transities en de noodzaak ervan bestond binnen alle partijen in de zorgsector al langere tijd consensus (Van de Ven, et. al, 2013).

De belangrijkste hervormingen (inclusief forse bezuinigingen) die momenteel plaatsvinden zijn:

- Decentralisatie van zorgtaken van de overheid naar gemeenten (Wmo). De regie hoeft niet noodzakelijkerwijs bij de gemeente te liggen. Veel is afhankelijk van de burgers en van de aanbieders op het gebied van wonen, welzijn en zorg. Samenwerking tussen zorgpartijen onderling en de staat hierbij voorop.

- Invoering Wet Langdurige zorg, uitvoering door zorgkantoren (Wlz).

- Invoering functie (wijk)verpleging door zorgverzekeraars (Zvw). (Zie figuur 7)



Bron: Ministerie van VWS

Figuur 7

- Verschuiving van zorg naar de eerste lijn
- Concentratie van specialistische zorg

In intramurale ouderenzorginstellingen ontstaat als gevolg van de hervormingen de komende jaren een enorme overcapaciteit aan beschikbare plaatsen. Een grote categorie ouderen met voorheen een zorgzwaartepakket 1, 2, en 3 (vanaf 2015 geldt dit ook voor een aanzienlijk deel van zzp 4) krijgt geen indicatie meer om in een instelling met verblijf te wonen (Regeerakkoord 2012). Veel maatregelen zouden vooraf onvoldoende zijn onderzocht op effectiviteit en het is nog maar de vraag of ze het gewenste effect van kostenbesparing gaan opleveren. Op de website www.socialevraagstukken.nl (september 2014) verbazen onderzoekers zich over het gebrek aan onderzoek waaruit bewijs naar voren komt dat de transitie naar gemeenten de gewenste efficiëncywinst gaan opleveren. Naast genoemde hervormingen wordt door de overheid ingezet op het bestrijden van fraude en het voorkomen van zorgverspilling (Van de Ven et. al., 2013). Tevens staat in het Trendrapport FWG (2013) dat aan de zorgverzekeraar al langere tijd een grote rol toegekend wordt in het terugdringen van de zorgkosten, door het selectief inkopen van de beste en goedkoopste zorg. In de afgelopen twee jaar hebben zorgverzekeraars een enorme vlucht genomen in het innemen van de positie van kritische inkoper. Hoewel deze rol door de overheid de afgelopen jaren sterk gestimuleerd is, horen we dit jaar veel kritische geluiden over de wenselijkheid van deze ontwikkeling. Dat de macht van de zorgverzekeraar is toegenomen lijkt evident (Van de Ven et. al. 2013). Uit een jaarlijkse ranglijst van zorgwebsite Skipr (2013) blijkt dat de top van zorgverzekeraars bestaat uit de meest invloedrijke beslissers in de zorg. Ook Rabobank topman Michel van Schaik zegt in het NRC handelsblad (2013): “het evenwicht in de zorg dreigt te worden verstoord door de toenemende macht van zorgverzekeraars”. Hij vindt dat de risico’s ongelijk zijn verdeeld omdat zorgverzekeraars vooral kortlopende contracten aangaan met zorgorganisaties. Daarop lopen zij beperkt risico, terwijl het voor zorgorganisaties lastig is om met zo veel onzekerheid langdurig beleid te maken. Vanaf 2017 verdwijnt de risicoverevening voor zorgverzekeraars en zijn zij volledig risicodragend voor alle vormen van zorg die binnen het verzekerde pakket vallen. Hierdoor zullen zij nog eerder geneigd zijn contracten voor korte duur af te sluiten, omdat financiële tegenvallers door deze maatregel niet meer achteraf worden gecompenseerd. Ook zouden zorgverzekeraars hun verzekerden nog niet of nauwelijks informatie geven over de manier waarop zij onderscheid maken in de zorginkoop. Daarnaast wordt er veel kritiek geuit op de winsten van zorgverzekeraars (Van de Ven et. al. 2013).

Politiek: In variërende graden hebben alle bedrijven en organisaties te maken met politieke invloeden. In Nederland is op dit moment een kabinet van de grote politieke middenpartijen VVD en PvdA aan de macht. De Volkspartij voor Vrijheid en Democratie is een conservatief-liberale partij. Het hecht aan ondernemingszin en politieke, sociale en economische vrijheid. De Partij van de Arbeid is een centrum-linkse sociaaldemocratische partij. Haar programma legt de nadruk op een grotere sociale, politieke en economische gelijkheid van alle burgers (Wikipedia, 2014). Vanuit verkiezingsprogramma’s van beide partijen blijkt dat men over veel zaken verschillend denkt. In het regeerakkoord nemen de partijen gezamenlijke standpunten in. Voor wat betreft de langdurige zorg is vanuit het regeerakkoord in de kamerbrief van 25 april 2013 door Staatssecretaris Van Rijn opgenomen dat als het thuis wonen niet meer haalbaar is, er goede zorg in een instelling moet zijn waar oog is voor het individu en de kwaliteit van leven. Hervormingen in de langdurige zorg zijn noodzakelijk, omdat bij de huidige uitgavengroei het stelsel financieel onhoudbaar is. De AWBZ heeft een sterke groei van de uitgaven gekend van € 275 miljoen bij aanvang naar € 25,1 miljard in 2011. In een artikel in het RD van Gunst en De Looze (2013) staat verwoord dat in 1997 de Wet op de

Bejaardenoorden is toegevoegd aan de AWBZ waardoor de kosten van de AWBZ sterk zijn toegenomen. Je eigen huis opeten en zo meebetalen aan de ouderenzorg was voor veel Nederlanders in het verzorgingshuis realiteit tot aan het afschaffen van de vermogenstoets in 1997. Sinds 2008 worstelt de politiek met het herinvoeren van de toets of een variant daarvan (Gunst & Looze, 2013). De groei van de AWBZ kosten is drie keer zo hoog als het bruto nationaal product. Door de maatregelen van het kabinet wordt de groei afgevlakt in de periode 2014-2017 en blijft de langdurige ondersteuning en zorg beter houdbaar voor toekomstige generaties. Conform het Regeerakkoord leidt de hervorming tot structureel minder uitgaven ter grootte van € 3,5 miljard (kamerbrief, 2013). Het vorige kabinet wilde, zo blijkt uit het toenmalige regeerakkoord (2010), het ontstaan van kleinere zorginstellingen actief bevorderen. Het ontstaan van zorggiganten wordt sindsdien met een zorg specifieke fusietoets uitgevoerd door de Autoriteit Consument & Markt (ACM) teruggedrongen. De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) mag desnoods instellingen splitsen (2010).

2. Economische invloeden

In een prognose van eind 2013 van ABN AMRO (2013) spreekt men de verwachting uit dat de economie in 2014 en 2015 langzaam verder zal herstellen. Dat is vooral te danken aan de uitvoer, die kan profiteren van de voorziene groeiversnelling van de mondiale economie. Ook voor de investeringen worden positieve cijfers verwacht. Maar dat geldt nog niet voor de particuliere consumptie. Ondanks de vermoedelijke stijging van het beschikbaar inkomen zal de consumptie in 2014 opnieuw dalen. Gezinshuishoudens zullen eerst hun financiële positie verder op orde willen brengen. Hoewel dat proces in 2015 nog niet geheel ten einde zal zijn, kan de consumptie dankzij een verdere verbetering van het beschikbaar inkomen dan weer wat groei laten zien. Het scheiden van wonen en zorg zal voor een groot aantal groepen leiden tot een vermindering van het besteedbaar inkomen. Ouderen met een laag inkomen kunnen volgens het Nibud (2012) in de toekomst minder uitgeven aan sociale activiteiten.

De economische groei kan aantrekken naar bijna 0,5 % in 2014 en verder naar ongeveer 1,25 % in 2015. De werkloosheid liet eind 2013 enige stabilisatie zien. Er wordt echter rekening mee gehouden dat de werkloosheid in de komende maanden toch weer verder oploopt, omdat de economische groei nog te laag is. Pas in 2014 bereikt de werkloosheid vermoedelijk haar piek. In 2015 zal de werkloosheid weer wat lager uitvallen (ABN AMRO, 2013). Door de Europese regelgeving komen er strengere regels voor banken en verzekeraars, zoals Solvency II (een Europese richtlijn voor verzekeraars) en Basel III (een samenwerkingsakkoord tussen banken). In lijn met deze regelingen moeten banken en verzekeraars een hogere solvabiliteit in acht nemen. Geld lenen bij banken voor bijvoorbeeld investeringen wordt hierdoor bemoeilijkt. Temeer omdat banken de zorgsector zijn gaan zien als een risicovolle sector (ActiZ, 2013).

3. Socio-demografische invloeden

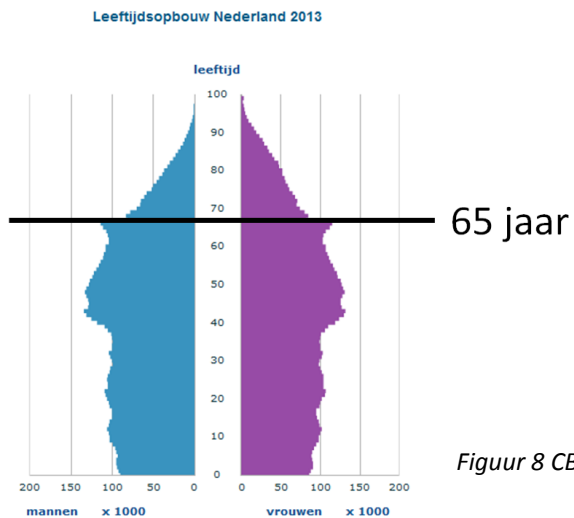
Cultuur

Uit onderzoek van de SER (2012) blijkt dat er bezorgdheid is in de samenleving over de sterk groeiende zorguitgaven. In 2010 werd € 24 miljard uitgegeven aan de langdurige zorg. Uitgaande van een trendmatig scenario zullen de kosten voor langdurige zorg stijgen van 4,1 naar 9% van het bbp in 2040. Nederland is internationaal koploper wat betreft de kosten voor langdurige zorg.

De totale zorgkosten zijn 14,9% van het bruto binnenlands product. Per volwassene geven we in 2013 gemiddeld € 5.087,- per jaar uit aan collectief verzekerde zorg (NZa, 2013). De visie op zorg in Nederland verschuift van een verzorgingsstaat naar een participatiesamenleving. Niet meer 'zorgen voor' maar 'zorgen dat' is de nieuwe norm.

Demografie & structuur

In het rapport van CBS (2012) staat dat tot 2040 de bevolking groeit naar 17,8 miljoen inwoners. Het aandeel 65-plussers (zie figuur 8) loopt op tot een kwart van de bevolking. Volgens de nieuwe prognose zet de stijging van de levensverwachting op de lange termijn sterker door dan in 2010 werd verondersteld. De levensverwachting bij geboorte stijgt daardoor voor mannen van 79,2 jaar in 2011 naar 87,1 jaar in 2060 en bij vrouwen van 82,9 naar 89,9 jaar. Daarmee valt de levensverwachting voor mannen 2,6 jaar hoger uit dan volgens de prognose van 2010 en voor vrouwen 2,5 jaar hoger.



Figuur 8 CBS 2012

Doordat ouderen langer leven, blijft het aantal ouderen ten opzichte van de totale bevolking, volgens de nieuwe prognose, na 2040 stabiel (CBS, 2012). Het is te verwachten dat toekomstige generatie ouderen emancipeert door een hoger opleidingsniveau en een betere inkomenspositie, en een grotere motivatie heeft om zelf zorg te kiezen (Van de Gevel, 2012). Ook brancheorganisatie ActiZ schrijft in haar strategisch beleidsplan 2013 – 2015, dat de verwachting is dat er meer ouderen komen met een betere financiële positie, doordat er meer hoger opgeleide mensen zijn die ook meer pensioen hebben opgebouwd. Naar verwachting leidt dit tot een grotere behoefte aan eigen regie en keuzevrijheid. Burgers betalen in de komende jaren een hogere eigen bijdrage. Uit onderzoek van de WHO (2013) blijkt, dat de eigen bijdrage in de zorg nergens in Europa zo gering is als in Nederland. In een rapport van de Raad voor de Volksgezondheid & Zorg (2012) staat echter dat er in de toekomst in absolute zin meer ouderen zullen zijn die niet of minder zelfredzaam zijn. Het aantal alleenstaande ouderen neemt de komende decennia toe. Er komen in de toekomst meer kinderloze ouderen. Bij deze groep zal meer aandacht moeten zijn voor een goed sociaal netwerk. In 2050 is naar schatting 18% van de 65-plussers allochtoon tegenover 13% op dit moment. In de toekomst stijgt het aantal ouderen met een chronische ziekte (in het bijzonder dementie) en comorbiditeit. Het aantal stijgt van 193.912 in 2005 tot ca. 319.000 in 2030 (RVZ, 2012). Hierdoor stijgt de zorgvraag naar verwachting sterk. Zorg voor niet-redzame ouderen vraagt om voorzorg door iedereen zo stelt de Raad voor de Volksgezondheid & Zorg. Om verschaalde ouderenzorg te voorkomen moeten alle burgers voorzorgsmaatregelen treffen, moeten zorgverleners zorg aan huis bieden en moeten burgers meer privaat investeren en hun netwerk inzetten voor hun oude dag.

In een onderzoek naar de arbeidsmarkt en zorgvraag, van de Raad voor de Volksgezondheid & Zorg (2006), wordt beschreven dat op langere termijn grote knelpunten dreigen op de arbeidsmarkt, met name in de arbeidsintensieve bedrijfstakken als de zorg. Dit is onder meer het gevolg van de sterke groei van de zorgvraag, de vergrijzing en de gelijktijdige krimp van de (potentiële) beroepsbevolking. De potentiële beroepsbevolking van 20 - 65 jarigen omvatte in 2010 10,1 miljoen mensen. Tot 2040 wordt een daling met 0,8 miljoen verwacht. Per 100 leden van de potentiële beroepsbevolking is het aantal 65-plussers nu 26. Naar verwachting loopt dit getal op tot 49 per 100 in 2040. Dit betekent dat de potentiële beroepsbevolking ten opzichte van het aantal 65-plussers verschuift van 1 op de 4 naar

1 op de 2 (RVZ, 2006). Deze verwachte ontwikkelingen op de arbeidsmarkt liggen mede ten grondslag aan het regeringsbesluit om de pensioenleeftijd (in stappen) te verhogen naar 67 jaar. Desondanks blijven de voorspelde knelpunten op de arbeidsmarkt op de langere termijn groot. Als gevolg van de discrepantie tussen vraag en aanbod van personeel, zullen de loonkosten verder stijgen. Omdat ca. 70% van de zorgkosten bestaat uit loonkosten, stijgen de zorgkosten dus navenant (ActiZ, 2012).

4. Technologische invloeden

In het strategisch beleidsplan van ActiZ (2012) staat dat medische technische ontwikkelingen in de gezondheidszorg voortgaan. Dat geldt vooral voor de cure, waardoor mensen langer blijven leven. Ook in de care zien we technologische ontwikkelingen, die ertoe bijdragen dat mensen langer thuis en zelfstandig kunnen blijven en minder een beroep hoeven te doen op professionele zorg (zorg op afstand). Door ICT-ontwikkelingen neemt digitalisering een steeds hogere vlucht, waardoor mensen meer zicht krijgen op mogelijkheden en beter keuzes kunnen maken (ActiZ, 2012). PinkRoccade (2012) noemt in een artikel met betrekking tot bezuinigingen in de zorg de volgende vijf ontwikkelijnen op ICT gebied:

1. Adequate en betaalbare zorg; goede informatie uitwisseling en werkelijke dialoog tussen zorgprofessionals onderling, creëert een omgeving die de juiste zorg en zorgbeleving bij de zorggebruiker brengt.
2. Ondersteuning van de professional in de bedrijfsvoering; eisen vanuit de nieuwe wet- en regelgeving, met name voor de facturering.
3. Ondersteuning van leidinggevenden; inzicht in hun eigen bedrijfsprocessen en de zorgmarkt te krijgen en te houden.
4. Drempels weg voor professionals in ICT; door zorg optimaal te faciliteren.
5. De patiënt en zijn omgeving; E-health, goede informatie uitwisseling en werkelijke dialoog.

De NZa wil innovaties die leiden tot betere en/of goedkopere zorg stimuleren en biedt middels beleidsregels (2013) zorgaanbieders en zorgverzekeraars/zorgkantoren de mogelijkheid om tijdelijk met innovaties te experimenteren. Uit het rapport Ruimte voor arbeidsbesparende innovaties in de Zorg (2010) blijkt dat het toepassen van innovaties binnen zorginstellingen kan bijdragen aan het opvangen van bezuinigingen. Hoewel invoering van arbeidsbesparende innovaties en technologie ook kan leiden tot een vergroting van de zorgvraag, zal dit tevens bijdragen aan een hogere arbeidsproductiviteit en een grotere doelmatigheid in de zorg (RVZ, 2010). Denk aan werken met bewegingsmelders, zorgdossier zichtbaar en bewerkbaar op Ipad, screen tot screen zorg (reistijd vervalt), tag-systemen etc. De sector overheid/not-for-profit heeft het negatieve sentiment ingeruild voor positieve verwachtingen ten aanzien van ICT bestedingen in het komende jaar (Ernst & Young, 2012). Zorgorganisaties moeten flexibel zijn en klaar staan voor nieuwe innovaties en het toepassen van nieuwe technologieën, wanneer die zich aandienen. De manier waarop en de intensiteit waarmee organisaties de nieuwste technologie al dan niet toepassen kan een belangrijk, beslissend competentievoordeel opleveren (RVZ, 2010).

De belangrijkste politieke invloeden op de ouderenzorgsector:

- Stelselwijziging door hervormingen:
 - o Decentralisatie van zorgtaken van de overheid naar gemeenten, Wmo;
 - o nieuwe Wlz, (wijk)verpleging naar de Zvw
 - o verschuiving van zorg naar de eerste lijn;
 - o concentratie van specialistische zorg.
- Toename macht zorgverzekeraar heeft een enorme vlucht genomen in de afgelopen twee jaar met name met wat betreft het innemen van de positie als kritische inkoper. Hoewel deze rol door de overheid de afgelopen jaren sterk gestimuleerd is, horen we dit jaar veel kritische geluiden over de wenselijkheid van deze ontwikkeling.
- De risico's zijn ongelijk verdeeld omdat zorgverzekeraars vooral kortlopende contracten aan gaan met zorgorganisaties. Investerings door zorgaanbieders voor de lange termijn blijven o.a. daarom uit.

De belangrijkste economische invloeden op de ouderenzorgsector:

- Langzaam herstel van de economie.
- Consumenten zullen nog gematigd zijn in hun bestedingen, werkloosheid blijft met name hierdoor de komende jaren nog een probleem.
- Banken zien de ouderenzorgsector als risicovol. Zorgsector kan daardoor niet of moeizaam investeren.

De belangrijkste socio-demografische ontwikkelingen m.b.t. de ouderenzorgsector:

- Er is bezorgdheid onder de bevolking over de stijgende zorgkosten. De visie op zorg in Nederland verschuift van een verzorgingsstaat naar een participatiesamenleving. Van 'zorgen voor' naar 'zorgen dat'.
- Toename van 65-plussers die ouder worden en meer te besteden hebben doordat er meer hoger opgeleide mensen zijn die naast vermogen ook meer pensioen hebben opgebouwd. Deze groep kan langer goed functioneren en is relatief minder kwetsbaar. Dit zal bij een grotere groep ouderen leiden tot een trend naar een grotere behoefte aan eigen regie en de wens tot keuzevrijheid. Daarnaast willen ouderen langer thuis wonen en wanneer dat niet meer kan wil men zo dicht mogelijk in de buurt van zijn vroegere thuis wonen. Technologische ontwikkelingen versterken deze trends.
- De absolute zorgvraag stijgt naar verwachting sterk door toename van ouderen met chronische ziekten en comorbiditeit.
- Druk op de arbeidsmarkt neemt toe bij arbeidsintensieve sectoren en zorgt voor loonstijgingen. Dit is onder meer het gevolg van de sterke groei van de zorgvraag, de vergrijzing en de gelijktijdige krimp van de (potentiële) beroepsbevolking.

De belangrijkste technologische ontwikkelingen die van invloed zijn op de ouderenzorgsector:

- O.a. door technologie in de cure worden mensen ouder.
- Ouderen kunnen langer thuis en zelfstandig blijven door technologische ontwikkelingen en hoeven minder een beroep te doen op professionele zorg.
- De manier waarop en de intensiviteit waarmee organisaties arbeidsbesparende innovaties en de nieuwste technologie al dan niet toepassen kan een belangrijk, beslissend competentievoordeel opleveren.

4.2. Bedrijfstakanalyse met behulp van vijfkrachtenmodel van Porter

Aan de hand van Porters model van de 'vijf krachten van de concurrentie' die van invloed zijn op de winstgevendheid van een bedrijf wordt hier een bedrijfstakanalyse uitgevoerd. Deze paragraaf beantwoordt de deelvraag: Wat blijkt uit de analyse van de externe factoren in de bedrijfstak (vanuit het vijfkrachten-concurrentie-model van Porter) ten aanzien van de strategische positionering van kleine zorgorganisaties?

Interne (horizontale) concurrentie:

1. Intensiteit van rivaliteit tussen gevestigde concurrenten

Meestal is de concurrentie binnen de bedrijfstak opererende organisaties de belangrijkste determinant van de concurrentie en winstgevendheid.

- *Aantal concurrenten (concentratie en evenwicht).* Het aantal organisaties met een budget kleiner dan 15 miljoen euro is tussen 2000 en 2005 significant afgenomen. In 2010 is het aantal kleine organisaties weer toegenomen (Van der Scheer, 2013 zie figuur 9). Het lijkt aannemelijk dat het aantal concurrenten per saldo ongeveer gelijk gebleven is. Veelal willen zorgconsumenten graag in de voor hen vertrouwde omgeving blijven wonen. In minder dichtbevolkte gebieden (platteland) is de concurrentie schaarser. In dichtbevolkte gebieden (stedelijke) zijn doorgaans meer aanbieders en is de concurrentie sterker.

VVT instellingen	2000	2005	2010
Minder dan 15	41 %	6 %	18 %
15 – 50	51 %	44 %	37 %
50 – 100	6 %	34 %	22 %
100 – 125	3 %	3 %	8 %
125 – 150	8 %	8 %	4 %
Meer dan 150	4 %	4 %	10 %

Figuur 9. Bedrijfsopbrengsten in miljoenen euro's, VVT instellingen, in percentage (Van der Scheer, 2013)

- *Diversiteit van concurrenten & productdifferentiatie.* Intramurale zorgorganisaties (en veelal kleine organisaties in het bijzonder) onderscheiden zich lokaal (soms ook binnen een en dezelfde zorggroep) qua sfeer en identiteit. Uit onderzoek van Van der Scheer (2013) blijkt dat binnen de zorgsector sprake is van de meeste variatie in de VVT sector. In de sector is veel aandacht voor het eigen onderscheidend vermogen, zowel qua omvang als qua zorgaanbod en commerciële diensten. Wanneer de producten of diensten geheel identiek zijn, is de prijs de enige basis voor concurrentie. In de zorg geldt dat de zorgverzekeraar van de klant de kosten voor zijn rekening neemt en de klant een inkomensafhankelijke bijdrage betaalt. De prijs van de zorg is dus voor de cliënt niet leidend, hoogstens de eigen bijdrage maar die is onafhankelijk van de instelling. Het zorgkantoor selecteert middels een aanbestedingstraject bij welke aanbieder zij zorg inkoopt voor de verzekerden (VWS, 2008). Bij lange wachtlijsten kan een cliënt tijdelijk een niet preferente aanbieder accepteren en vervolgens overstappen naar de preferentie aanbieder. In Nederland is dat in theorie mogelijk, hoewel vanwege de hoge overstapdrempels mensen dit niet snel doen (Houkes, Akker & Berden, 2012).
- *Overcapaciteit, uittreding barrières.* In een rapport van Berenschot (2013) wordt voorspeld dat 800 van de 2000 zorglocaties de komende jaren, als gevolg van de kabinetsmaatregelen, gaan sluiten. Op dit moment zijn 15 zorglocaties gesloten en van 40 locaties is de sluitingsdatum bekend (Berenschot, 2014). Wanneer substitutie van lichte naar zwaardere zorg niet lukt, vervallen voor zorgaanbieders duizenden euro's aan inkomsten per capaciteitsplaats per jaar. Dit slaat een gat in de exploitatie van ouderenzorgaanbieders waardoor zij zich veelal genoodzaakt zien om locaties te sluiten en afscheid te nemen van personeel (Berenschot, 2013).
- *Kostencondities:* De optimale schaal van verpleeghuizen ligt, volgens internationaal onderzoek van Blank, Haelermans, Koot & Putten (2008) rond de 100 bedden. Eerder onderzoek in Nederland wees ook al uit dat voor de meeste verpleeghuizen geen schaalvoordelen meer zijn te realiseren (Blank et.al., 2008). Vergelijkbaar aan de situatie met ziekenhuizen geldt ook hier dat er geen doelmatigheidsargumenten zijn om te fuseren of om andere vormen van schaalvergroting na te streven. Door het invoeren van de normatieve huisvestingscomponent in de VVT worden de huisvestingslasten bij leegstand niet langer vergoed (WTZi). De vaste kosten nemen hierdoor af en de variabele kosten nemen toe. Onderzoeksbureau Berenschot (2013) beschrijft dat organisaties met verouderd vastgoed (en / of hoge huurcontracten met corporaties) een nadelige concurrentiepositie hebben in de komende jaren. Voor 800 van de bijna 2000 verpleeg- en verzorgingshuislocaties dreigt sluiting, omdat het scheiden van wonen en zorg in deze locaties financieel niet rendabel is (Berenschot, 2013).

Deelconclusie intensiteit van rivaliteit gevestigde concurrenten :

Op basis van bovenstaande kan worden geconcludeerd dat de intensiteit van de rivaliteit tussen gevestigde concurrenten groot is en in de komende vijf jaar verder zal toenemen. Zorgorganisaties die meerwaarde creëren voor de klant door te voldoen aan een specifieke vraag, hebben naar verwachting een concurrentievoordeel. De optimale schaal van verpleeghuizen ligt rond de 100 bedden. Als een oudere eenmaal in een niet preferente instelling is opgenomen, komt het niet vaak voor dat men nogmaals verhuist naar het huis van eerste voorkeur. De overcapaciteit van intramuraal vastgoed en de strengere toelatingseisen voor verblijf zorgen voor grote overcapaciteit

aan vastgoed op de zorgmarkt. De kwaliteit van zorgvastgoed zal in de komende jaren van grote invloed zijn op de concurrentiepositie van instellingen en is momenteel (vanwege de positie van zorginstellingen op de geldmarkt) bijna niet meer beïnvloedbaar.

2. *Nieuwe toetreders*

Om toe te treden tot de intramuraal AWBZ gefinancierde zorgmarkt is er een WTZi toelating nodig. Zorgkantoren zijn niet verplicht om overeenkomsten aan te gaan met instellingen die zorg willen leveren ook al heeft deze een WTZi-toelating (CIBG, 2013). De extramuralisering leidt tot veranderingen op de markt voor extra- en intramurale zorg. Uit onderzoek van de NZa (2012) blijkt dat op de korte termijn op de markt voor intramurale zorg waarschijnlijk sprake zal zijn van overcapaciteit. Logischerwijs zal daarom nauwelijks sprake zijn van nieuwe toetreders (NZa, 2012). Daarnaast zijn er behoorlijk wat barrières met betrekking tot de veelheid aan wet- en regelgeving die op deze bedrijfstak van toepassing is; normen voor milieu, Legionella beheersing, (brand)veiligheid, regels van de Nederlandse Voedsel en Warenautoriteit, HACCP, Arbo, Arbeidstijdenwet, alle eisen van de Inspectie voor de Volksgezondheid (zoals o.a. de Kwaliteitswet, BOPZ regels, medicatieveiligheid, agressiebeleid, ouderenmishandeling beleid, incidentenregistratie), opgelegde normen van het zorgkantoor zoals lidmaatschap van medewerkers van V&VN, de Zorgbrede Governance Code etc. etc. Gevestigde zorgorganisaties hebben een voordeel ten opzichte van nieuwe toetreders door het fenomeen merkherkenning en consumententrouw. Ook hebben bestaande aanbieders vele jaren kunnen leren van ervaringen. Daarentegen kunnen bestaande organisaties niet veel tegenmaatregelen opwerpen.

Deelconclusie nieuwe toetreders: Op basis van bovenstaande analyse kan worden aangenomen dat de macht van nieuwe toetreders in de komende jaren niet heel groot zal zijn.

3. *Generieke substituten*

In de bedrijfstak van intensieve 24 uren ouderenzorg bestaan substituten op dit moment voornamelijk uit particuliere initiatieven voor een specifieke doelgroep. Er is sprake van een toename van deze initiatieven in Nederland (Tubantia, 2013). Veel van deze particuliere aanbieders richten zich op kapitaalkrachtige ouderen. Volgens het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) heeft bijna een derde van de 65-plussers een eigen vermogen van honderdduizend euro of meer. Deze ouderen blijken bovendien steeds vaker bereid hun vermogen aan te spreken voor wonen en zorg in de laatste levensfase. De bekostiging verloopt veelal via een PGB aangevuld met eigen bijdragen. Denk aan organisaties als De Herbergier, Stepping Stones en Martha Flora huizen. Tegenmaatregelen van bestaande aanbieders ten opzichte van particuliere initiatieven zijn bijvoorbeeld het doen van 'oproepen' van de Inspectie om deze aanbieders onder gelijke wet- en regelgeving te stellen. Sinds 2010 dienen particuliere verpleeg- en verzorgingshuizen zich te registreren (VWS, 2010). Echter veel reële represaillemogelijkheden vanuit de reguliere intensieve ouderenzorg zijn er in de bedrijfstak niet. Ook kan als substituut aan ouderen intensieve 24 uren particuliere zorg aan huis aangeboden worden bijvoorbeeld door Zelfstandigen Zonder Personeel. Andere substituten die momenteel ontstaan zijn zorgcoöperaties die thuiszorg en diverse diensten inkopen zoals in Hoogeloon (SRE, 2014). Ouderen gaan zich gezamenlijk organiseren en kopen gezamenlijk zorg en diensten in binnen de context van een sociaal netwerk.

Er is belangstelling in de samenleving voor kangoeroewoningen, zo blijkt uit een rapport van Aedes – Arcades kenniscentrum Wonen en zorg (2005). Hiervoor is zeker markt, dankzij de toenemende vergrijzing, de diversiteit aan woonwensen en de nadruk die de overheid legt op de eigen verantwoordelijkheid van burgers rond wonen, zorg en welzijn. Mantelzorg wordt nog belangrijker naarmate het moeilijker wordt om voldoende personeel in de zorg te krijgen. Echter, de kangoeroewoningen trekken een betrekkelijk kleine doelgroep aan. De markt zal daarom niet heel erg omvangrijk zijn. Bovendien moeten de zaken goed aangepakt worden. Een flexibele opzet lijkt belangrijk, waardoor de woning ook weer een andere bestemming kan krijgen of kan worden teruggebouwd naar een 'gewone' woning (Witter, 2005). De vraag naar zorg aan huis en nieuwe woonvormen zal blijven groeien (ING, 2013). Echter hiervoor is eigen regie en een netwerk nodig.

Deelconclusie substituten; De macht van substituten lijkt door de vele particuliere initiatieven en nieuwe ontwikkelingen als zorgcoöperaties door en voor ouderen een groeiende markt. Voor de groeiende groep kapitaalcrachtige ouderen is er op dit moment al veel keuze. De alternatieven om thuis te blijven wonen bij de kinderen bijvoorbeeld in een kangoeroewoning, zal naar verwachting geen grote vormen gaan aannemen.

Externe concurrentie:

4. Onderhandelingsmacht van de marktpartijen; zorgconsument en zorgkantoor.

De belangrijkste afnemers aan de outputkant zijn de en (en de daarbij in de AWBZ markt collectief inkopende partij; het zorgkantoor).

In de Visie op zorgsectoren 2014 van de ING bank (2013) wordt beschreven op welke manier de zorggebruiker meer en meer invloed krijgt op de aanbieders. Door een kleiner verzekerd pakket en hogere eigen bijdragen, zullen de ontwikkelingen richting klantoriëntatie en de daarbij behorende netwerken sneller van de grond komen. Zorgconsumenten gaan koopgedrag vertonen. De zorgconsument gaat meer eigen keuzes maken op basis van betaalbaarheid, service en kwaliteit. Tegelijkertijd is er een beweging zichtbaar naar zo lang mogelijk thuis blijven wonen. Tussen 1993 en 2010 is het netto vermogen van ouderen in doorsnee meer dan verviervoudigd. De verwachting is dat de welvaart van ouderen in 2025 niet veel van het huidige beeld zal afwijken. Ouderen hebben andere voorkeuren, waardoor maatwerk vereist is en de concurrentie toeneemt. Voor de traditionele verzorgingshuizen is het cruciaal een daarop antwoordend kwalitatief onderscheidend en doelmatig zorgconcept aan te bieden (ING, 2014). In de intramurale zorgmarkt was de prijsgevoeligheid voor de zorgconsument tot op heden geen issue daar de eigen bijdrage aan het CAK voor en beperkt was en los stond van de instellingskeuze. Het zorgkantoor onderhandelt over tarieven en budgetten, zonder dat de cliënt daarbij betrokken is. Vanaf 1 januari 2013 telt een extra deel van het vermogen mee voor de berekening van de eigen bijdrage. 8% van de grondslag sparen en beleggen telt mee bij de berekening van de eigen bijdrage (CAK, 2013). Dit is voor sommige en (en mantelzorgers) die een hoge eigen bijdrage moeten betalen, aanleiding om alternatieven te overwegen. In de intramurale AWBZ geldt dat een derde van de totale capaciteit in een tijdsbestek van 3 á 4 jaar moet worden afgebouwd (ING, 2013). Het deel van de markt dat over blijft qua zware zorg valt straks onder de Wet Langdurige Zorg (Wlz). Gezien bovenstaande ontwikkelingen in deze markt kan het lastig worden voor de consument om, als het nodig is, een intramurale plaats te veroveren.

Voor afnemers van diensten en producten zijn in de geldmarkt veelal twee zaken van belang; de prijsgevoeligheid en relatieve onderhandelingsmacht.

a. Prijsgevoeligheid van afnemers:

- *De kosten van inkoop in verhouding tot totale kosten*

In de traditionele AWBZ zorg is de onderhandelingsmacht van het zorgkantoor als inkoper van zorg richting zorgaanbieders behoorlijk groot; in het inkoopbeleid worden de eisen van het zorgkantoor opgelegd aan de zorgaanbieder. Zorgaanbieders hebben geen keuze uit zorgkantoren; de regio waarin men gevestigd is, bepaalt met welk zorgkantoor men zaken moet doen (Zorgatlas, 2013). Grote aanbieders gelokaliseerd op een plaats waar weinig tot geen concurrenten zijn (regionaal sterke verschillen) hebben relatief gezien een sterkere positie ten opzichte van het zorgkantoor dan kleinere aanbieders in een gebied met veel aanbieders. Het zorgkantoor onderhandelt met zorgaanbieders voornamelijk over de prijs van producten en de hoeveelheid productie die men mag declareren. Er gelden maximum tarieven opgelegd door de NZA. Een zorgkantoor start met een intramuraal basistarief van 94 % van het maximum NZA tarief. Hierop kan bij het niet voldoen aan bepaalde financieel administratieve voorwaarden, een strafkorting worden gegeven. Echter door middel van 'stimuleringskwaliteitseisen' is het ook mogelijk een opslag tot maximaal 4 % te bereiken, dat 98% van het maximum NZA tarief is (Menzis, 2013).

- *Minder gedifferentieerd product*

Ouderenzorg is doorgaans niet heel ingewikkelde zorg. Cliënten kunnen in de thuiszorg gemakkelijk besluiten tot een andere aanbieder. Intramuraal is daaraan meteen de drempel van een verhuizing verbonden.

- *Winstgevendheid van afnemers*

Als er veel marge op een product zit, is er relatief gezien iets te onderhandelen. In de AWBZ markt is sprake van weinig prijsvariatie (4%), door maximering van tarieven door de NZA. Zorgkantoren proberen met hun inkoopbeleid zo goedkoop mogelijk zorg in te kopen voor de verzekeren.

- *Belang van kwaliteit van producten afnemers*

In een rapport van SEO Economisch Onderzoek (2010) staat beschreven dat langdurige zorg een ervaringsgoed is. De kwaliteit wordt ervaren tijdens het interactieproces (als de dienst al is gekocht). Het is voor afnemers lastig om vooraf aanbieders op alle relevante aspecten te vergelijken. Een cliënt is afhankelijk van langdurige zorg in zijn dagelijks functioneren. Dit betekent dat de keuze voor zorgaanbieder erg belangrijk is (Houkes, Akker & Berden, 2010).

b. De relatieve onderhandelingsmacht van de is o.a. afhankelijk van:

- *De hoeveelheid afnemers ten opzichte van aanbieders.*

Uit de analyse van de demografische ontwikkelingen blijkt dat het aantal afnemers van zorg de komende jaren gaat toenemen. Het aantal traditionele aanbieders zal in de komende jaren afnemen (Berenschot, jaartal 2013) door lagere overheidsbudgetten en minder indicatiestellingen in de langdurige zorg. Veel alternatief aanbod zal worden ontwikkeld. Cliënten willen kiezen.

- *Informatie van de afnemers over het product.*

Uit SEO onderzoek van Houkes, Akker & Berden (2010) blijkt dat de ouderen en hun mantelzorgers veelal kiezen op basis van afstand tot een zorginstelling en minder op kwaliteit omdat die vooraf moeilijk in te schatten is. Het corrigeren van gemaakte keuzes

brengt hoge kosten met zich mee. Daarnaast is vanwege de schaarste van het aanbod de keuze beperkt tot zeer beperkt. In dit onderzoek wordt tevens geconcludeerd dat de keuzevrijheid wordt beperkt als bij de indicatie ‘verblijf’ geen plaats is in de voorkeursinstelling. Volgens cliëntenorganisaties “stuurt het zorgkantoor cliënten door middel van morele druk dan vaak toch naar een andere instelling waar wel plaats is.” Op deze manier komen cliënten die hun keuze gemaakt hebben toch niet op de plaats van hun eerste voorkeur terecht. Daarnaast is buiten de grote steden vaak maar één aanbieder actief. Ook is er weinig smaakverschil in het aanbod en valt daardoor weinig te kiezen. Als cliënten bewust kiezen voor goede kwaliteit en sfeer, prikkelt dit zorgaanbieders om zorg te leveren die optimaal aansluit bij de wensen van de klanten. Goede aanbieders zullen daardoor blijven groeien en slechte aanbieders zullen op termijn verdwijnen (Houkes, et. al., 2010).

Er zijn sites beschikbaar die waarderingen geven aan instellingen zoals www.zorgkaartnederland.nl, www.kiesbeter.nl. Deze helpen ouderen te kiezen en vergroten daarmee de macht van de cliënt. Daarnaast geeft de overheid voorlichtingsfolders uit ‘Uw zorg in een AWBZ zorginstelling’ (CVZ, 2014).

- *Vermogen van afnemers tot verticale integratie (zelf doen).*

Zorgconsumenten kunnen ervoor kiezen om door familie en kennissen zorgtaken te laten uitvoeren. Echter aspecten als beschikbare tijd, fysieke mogelijkheden en deskundigheid van mantelzorgers leiden er toe dat dit lang niet voor iedereen is weg gelegd.

Deelconclusie onderhandelingsmacht van consumenten en zorgkantoren ten aanzien van zorgaanbieders:

Door hogere eigen bijdrage en kleiner verzekerd pakket in de AWBZ zal de ontwikkeling richting klantoriëntatie en het daarbij behorende netwerk sneller van de grond komen. Daardoor zal de onderhandelingsmacht van de zorgconsument toenemen. In de traditionele AWBZ markt is het zorgkantoor een machtige inkoper namens de verzekerden. Voor dit deel van de markt, dat over gaat naar de Wlz, kan het voor de zorgconsument lastig zijn om als het nodig is een beschikbare plaats te veroveren. Keuzevrijheid zal daardoor in de traditionele AWBZ markt onder druk komen te staan. Toch zal ook daar de mondiger cliënt zijn intrede doen en daarmee mogelijk de inspraak richting de zorgaanbieder toenemen.

5. Onderhandelingsmacht van producenten(toeleveranciers) ten opzichte van de zorginstellingen.

Factoren die de macht van de leveranciers t.o.v. zorginstellingen in verhouding tot die van hun afnemers bepalen, lopen analoog aan de analyse van de macht van zorgaanbieders ten opzichte van hun en/consumenten. Er zijn veel verschillende leveranciers verbonden aan de intramurale ouderenzorginstellingen voor de eigen productieprocessen zoals de leveranciers voor voeding, medicatie, financiering, wassen van kleding, leveren en beheren van ICT, energie, water, materialen, diverse diensten en arbeidskrachten et. cetera. Iedere leverancier levert een eigen product vanuit een eigen bedrijfstak met een eigen dynamiek. Hierdoor is het moeilijk om te spreken over de onderhandelingsmacht van de leveranciers. Hieronder worden de opvallendste items beschreven.

a. Prijsgevoeligheid afnemers:

- *De kosten van inkoop in verhouding tot totale kosten*
- Uit een rapport van PWC (2009) blijkt dat in intramurale zorginstellingen de personeelskosten de grootste kostenpost (ca. 75 %) is. Medewerkers vormen daarmee de belangrijkste input voor het leveren van meerwaarde aan de cliënt. Vanuit de macro analyse is gebleken dat invoering van arbeidsbesparende innovaties en technologie zorgorganisaties een concurrentievoordeel kunnen geven. Materiële kosten vormen intramuraal doorgaans slechts ca. 17 % van de totale kosten (PWC, 2009).
- *Minder gedifferentieerd product*
Een lening van de bank of medicatie zijn beiden complex producten. Het verzorgen van voedingswaren en de was is relatief eenvoudiger van aard. Hoe gedifferentieerder het product des te moeilijker het wisselen van leverancier doorgaans wordt.
- *Winstgevendheid van afnemers*
In Visie op sectoren 2014 van de ING (2013) staat beschreven dat de winstgevendheid van zorgaanbieders zal afnemen in de komende jaren op basis van eerder genoemde wet- en regelgeving. Hierdoor zal de interesse van zorgaanbieders in kortingen van hun leveranciers, om daarmee een goedkoper eindproduct te kunnen leveren, toenemen. Financiers zien de gezondheidszorg steeds meer als een gewone bedrijfstak en zorginstellingen worden als een 'gewoon' bedrijf gezien (ING, 2013).
- *Belang van kwaliteit van producten afnemers*
Hoe belangrijker het product van de bedrijfstak voor de kwaliteit van het product of de dienst van de afnemer(zorgaanbieder), hoe minder gevoelig afnemers zijn voor de prijs die zij moeten betalen. Medewerkers zijn in de zorg van groot belang voor het bieden van meerwaarde (kwaliteit) aan de cliënt. Zorgaanbieders zouden daarom minder gevoelig zijn voor het salaris dat zij hiervoor moeten betalen. In de huidige situatie is sprake van hoge werkloosheid en daardoor is voldoende zorgpersoneel op de arbeidsmarkt. Uit de macro ontwikkelingen blijkt echter dat bij arbeidsintensieve beroepen op langere termijn schaarste op de arbeidsmarkt wordt verwacht. Schaarste leidt tot prijsverhoging.

b. Relatieve onderhandelingsmacht leveranciers:

- *Omvang en concentratie afnemers in verhouding tot aanbieders*
Het aantal intramurale AWBZ zorgaanbieders gaat afnemen (Berenschot, 2013). Het aantal leveranciers neemt als gevolg van faillissementen door de economische crisis ook enigszins af. Door afname van de intramurale capaciteit worden zorgaanbieders relatief belangrijk voor leveranciers. Leveranciers moeten 'vechten' voor de gunst van de klant.
- *Informatie van afnemers over het product*
Over veel producten is relatief veel bekend. Internet helpt om even snel vergelijkingen te kunnen doen. Hiermee kan de zorgaanbieder onderhandelen richting de leverancier. Bij een lening van de bank of ingewikkelde ICT programmatuur is dit moeilijker voor de zorgaanbieder.
- *Vermogen van afnemers tot achterwaartse integratie (zelf doen).*
Zorgaanbieders kunnen ervoor kiezen de was al dan niet zelf te gaan verzorgen, de maaltijden al dan niet zelf koken, al dan niet zelf schoon te maken etc. De zorgaanbieder moet hiervoor doorgaans wel investeringen doen.

Deelconclusie onderhandelingsmacht van de leverancier:

Medewerkers vormen een belangrijke input voor zorgorganisaties om meerwaarde te leveren aan de cliënt. Hun onderhandelingspositie is wat dat betreft goed. Echter door huidige invloeden van de macro omgeving, (hoge werkloosheid) is deze op dit moment niet zo goed. Op de langere termijn wordt een tekort aan zorgpersoneel verwacht.

Toeleveranciers spelen relatief gezien een kleine onderhandelingsrol in zorgorganisaties aangezien slechts ca. 17 % van de kosten in intramurale zorgorganisaties materiële kosten betreffen. Bij minder complexe producten kan relatief gemakkelijk worden gewisseld van leverancier.

Voor gedifferentieerde producten die zorgaanbieders nodig hebben is het van belang dat ze goede betrouwbare aanbieders hebben waarmee veelal langdurige relaties worden opgebouwd.

Zorgaanbieders hebben weinig tot geen positie ten opzichte van financiers in de huidige situatie.

Samenvatting externe analyse, Porter

- Concurrentiekrachten in de intramurale ouderenzorgmarkt veranderen in de komende jaren sterk ten opzichte van het verleden. Een heel belangrijke factor is de verwachte toenemende rivaliteit en intensiteit van concurrenten door gereguleerde afname van de vraag (beperkte productieafspraken intramuraal).
- De overcapaciteit van intramuraal vastgoed en de strengere toelatingseisen voor verblijf zorgen voor grote overcapaciteit van menselijk kapitaal en vastgoed op de zorgmarkt. De kwaliteit van zorgvastgoed zal in de komende jaren van grote invloed zijn op de concurrentiepositie van instellingen en is momenteel (vanwege de positie op de geldmarkt) bijna niet meer beïnvloedbaar.
- Er worden weinig nieuwe initiatieven verwacht in de traditionele ouderenzorgmarkt. Wel ontstaan veel substituten in toenemende variatie voor een bredere doelgroep.
- Het lijkt erop dat (door hogere eigen bijdragen en pakketversmalling) dat ouderen en hun kinderen vaker alternatieve initiatieven overwegen.
- In de Wlz zou door schaarste van het aanbod de keuzevrijheid van de cliënt onder druk kunnen komen te staan. Toch zal ook daar de mondiger cliënt zijn intrede doen en daarmee mogelijk de inspraak richting de zorgaanbieder toenemen.
- Medewerkers zijn de belangrijkste 'leverancier' binnen zorgorganisaties voor het bieden van meerwaarde aan de cliënt. Op de langere termijn worden tekorten verwacht op de arbeidsmarkt. Dit verbetert de onderhandelingspositie van de medewerker en zal kostenverhogend werken. Het verhogen van de arbeidsproductiviteit middels innovatie is een must. De invoering van arbeidsbesparende innovaties en technologie kunnen zorgorganisaties een concurrentievoordeel geven.
- De mate waarin zorgorganisaties in staat zijn in te spelen op de behoefte van de cliënt blijft van doorslaggevend belang. Die bepaalt uiteindelijk welke keuze de cliënt maakt. Als de cliënt eenmaal voor de zorgorganisatie gekozen heeft, wordt er intramuraal doorgaans niet meer gewisseld van zorgaanbieder.
- Zorgkantoren / zorgverzekeraars voeren druk uit op de prijzen en budgetten en stellen hogere eisen aan de producten. Zij hebben veel macht en weinig tegenmacht als het gaat om het al dan niet contracteren van instellingen. Beleid houdt weinig tot geen rekening met de keuzevrijheid van de cliënt.

4.3. Documentenanalyse met behulp van de resource based strategy

Deelvraag: Welke factoren in de interne omgeving van kleine zorgorganisaties beziën vanuit (kern)competenties en hulpbronnen, zijn van belang voor duurzame strategische positionering?

Welke factoren dragen bij aan het prestatieniveau van een organisatie? Dat is de optimale integratie van beschikbare hulpbronnen en competenties bepalen waarde toevoegende activiteiten. Dan ontstaan kerncompetentie die je onderscheiden van de concurrentie. Het resultaat van het centraal stellen van deze factoren is dat cliënten de diensten van deze organisatie van toevoegende waarde ervaren. Het bleek in deze documentenanalyse beperkt mogelijk om vanuit meerdere bronnen te onderbouwen dat op gebied van kerncompetenties en hulpbronnen, belangrijke factoren vooral op kleine, zorginstellingen van toepassing zijn. Dit maakt dat antwoorden op deze deelvraag met enige voorzichtigheid geformuleerd dienen te worden.

- A. *Competenties zijn kernmerken, eigenschappen, vaardigheden, kennis, technologie, netwerkcontacten die alle organisaties in een bedrijfstak dienen te bezitten om te starten of te bestaan in een bedrijfstak, onafhankelijk of het kleine of grote organisaties betreft.*

Competenties dienen continu te worden ontwikkeld.

Strategische heroriëntatie is voor instellingen noodzakelijk zo stelt ING in haar Visie op sectoren 2014, doordat ouderen steeds welvarender zijn geworden en andere voorkeuren krijgen en langer thuis blijven wonen. Het nieuwe stelsel moet de langdurige zorg efficiënter en kwalitatief beter maken. Voor traditionele zorginstellingen is het cruciaal een kwalitatief onderscheidend en doelmatig zorgconcept aan te bieden (ING, 2013). Respectvolle bejegening speelt een belangrijke rol in het ervaren van kwaliteit, voor mensen die langdurig afhankelijk zijn van de zorg die instellingen bieden (Zorgvisie, 2008).

- B. *Kerncompetenties zijn ingewikkeld en ongrijpbaar. Ze kunnen ontstaan door de verbinding van uitzonderlijke hulpbronnen met bijzondere competenties. Alleen spelers die bovengemiddelde prestaties leveren kunnen worden beschouwd als organisaties die kerncompetenties bezitten.*

Tabel 1-2: Benchmarkpositie deelnemers 2010 - 2012 naar grootteklasse

Positionering 2010 - 2012	Grootteklasse (bedragen x € 1 miljoen)				Totaal
	I	II	III	IV	
	< € 10	€ 10 - € 40	€ 40 - € 100	> € 100	
Koplopers	13	9	6	2	30
Achter de koplopers	22	21	9	1	53
Middengroep	29	50	40	19	138
Voor de staartgroep	6	10	12	6	34
Staartgroep	0	3	3	1	7
Totaal	70	93	70	29	262

Bron: ActiZ Benchmark in de Zorg 2010 – 2012

Figuur 10

Jaarlijks worden sinds 2010 in een benchmark onderzoek van ActiZ en PWC zorgorganisaties vergeleken op drie onderdelen; cliënttevredenheid, medewerkertevredenheid en financiële

bedrijfsvoering. Al deze drie de onderzoeken worden niet door organisaties zelf maar door externe deskundigen uitgevoerd en beoordeeld. Wanneer de deelnemende zorgorganisaties op alle drie de onderdelen goed presteren, komen zij in de koplopersgroep.

Presteren kleine organisaties beter dan grotere? Deze vraag stelt ActiZ aan de orde in de achtergrondrapportage (2012) van drie jaar benchmark gegevens. Een discussie die al jaren speelt. Figuur 10 laat inderdaad zien dat de kleinste organisaties qua benchmarkposities het beste presteren. Van de 70 deelnemers behoren 13 (18,6%) tot de kopgroep. Hoewel 80 % van de leden van ActiZ deelneemt aan de Benchmark voor de Zorg, is het percentage deelnemers in grootteklasse < 10 mio, minder dan 60%. Daarmee is de representativiteit in deze grootteklasse mogelijk minder groot dan in de andere (ActiZ, 2012). Koploper organisaties bezitten naar alle waarschijnlijkheid kerncompetenties daar zij bovengemiddelde prestaties leveren. Uit achtergrondinformatie bij de Benchmark in de Zorg van ActiZ in 2013 (figuur 11) blijkt dat van de 104 deelnemende organisaties, 21 organisaties koplopers zijn. 16 van de 21 koplopers in 2013 blijken organisaties met een omzet van minder dan € 10 miljoen. De andere vijf organisaties bevinden zich in de groep daarboven, omzet van € 10 -50 miljoen euro. In de categorieën van € 50 miljoen of hoger zijn geen koplopers meer te vinden. (ActiZ, 2013). Uit een combinatie van een financiële impactanalyse en benchmark maakt PWC op dat wie nu koploper is of tot de groep vlak achter de koplopers behoort, niet achterover kan leunen. Anders gezegd: goede prestaties zijn geen garantie voor de toekomst. Maar deze organisaties hebben voor zichzelf wel een goede uitgangspositie gecreëerd, die zij kunnen inzetten om de transitie door te voeren (ActiZ, 2013).

Positie	Grootteklasse				Totaal
	S < € 10 mln	M € 10 - € 40 mln	L € 40 - € 100 mln	XL > € 100 mln	
Koplopers	16	5			21
Achter de koplopers	6	9	5	3	23
Middengroep	11	11	11	10	43
Voor de staartgroep	1	8	1	4	14
Staartgroep		3			3
Totaal	34	36	17	17	104

Bron: ActiZ Benchmark in de Zorg 2013

Figuur 11

- C. *Hulpbronnen zijn nodig voor de activiteiten van een organisatie. Hulpbronnen zijn in vier verschillende categorieën te onderscheiden;*

1. Menselijke: individuele kennis en vaardigheden

In 2013 daalde het totale verzuim in de zorgsector van 5,11 % in 2012 naar 4,91 % in 2013. Bij een verdere verlaging met 0,1 % procentpunt bespaart de gehele zorg ca. € 40 miljoen. In vergelijking tot alle branches in Nederland, met een verzuimpercentage van 3,8 % gemiddeld, zijn nog zeer grote besparingen te realiseren (Vernet, 2014). De uitsplitsing van Consumer Quality index (CQ index; cliënttevredenheidsonderzoek) en Netto Promotor Score (NPS; de NPS is een wereldwijd en in vele branches gebruikte indicator die aangeeft in hoeverre klanten ambassadeurs zijn van de organisatie) naar grootteklasse in

de benchmark van ActiZ 2013 laat ook zien dat kleine instellingen beter presteren dan de andere grootteklassen, tenminste als het gaat om de intramurale zorg. Dit was ook in 2012 het geval. Uit de CQ index blijkt, bij navraag waar cliënten het meest tevreden over zijn, dat ca. 50% vooral tevreden is over de zorgverlener. Cliënten waarderen de warmte, aandacht en respectvolle benadering maar ook de deskundigheid van de zorgverleners. Het valt op dat opmerkingen over lichamelijk en mentaal welbevinden in feite ook vaak gaan over de zorgverlener. Met de centrale plaats voor de zorgverlener in de uitspraken, onderstrepen cliënten het belang van de relatie tussen en professional. In die relatie krijgt kwaliteit van zorg werkelijk vorm (ActiZ, 2013).

2. Financiële: investeringen en werkkapitaal

Uit het Benchmark onderzoek onder VVT instellingen 2012 van Deloitte (2013) blijkt ten aanzien van het weerstandsvermogen van zorginstellingen dat met name kleine instellingen hun weerstandsvermogen het sterkst hebben verbeterd. De komende jaren is een buffer nodig om eventuele financiële risico's op te vangen. De risico's zullen toenemen door de invoering van de NHC's, de extramuralisering, de rijks bezuinigingen en de toenemende concurrentie in de markt (Deloitte, 2013). Volgens Berenschot-onderzoeker Wine te Meerman kunnen veel verpleeg- en verzorgingshuizen de extramuralisering alleen succesvol doorvoeren wanneer ze rigoureuus op de boekwaarde van de locaties afschrijven (impairment). Het doel daarvan is een nieuw evenwicht te bereiken tussen kosten en (huur)opbrengsten. Wanneer locaties in eigendom zijn van de zorgaanbieder zal men moeten bekijken of het eigen vermogen van de zorgaanbieder dusdanige afschrijvingen toelaat zonder dat hij failliet gaat. Als de zorgaanbieder locaties huurt, is het de vraag of de verhuurders bereid zullen zijn tot huurverlaging (Zorgvisie, 2013). Berenschot (2013) beschrijft dat een kwart van de aanbieders zonder alternatieve omzet in 2013 wordt geconfronteerd met een omzetsdaling van meer dan 5%. Zoals vanuit de PEST analyse bleek na aanleiding van NZa onderzoek (2012) dat kleine zorgaanbieders met veel en in lage zorgzwaartepakketten naar verwachting meer financiële consequenties ervaren dan grote zorgaanbieders (NZa, 2012). ActiZ (2013) schrijft in de achtergrondrapportage bij het benchmark rapport 2013, dat zoals ook in eerdere jaren het geval was de nettomarge in kleine organisaties (grootteklasse S) hoger is dan in de andere grootteklassen. De kleinste organisaties hebben de hoogste budgetratio (eigen vermogen als percentage van de bedrijfsopbrengsten) weten te realiseren, net zoals zij ook de hoogste nettomarge hebben. Daarbij moet wel worden bedacht dat uitgedrukt in absolute getallen de budgetratio bescheiden kan zijn, zodat bij tegenvallers de budgetratio ook weer snel kan dalen. Niet alleen de nettomarge en budgetratio, ook de liquiditeit is het hoogste in grootteklasse S (ActiZ). In het benchmarkrapport van ActiZ (2013) staat tevens dat er signalen zijn dat enkele zorgverzekeraars het kabinetsbeleid op de afbouw van lage zzp's nog verder aanscherpen en een snellere afbouw vragen dan het kabinet. Met name kleinere zorgorganisaties kunnen daardoor met een forse opgave worden geconfronteerd (ActiZ, 2013).

3. Fysieke: handelbare zaken

Voorbeelden hiervan zijn land, gebouwen, apparatuur, kennisbanken, gecodificeerde kennis (beoordeel capaciteit, bezettingsgraad, onderhoud).

Volgens berekeningen van de rijksoverheid worden ruim 13.000 zorggebouwen geconfronteerd met een transformatieopgave. Enerzijds door de introductie van 'scheiden van wonen en zorg', anderzijds door de bedden reductie in de GGZ. Het gaat dan vaak niet

over de gebouwen alleen, maar ook over de transitie van zorgterreinen (Transformatiescan, 2013).

4. Ongrijpbare: zoals reputatie, imago, merkbekendheid, relatienetwerk, goodwill.

Van belang is hierbij op welke wijze een zorgorganisatie is verankerd in de lokale samenleving. Het algemene beeld in de samenleving van de zorgsector is momenteel niet bijster positief. Directeur Aad Koster van Brancheorganisatie ActiZ, schrijft in een column in 2013 (Koster, 2013) druk te zijn met debatten over o.a. upcoding, verspilling in de zorg, onterechte betalingen, onterechte kosten bewoners verzorgingshuizen, gesjoemel en fraude met AWBZ gelden. Van Leeuwen (2008) stelt dat hoe flexibeler zorgaanbieders zijn in de aanpassing van hun marketingmix, des te groter de kans is dat klanten voor deze organisatie kiezen. Belangrijke voorwaarde is wel dat men een heldere en inspirerende bedrijfsstrategie heeft in de vorm van een concreet vastgestelde missie, visie, kernwaarden, strategische doelen en strategische marsroute. Dat zijn immers belangrijke uitgangspunten voor het uitwerken van strategisch en operationeel beleid op het gebied van marketing, communicatie en relatiebeheer. Verder is het vaststellen van de gewenste en huidige organisatie-identiteit, imago/reputatie en cultuur een belangrijke onderwerp bij de invoering van marketing in de organisatie. Men spreekt in dit verband niet voor niets over 'buiten winnen, is binnen beginnen' (Van Leeuwen, 2008). De schaalvoordelen in de kern van het werk in de zorg zijn niet zo groot: ouderenzorg draait om individuele interactie tussen zorgverlener en in een tehuis of thuis. Daar waar wel synergie mogelijk is, signaleert Gupta dat verwezenlijking van synergievoordelen (nog) niet is gelukt. Dit blijkt onder meer uit het gegeven in financieel opzicht dat kleine VVT instellingen beter presteren (Gupta, 2010).

Samenvatting interne analyse

Uit bovenstaande analyse is op te maken dat kleine intramurale zorg instellingen het op verschillende prestaties (tevredenheid, medewerkerstevredenheid en financiële bedrijfsvoering) beter doen dan andere zorginstellingen. Kleine instellingen kunnen gemakkelijker goede financiële resultaten behalen in normale marktomstandigheden. Echter uit bovenstaande analyse blijkt ook dat zij die gemakkelijk weer kunnen verliezen wanneer er financieel gezien zwaar weer is in de sector. Kleine instellingen zijn financieel dus kwetsbaarder te noemen. Het is te rechtvaardigen dat kleine instellingen doorgaans een hoger percentage weerstandsvermogen aanhouden om in zware tijden te kunnen overleven.

4.4. Kritieke succesfactoren

Het benchmarkteam 2013 (ActiZ, 2013) heeft de 17 organisaties (waarvan het merendeel kleine organisaties betreft) die op alle of de meeste toekomstwaarden goed presteren, gevraagd hun tips te delen. Wat uit deze inventarisatie duidelijk werd, is dat er enerzijds een patroon in de antwoorden te ontdekken is, en dat anderzijds elke organisatie weer zijn eigen accenten legt. Wat in (bijna) alle antwoorden terugkwam, is het volgende patroon:

- Goed luisteren naar cliënten;
- Een gedragen visie en ambitie in de hele organisatie;
- Een lagere overhead (10,6% in plaats van 13,8% in de gehele branche);
- Een platte organisatie met korte lijnen, de menselijke maat;
- Betrekken van cliënten, familie, medewerkers en vrijwilligers bij het beleid;
- Als bestuurder zichtbaar zijn in de organisatie, ook voor de cliënten;

- Verbondenheid creëren als centrale waarde in de organisatie;
- Signalen serieus nemen;
- Heel bewust bezig zijn met verbeteringen, deze beheerst invoeren en goed verankeren;
- Consistentie aanbrengen in het beleid, koersvast blijven.

Met andere woorden: dicht bij de kern blijven, zorgvuldig te werk gaan en alle belanghebbenden betrekken bij veranderingen (ActiZ, 2013).

Van Leeuwen schrijft in Zorgmarkt (van Leeuwen, 2008) dat zorgaanbieders, om klanten te winnen hun aanbod beter moeten afstemmen op de wensen, behoeften en mogelijkheden van verschillende doelgroepen. Dit betekent meer flexibiliteit in de zes P's van de marketingmix; product, plaats, prijs, proces, personeel en promotie. Organisaties onderscheiden zich hiermee positief van andere aanbieders en creëren een voorkeurspositie bij de klant.

In 2010 heeft Gupta het rapport 'Trouw aan de belofte' uitgebracht. Op basis van dat rapport heeft de toenmalige staatssecretaris Bussemaker aan Gupta Strategists gevraagd op welke wijze de aangegeven doelmatigheid winst bereikt kan worden. Gupta is daar duidelijk in. Het allerbelangrijkste is dat kwaliteit leidend wordt in de langdurige zorg. Indien dat gebeurt, raken allen die daar werken – professionals en management – ervan doordrongen dat onnodige handelingen weggenomen moeten worden. De sector moet afstand nemen van een bestuurscultuur gericht op groei door fusies en echt denken vanuit de cliënt en de professional. Dit leidt voor sommigen wellicht tot de paradoxale conclusie dat de door Gupta aangegeven efficiencywinst bereikt kan worden door uitgaan van kwaliteit en niet van bedrijfsmatige sturingsconcepten zoals groei, taakopsplitsing enzovoorts (Parlis, 2010). Kortom, organisaties moeten dichtbij hun kernactiviteit blijven en zich richten op de kwaliteit daarvan en het onderscheidend vermogen. Zorgorganisaties die hun aanbod heel goed afstemmen op de wensen van de cliënt om zodoende en aan zich te binden, zullen overleven.

In de verschillende analyses zijn verschillende kritieke succesfactoren naar voren gekomen welke in deze paragraaf niet worden herhaald maar wel worden meegenomen in de volledige integratie van alle analyses in paragraaf 4.5.

4.5. Integratie van de analyses op hoofdlijnen

In deze paragraaf volgt de beantwoording van de centrale vraag 1: Wat zijn de belangrijkste belemmerende en bevorderende factoren die blijken uit onderzoek naar, analyse en integratie van macro economische ontwikkelingen, externe krachten en de interne omgeving van zorginstellingen, welke in de komende vijf jaar van invloed zijn op de strategische positionering van kleine zorginstellingen.

De invloeden vanuit de macro omgeving en de diverse krachten, geanalyseerd vanuit Porter's model en de reactie daarop van de interne omgeving, zijn sterk aan elkaar gerelateerd en met elkaar verweven. Duidelijk wordt dat het besturen van zorginstellingen in zijn algemeenheid zowel vanuit de macro- economisch analyse (de door de overheid gewijzigde wet- en regelgeving, door banken, verzekeraars) als vanuit de externe analyse (door toename rivaliteit tussen gevestigde organisaties, overcapaciteit intramuraal vastgoed, eenzijdige selectiemacht van zorgkantoren) in de komende jaren fors zal toenemen qua complexiteit. Dit moet binnen organisaties aanleiding zijn voor strategische heroriëntatie.

Welke specifieke meerwaarde levert de organisatie voor de cliënten? Organisaties dienen zo georganiseerd te zijn dat zij flexibel kunnen inspelen op de snel veranderende omgeving. Hoe flexibeler zorgaanbieders middels hun aanbod in staat zijn de behoefte van de cliënt te bevredigen, hoe groter de kans dat de klanten voor hen kiezen. Belangrijke voorwaarde is wel dat men een heldere en inspirerende bedrijfsstrategie heeft in de vorm van een concreet vastgestelde missie, visie, kernwaarden, strategische doelen en de strategische richting. Dit geldt in zijn algemeenheid voor alle organisaties in de zorg.

Hieronder volgen vanuit de documentenanalyse de belangrijkste trends met betrekking tot geïntegreerde ontwikkelingen:

- In absolute zin komen er de komende jaren meer zorgconsumenten op de zorgmarkt. Een belangrijke trend met betrekking tot deze grote groep consumenten is dat ze veelal hoger opgeleid zijn, gemiddeld gesproken meer te besteden hebben, hogere eigen bijdragen voor zorg moeten gaan betalen en daarom ook meer zelf willen bepalen. Hierdoor zullen zorgaanbieders zich sterker moeten richten op wat de consument wil, een duidelijk profiel moeten kiezen onderscheidende meerwaarde bieden. Daarmee vergemakkelijkt de keuze aan de zorgconsument. Zorgaanbieders zullen hier in toenemende mate, helder over moeten communiceren. Als zorgaanbieders zich niet tijdig voorbereiden op de hiervoor genoemde trend zullen zorgconsumenten in toenemende mate gebruik gaan maken van het toenemende aanbod betaalbare substituten. Er worden weinig nieuwe initiatieven verwacht in de traditionele ouderenzorgmarkt vanwege de afbouw van capaciteit van bestaande traditionele huizen. In de Wlz zou door schaarste van het aanbod de keuzevrijheid van de cliënt onder druk kunnen komen te staan echter door de groei van betaalbare, alternatieve keuzemogelijkheden buiten de traditionele AWBZ instellingen zal de toenemende onderhandelingsmacht van de cliënt met een intensieve zorgbehoefte ook zijn invloed hebben op traditionele zorginstellingen. Ook daar zal de mondiger cliënt zijn intrede doen en daarmee de inspraak richting de zorgaanbieder toenemen en de macht van de zorgkantoren zal daardoor naar verwachting af gaan nemen.
Door de huidige economische ontwikkelingen is het bestedingsniveau van de oudere zorgconsument in de eerstkomende jaren nog beperkt. Tevens is er een groep ouderen die door het scheiden van wonen en zorg te maken krijgt met vermindering van het besteedbaar inkomen. Deze ouderen zullen minder uitgeven aan sociale activiteiten. Hun positie met betrekking tot eigen regie en de mogelijkheid tot het maken van keuzes is onzeker te noemen.
- De toenemende macht van de zorgverzekeraar in zijn rol als kritische inkoper moet nauwlettend worden gevolgd. Topbestuurders van zorgverzekeraars blijken de meest invloedrijke beslissers in de zorg. Verzekeraars boeken forse winsten. Zorgverzekeraars zouden hun verzekerden nog te weinig informatie geven over de manier waarop zij hun rol als kritisch inkoper vervullen en daarmee onderscheid maken in de zorginkoop. De macht van de zorgconsument gaat echter toenemen daar burgers mondiger en kritischer worden t.a.v. de geleverde kwaliteit van zorg. Hoogopgeleide, financieel daadkrachtige ouderen hebben naar verwachting een grotere behoefte aan eigen regie en keuzevrijheid. Wanneer cliënten zelf de rol van kritische inkoper op zich zullen nemen, zal het zorgkantoor die in de huidige situatie deze rol heeft toebedeeld gekregen, deze rol in de toekomst niet meer op zich hoeven te nemen.

- De kostengroei in de zorg, de knelpunten op de zorgarbeidsmarkt en de inhoud van de zorg kunnen niet los van elkaar worden gezien. Kostenbeheersing, voldoende zorgpersoneel en kwalitatief goede zorg vormen gezamenlijk de essentie van het streven naar een betaalbare en toegankelijke zorg. Er staat spanning op de diverse ontwikkelingen; op de korte termijn is er sprake van behoorlijke werkloosheid en is er geen sprake van personeelstekorten in de zorg. Op de langere termijn worden wel tekorten verwacht. Meer mensen worden ouder, hebben meerdere chronische ziekten (co morbiditeit), hierdoor is de verwachting dat de zorgvraag behoorlijk toe gaat nemen. De beroepsbevolking neemt af, bij arbeidsintensieve sectoren zoals de zorg, zullen loonstijgingen ontstaan. Loonkosten in de zorg vormen ca. 70% van de totale kosten. De verwachting is dat op de langere termijn de zorgkosten door alle bovenstaande ontwikkelingen toe zullen nemen. Dit heeft een negatief effect op de macro uitgaven voor de zorg. Technologische ontwikkelingen dragen ertoe bij dat mensen langer thuis en zelfstandig kunnen blijven wonen en minder een beroep hoeven te doen op professionele zorg. Ook kan technologie helpen het sociale netwerk te onderhouden en zo nodig te activeren. Daarnaast zullen arbeidsbesparende, technologische innovaties kunnen bijdragen aan een hogere arbeidsproductiviteit en doelmatigheid in de zorg. Dit overwegende is het moeilijk te voorspellen hoe deze 'tegengestelde' ontwikkelingen (toename van de absolute zorgvraag en tegelijkertijd een afname van die zorg door thuis technologie en door arbeidsbesparende innovaties) de komende jaren op elkaar in zullen werken.
- De overheid doet een beroep op alle burgers om te gaan van 'zorgen voor' naar 'zorgen dat'. Zorgorganisaties minimaliseren de inzet van professionele zorg om de zorgkosten in de hand te houden en zorg voor een ieder beschikbaar te houden. Er wordt een beroep gedaan op het sociaal netwerk van de kwetsbare oudere. Van verzorgingsstaat naar participatiesamenleving, betekent meer vrijwillige participatie van de burger in de maatschappij. In het sociaal netwerk van een hulpbehoevende ouderen zullen voor een groot deel burgers participeren die deel uitmaken van de beroepsbevolking. In hun werkkring zal druk ontstaan door krapte op de arbeidsmarkt echter ook in hun privé leven ontstaat druk. In de decentralisatie van zorgtaken van de overheid naar gemeenten zal de inzet van technologische ontwikkelingen onmisbaar zijn om overzicht te houden op de toename van thuiswonende ouderen, door extramuralisering en beperkt beschikbare budgetten evenwichtig te verdelen. Burgerparticipatie zal ook hierbij een grote rol moeten gaan spelen.
- Uit de economische ontwikkelingen blijkt dat banken en verzekeraars van de DNB en volgens Europese Normen (Basel 111) aan hogere solvabiliteitsnormen voldoen. Hierdoor is het moeilijk om geld te lenen van banken. Daarnaast is het zo dat banken door gewijzigde wet- en regelgeving (WTZi, scheiden wonen zorg, minder intramurale indicaties) welke de toename van zorgkosten te beperken en doordat verzekeraars slechts kortdurende contracten aanbieden aan zorginstellingen, instellingen als hoog risicovol indelen. Hierdoor komen zorginstellingen die moeten investeren in vastgoed en onvoldoende eigen middelen hebben, in een patstelling en benadeelt het hun concurrentiepositie. Kleine zorgorganisaties presteren financieel beter in normale marktomstandigheden. Echter uit de analyse blijkt ook dat zij die gemakkelijk weer kunnen verliezen wanneer er financieel gezien zwaar weer is in de sector. Kleine instellingen zijn financieel dus kwetsbaarder te noemen. Het is dan ook te rechtvaardigen dat kleine instellingen doorgaans een hoger weerstandspercentage aanhouden om in zware tijden te kunnen overleven.

- Kleine zorgorganisaties lijken gezien vanuit de integratie van de analyses gemakkelijker te kunnen aansluiten bij de behoefte van de cliënten en medewerkers. De onderzoeker geeft toe dat er voorzichtig moet worden omgesprongen met het trekken van al te stellige conclusies daar er maar bewijs is vanuit één soort bron van onderzoek, namelijk de Benchmark in de Zorg welke sinds vier jaar door brancheorganisatie ActiZ en PWC, wordt uitgevoerd. Aan de benchmark ligt echter gedegen onderzoek ten grondslag. Daarnaast laat de Benchmark jaar op jaar zien dat kleine instellingen op cliënttevredenheid, medewerkerstevredenheid en financiële bedrijfsvoering beter presteren dan andere zorginstellingen. Uit de analyse blijkt tevens dat zij die betere financiële positie gemakkelijk weer kunnen verliezen wanneer er financieel gezien zwaar weer is in de sector zoals op dit moment het geval is.

Om zich strategisch duurzaam te positioneren dienen organisaties dichtbij hun kernactiviteit te blijven en zich richten op de kwaliteit daarvan en het onderscheidend vermogen. Zorgorganisaties die hun aanbod heel goed afstemmen op de wensen van de cliënt om zodoende en aan zich te binden, zullen overleven.

Strategische analyse wordt uitgevoerd ten bate van strategische besluitvorming. Een complexe strategische analyse met veel krachten die op elkaar kunnen inwerken of elkaar kunnen versterken en daardoor versnellen maakt de voorspelbaarheid van ontwikkelingen moeilijk. Hierdoor zal ook de strategische besluitvorming een complex proces zal zijn. Het is evenzo belangrijk om de mate van invloed op de bedrijfsvoering van de organisatie, de afdeling en de markt afzonderlijk te identificeren. Wanneer de effecten van de macro omgeving soms twijfelachtig zijn, is het essentieel dat er een range van mogelijke uitkomsten (scenario's) van de veranderingen worden geïdentificeerd en overwogen. Idealiter moeten er dus nog meer stappen volgen of is meer integratie nodig van de macro-omgeving, externe en interne krachten. Vanuit scenario's kan worden gevarieerd, afhankelijk van de ontwikkelingen. Dit valt echter buiten de scope van dit onderzoek. Daarom zijn geen scenario's opgenomen.

Hoofdstuk 5. Empirisch onderzoek onder beslisssers en bestuurders.

Dit hoofdstuk met daarin de uitkomsten van de waarnemingen uit de praktijk is uitgevoerd middels face-to-face interviews onder vier beslisssers en zes bestuurders in de zorg. Hierbij is weer gebruik gemaakt van de drie analysemodellen zoals beschreven in hoofdstuk 2.

5.1. Empirisch onderzoek onder vier beslisssers in de zorg

Ministerie van VWS, Zorgverzekeraars Nederland (ZN), Menzis Zorgkantoor en brancheorganisatie voor Ondernemers in de Zorg, ActiZ

5.1.1. Macro ontwikkelingen aan de hand van de PEST analyse in de ogen van beslisssers in de zorg

Deelvraag: Wat zijn de huidige ervaringen ten aanzien van macro economische ontwikkelingen(gebruik makend van de PEST analyse) van beslisssers?

Politiek, wet en regelgeving

Alle beslisssers zijn het erover eens dat er sprake is van een grote transitie in zorgland. Drie van de vier beslisssers verwachten dat de hervormingen zowel grote als kleine instellingen aangaan. Alle organisaties hebben in evenredige mate te maken met de afbouw van lage zorgzwaartepakketten en dus met krimp. Behalve kleine instellingen die zich niet voorbereid hebben en alleen het lichte zzp segment bedienen, gaan financieel een groter risico lopen. VWS verwacht mede op basis van een rapport van de Nederlandse Zorgautoriteit, 'advies scheiden wonen zorg ' van september 2012, dat de financiële impact van de hervormingen op kleine organisaties wel onevenredig groot is. Dat rapport is nog van vóór het regeerakkoord Rutte 11 en was dus gebaseerd op de afbouw van alleen de lage zzp's (1, 2 en 3) op basis van een gefaseerde invoering. Er was toen nog geen sprake van overheveling van AWBZ functies naar de WMO, aldus de geïnterviewde beslisser van VWS. Sommige kleine organisaties zullen het niet gaan redden, ze zullen verdwijnen of opgaan in een grotere organisatie. De nieuwe maatregelen moeten ondersteunend zijn aan de trends op macro niveau, zo luidt de oproep van ActiZ aan VWS.

De heer Van Montfort: "We denken met elkaar (in Den Haag) dat het 5 voor 12 is maar het is al 10 over half 1. De werkelijkheid is veel verder dan wij hier nu met elkaar zitten te bedenken. Mw. Janssen van de Dorpsstraat 5 in Emmen, gaat overheidsresistent beleid voeren. Beslisssers zitten maar druk te doen maar de werkelijkheid is al veel verder, gewoon omdat mw. Jansen dat wil".

Ook gemeenten moeten meewerken aan ruimtelijke ordenings- en welzijnsvraagstukken van zorginstellingen bijvoorbeeld voor het verkrijgen van huisnummers voor te verhuren appartementen, aldus ActiZ. Daarnaast moeten organisaties ervoor zorgen dat ze overheidsproof zijn. Het moet niet uitmaken wat VWS en BZK allemaal bedenken aldus alle beslisssers. Instellingen moeten de politiek en de nieuwe wet- en regelgeving natuurlijk goed volgen en gewoon gaan uitvoeren maar dat geeft je nog geen bestaansrecht, aldus meerdere beslisssers. Voor kleine organisaties is het lastiger om alles rond wet- en regelgeving te volgen, denken beslisssers.

Verzekeraars en zorgkantoren kijken met bezorgdheid naar de lange wachtlijsten voor verblijfsindicaties die volgens hen vermoedelijk gaan ontstaan. Het CIZ indiceert onafhankelijk en bepaalt de toegang tot de Wlz. De Wlz is een volksverzekering. Wat betreft verwachtingen met betrekking tot het stellen van CIZ indicaties voor verblijf verwachten VWS en ZN dat de huidige afbouw nog 10 – 15 jaar zal duren en rond 2030 verwacht men dat het aantal indicaties weer zal toenemen. De huidige capaciteit is ongeveer 150.000 plaatsen. Uiteindelijk verwacht VWS dat 200.000 mensen in de Wet langdurige zorg overblijven. Geïndiceerde mensen houden in de Wlz één jaar na indicatiestelling het recht om de indicatie te verzilveren aldus ZN.

Echter niemand kan op dit moment inschatten op welke manier de zorgvraag zich gaat ontwikkelen en wat bijvoorbeeld de invloed van technologische ontwikkelingen op de zorgvraag is. Verzekeraars en zorgkantoren roepen VWS en de politiek in ieder geval op om ervoor zorg te dragen dat er voor de Wlz in de toekomst voldoende middelen beschikbaar blijven.

Vanuit Menzis Zorgkantoor is men enthousiast over de functie van de wijkverpleging die vanuit de AWBZ naar de zorgverzekeraar komt. Hierdoor kan men goede zorgketens organiseren met alle partijen, voor hun verzekerden. Het zou kunnen dat cliënten in een bepaalde wijk straks nog uit 3 á 4 zorgaanbieders kunnen kiezen. Dit is ook een kans om vanuit cliëntperspectief de zorg en ondersteuning goed te organiseren (aan de achterkant de domeinen zo inrichten dat die verzekerde cliënt er geen last van krijgt, niet hoeft te zoeken en zich af te vragen bij welk loket hij of zij moet zijn). Anderzijds zien de beslissers ook risico's ontstaan tussen de drie domeinen (Wlz, Zvw en WMO). Hoe wordt het ingericht, hoe wordt er samengewerkt en hoe wordt er ingekocht? Gaan we alles met elkaar weer dichttimmeren, zo vragen meerdere beslissers zich af? In de ouderenzorg hebben we nu bijvoorbeeld al zo'n 10 jaar ervaring met het meten van kwaliteit. Als gemeenten straks weer helemaal opnieuw gaan beginnen met kwaliteitsmetingen en de juridische, bureaucratische en administratieve molen rondom inkoop en verantwoording wordt opgetuigd, krijgen zorgaanbieders het heel moeilijk. Kijk naar wat we met elkaar willen bereiken: kwalitatief goede en betaalbare zorg voor de cliënt, geven alle beslissers aan.

“Wat is er dan écht nodig wat betreft aanbestedingen, bijvoorbeeld? Zo ingewikkeld kan het eigenlijk niet zijn”, zo stelt het Zorgkantoor.

Dit is een uitdaging voor de NZa, VWS, Zorgkantoren, verzekeraars en gemeenten zo stellen alle beslissers. ZN constateert dat er een toenemende vraag in het veld is naar meer vertrouwen en ruimte. Alle partijen (inspectie, zorgverzekeraars en zorgkantoren) zijn zich hiervan bewust en proberen dat voor ogen te houden. ActiZ daarentegen maakt zich nadrukkelijk zorgen of er meer ruimte komt voor vertrouwen. Denk bijvoorbeeld aan de Inspectie; de regels die zij opstellen kunnen belemmerend werken.

Economische ontwikkelingen

De beslissers geven aan dat door de economische ontwikkelingen er in ieder geval de komende vijf jaar een taakstelling op collectieve voorzieningen ligt. Als de nieuwe Wlz eenmaal staat dan is deze markt over 5 jaar weer stabiel, zo verwacht ZN.

Ook is het van belang na te denken over hoe aantrekkelijk zorgaanbieders zijn voor de ouderenmarkt als het gaat om meedenken in andere sectoren aangaande de behoeftes van ouderen, zo stelt een van de beslissers:

“Waarom is er wel een Pre-natal en geen Na-natal? Voor ouders die een kind krijgen is alles verkrijgbaar wat men nodig heeft, in één winkel. Ouderen in onze samenleving staan op een gegeven moment voor een beslissing; blijf ik hier wonen of ga ik verhuizen? Als ik hier wil blijven wonen, welke aanpassingen zou ik dan moeten doen? Naar welke ‘winkel’ kan ik toe?”

Er is een sterke ouderenmarkt op komst maar zorgbedrijven hebben dit niet aanvoeld of gezien, leven in een gesloten wereldje. Er zijn vele sectoren buiten de zorg om die ouderen iets te bieden hebben, op gebied van vastgoed en technologie. De wereld van ouderen gaat open en daarop kunnen zorginstellingen goed inspelen. Zorgaanbieders kennen de klanten van de toekomst, zo stelt ActiZ.

Socio-demografische ontwikkelingen

Op basis van de demografische ontwikkelingen gaat de groep ouderen in onze samenleving enorm toenemen. De allerbelangrijkste socio-demografische trend, volgens een van de beslissers, speelt zich af op het terrein van cliënt. Cliënten willen het zelf gaan regelen, willen eigen regie voeren, thuis blijven wonen, ondersteuning waar nodig. Als het moet een opname maar dan wel weer zelf keuzes kunnen maken, vaak in de eigen buurt. De nieuwe cliënt is zelfbewust.

De tweede belangrijke verandering bij de cliënt is dat de koopkracht van de huidige ouderen sterk aan het toenemen is, aldus ActiZ. Voor een toenemende groep ouderen is het pensioen het hoofdkomen, de AOW aanvullend. In de nieuwe trend komen koopkracht en vraag bij elkaar, zowel extramuraal als ook in toenemende mate intramuraal. Meerdere beslissers denken dat de oudere van de toekomst straks de koopkracht heeft. Deze oudere wil daarom ook zelf beslissen over wat hij of zij koopt en waar hij of zij wil wonen.

Meerdere beslissers uiten hun bezorgdheid over hoeveel we als maatschappij straks nog over hebben voor de langdurige zorg: Zijn we bereid collectieve gelden goed te blijven verdelen?

ActiZ voorzitter Van Montfort stelt wat betreft de Wet langdurige zorg (Wlz);

“Daar zit een stuk solidariteit in, daar zal de overheid altijd een rol in blijven spelen. Dat laten wij in Nederland niet verpieteren, daar geloof ik niets van!”

Wat betreft de ontwikkelingen omtrent het compensatiebeginsel in de WMO zullen familieleden en mantelzorgers steeds belangrijker gaan worden. Dat betekent een andere cultuur en vraagt een mindshift. We hebben het allemaal heel druk met onszelf maar zullen meer voor onze ouderen moeten gaan doen aldus de mening van alle beslissers.

Technologische ontwikkelingen

Een andere belangrijke trend, door meerdere beslissers gesignaleerd, is de gewone huis- tuin- en keuken technologie, die gaat in de zorg geweldig helpen. Tot nog toe gingen technologische ontwikkelingen in de zorg altijd over grote en complexe apparaten in ziekenhuizen. In de huidige tijd is het mogelijk om op een eenvoudige manier, individueel toepasbaar, in regelbaar, precies op wat een individu nodig heeft en relatief gezien erg goedkoop, ICT te organiseren bijvoorbeeld via een Ipad. Dit zal ertoe bijdragen dat ouderen niet eenzaam achter de geraniums blijven zitten.

Beslissers zijn zich ervan bewust dat ondanks dat technologische ontwikkelingen er aan bij zullen dragen dat ouderen langer zelfstandig thuis kunnen blijven wonen, echter ergens ligt een grens aan het scheiden van wonen en zorg. Waar die precies ligt is op dit moment nog niet duidelijk.

Bijvoorbeeld bij medische complexe behandelingen ligt ergens een grens, daar kan men de zorg niet meer thuis organiseren, in een één op één situatie. Daarvoor moet men opschalen naar groepen van 8, 10 of 12 cliënten, zo denkt een beslisser.

5.1.2. Externe analyse aan de hand van het vijfkrachten model van Porter

Deelvraag: Wat zijn in de praktijk volgens beslissers zoal de externe krachten in de bedrijfstak welke van invloed zijn op de strategische positionering van kleine instellingen?

Interne (horizontale) concurrentie in de bedrijfstak

1. Intensiteit van de rivaliteit tussen de gevestigde concurrenten:

Over het algemeen verwachten beslissers meer concurrentie in de bedrijfstak omdat:

- Intramurale capaciteitsplaatsen moeten worden afgebouwd;
- gegarandeerde omzet niet meer vanzelfsprekend is;
- de cliënt gaat kiezen.

Beslissers vinden het lastig in te schatten of het aantal intramurale ouderenzorginstellingen gelijk blijft, afneemt of toeneemt. Macro gezien zal het aantal organisaties dat op enigerlei wijze zorg aanbiedt niet afnemen want de zorgbehoefte blijft bestaan. Het aantal traditionele intramurale zorginstellingen zal wel afnemen verwacht men. In de huidige situatie is het onderscheidend vermogen tussen bestaande intramurale instellingen heel klein en stappen cliënten relatief gezien gemakkelijk over naar een andere aanbieder. De huidige macro ontwikkelingen vragen om een herijking van organisaties, zo stellen beslissers.

Het aantal locaties waar straks ouderenzorg met verblijf wordt aangeboden gaat zeer sterk toenemen, verwachten verschillende beslissers; kleine centra in de wijk, dat is waarop de nieuwe cliënt zit te wachten. De tijd van verpleeghuizen van 180 bedden (praten in termen van bedden is ziekenhuistaal), is voorbij. Over 10 jaar kunnen er wel 20 keer zoveel locaties zijn dan nu. Cliënten willen dichtbij hun eigen woonomgeving blijven wonen zo stellen alle beslissers. Het gevolg van de toenemende concurrentie binnen de bedrijfstak betekent voor kleine zorgaanbieders dat men meer moet vechten. Zorgverzekeraars Nederland:

“Een kleine zorgaanbieder kan zich in de concurrentiestrijd sterker profileren dan een grotere organisatie. Voor een grote aanbieder zal de omslag richting de nieuwe cliënt veel moeilijker zijn. De trigger van rivaliteit zou juist wel eens vanuit de kleine instellingen kunnen komen. Het uitbreiden van je producten, de wendbaarheid als organisatie, een beetje naar links of een beetje naar rechts buigen is makkelijker voor een kleine organisatie”.

2. Dreiging van nieuwe toetreders

Beslissers verwachten geen van allen nieuwe toetreders in de traditionele ouderenzorgmarkt (Wlz). Als er nog nieuwe toetreders komen is dat eigenlijk alleen te verwachten in een nichemarkt voor een specifieke doelgroep, aldus het zorgkantoor. Zorgkantoren kennen de zorgaanbieders en weten op welke manier ze werken.

3. Dreiging van substituten

Beslissers verwachten dat ouderen heel lang thuis zullen blijven wonen en er daarnaast allerlei nieuwe woon-zorgvormen voor ouderen ontstaan. De eenvoudige huis- tuin-en-keukentechnologie gaat daarbij goed helpen. Het nieuwe aanbod bevindt zich niet langer alleen in het particuliere luxe segment dat er nu al is, maar in de bulk die ervoor ligt. Het gaat over grote groepen, 750.000 ouderen waarvan straks slechts zo'n 10% in de Wlz terechtkomt, aldus ActiZ. PGB financiering kan

daarbij helpen én de hogere eigen bijdrage systematiek stimuleert ouderen na te denken over alternatieven. Meerdere beslissers verwachten dat cliënten zichzelf gaan organiseren. Men gaat zorgcoöperaties oprichten, zorg inhuren en afspraken maken met verzekeraars en gemeenten (zie initiatief in Hoogeloon). Ook zijn burgerinitiatieven te zien waarbij een lokale aannemer iets bouwt voor het dorp, een buurtgemeenschap, ten behoeve van ouderen die intensieve zorg nodig hebben, aldus een beslisser. Als instellingen instaat zijn zich tijdig aan te passen aan de behoeftes van de cliënt zal het aanbod van substituten meevallen, volgens het zorgkantoor. Geen van de beslissers verwacht dat ‘de woning in de achtertuin voor ouders’, de kangoeroewoning, in Nederland grote vormen gaat aannemen.

“Het is een vrij prijzige aangelegenheid en de regelgeving die daarvoor moet worden aangepast zal mensen tegen houden. Je moet al vroeg beginnen en het is veelal maar voor een beperkte periode” zo licht VWS toe.

Volgens ActiZ gaat op den duur de zorginkoop-functie bij gemeenten en zorgverzekeraars weg. De WMO wordt een inkomensarmenwet. De zorginkooprol wordt overgenomen door de cliënt zelf of verenigingen van cliënten in allerlei vormen. Er komt cliëntvolgende financiering omdat in de toekomstige zorg, de cliënt het grootste deel zelf gaat betalen, en daarom ook zelf wil bepalen, aldus ActiZ. Als de cliënt bepaalt waar hij / zij naar toe wil, zou een gevarieerd aanbod tot stand kunnen komen dat tot verbreding van het aantal substituten kan leiden.

Externe (verticale) concurrentie

4.a. De onderhandelingsmacht van de tussenpersoon van zorgconsumenten, het zorgkantoor

VWS en het zorgkantoor verwachten dat de onderhandelingsmacht richting zorgaanbieders van het zorgkantoor in de Wlz, ongeveer gelijk zal blijven, mits men een goede prijs / kwaliteit verhouding aanbiedt. Het zorgkantoor wil liever niet spreken over macht. Een zorgkantoor moet objectief meetbaar kunnen maken waarom de ene aanbieder wel en de andere aanbieder geen contract krijgt. Intramuraal gaan zorgkantoren in de Wlz een meer uniform beleid voeren, aldus het zorgkantoor en ZN. Het vervelende voor zorgaanbieders is volgens VWS, dat men echt afhankelijk is van die ene inkoper, het zorgkantoor. Het is voor een zorgkantoor lastiger om met 20 aanbieders contracten te sluiten dan met twee, zo geeft VWS toe. Desondanks zijn meerdere beslissers ervan overtuigd dat de instelling die een goed product levert en het beste aan de behoefte van de cliënt voldoet (goede huisvesting, goede bejegening, zorg dichtbij in de buurt etc.) bestaansrecht heeft. Het zorgkantoor kan moeilijk daaromheen en zou deze goede aanbieders moeten contracteren, aldus VWS. Volgens ZN gaat de onderhandelingsmacht van zorgkantoren afnemen. Het zorgkantoor was tot voor kort bijna de enige financier van intramurale ouderenzorginstellingen. Met de opkomst van de private markt en diverse cliënteninitiatieven zijn alternatieve financieringsmogelijkheden ten opzichte van het zorgkantoor. Het zorgkantoor verliest hiermee min of meer haar monopoly positie. Volgens ActiZ gaat de onderhandelingsmacht van het zorgkantoor absoluut sterk afnemen in tegenstelling tot die van cliënten, die gaat sterk toenemen. Met name als de angst voor PGB's een beetje gaat verdwijnen. We gaan in de toekomst minder ‘last’ krijgen van zorgkantoren en zorgverzekeraars. Daarvoor in de plaats zal men meer ‘last’ gaan krijgen van cliënten en cliëntengroepen.

“Wij, ActiZ en zorgaanbieders, hebben ons laten inpakken door de grote mond van zorgkantoren. Wij maken geen gebruik van onze eigen macht en positie. Dat is namelijk de individuele situatie van ‘mevrouw Jansen uit Emmen van de Dorpsstraat nummer 5’. We moeten als zorginstellingen meer van ons laten horen in concrete situaties en niet bang zijn. We durven die macht vaak niet in te zetten, we zijn soms als aanbieders onderling ook bang voor elkaar. Als we daar niet doorheen breken moeten we ook niet klagen dat de zorgverzekeraar zo machtig is”.

Op de vraag of keuzevrijheid van de cliënt centraal staat in het zorginkoopbeleid van zorgkantoren antwoorden VWS en ActiZ dat dit niet het geval is. VWS denkt dat het zorgkantoor nauwelijks inzicht heeft in welke kwaliteit de zorginstelling daadwerkelijk levert en ook niet wat de cliënt eigenlijk precies wil.

ActiZ geeft weer dat een zorgkantoor altijd zal proberen om het individueel recht af te kopen met een bulkcontract bij een zorgaanbieder. Dan staat het zorgkantoor niet voor het dilemma voor welke cliënt wel financiering en voor welke cliënt er geen financiering is. De instelling loopt dan het volume risico en niet het zorgkantoor of de zorgverzekeraar. ActiZ stelt dat de wijze waarop zorgverzekeraars omgaan met het inkopen van ziekenhuiszorg, ons voorland is. Een groot ziekenhuis vangt een volumerisico wel op maar als kleine zorgaanbieder kan je over de kop gaan als je in een jaar 10 cliënten met een fors hogere zorgzwaarte krijgt, aldus ActiZ.

Wat in de zorgverzekeringswet kan gaan ontstaan is dat als een zorgaanbieder, bijvoorbeeld bij Achmea geen contract krijgt, deze aanbieder een contract bij een andere zorgverzekeraar af te sluiten en haar cliënten kan adviseren over te stappen naar deze zorgverzekeraar omdat de gewenste zorg bij deze verzekeraar wel vergoed wordt. Wat betreft keuzevrijheid vult ActiZ nog aan dat men zich anderzijds ook moet realiseren dat het voor een cliënt niet te doen is om uit 30 zorgaanbieders te kiezen. Vergelijk het met de supermarkt; als je lokaal drie of vier supermarkten hebt is er toch voldoende te kiezen voor de klant?

4.b. De onderhandelingsmacht van de cliënt, zorgconsument

VWS verwacht dat de onderhandelingsmacht van de cliënt in de Wlz iets zal afnemen. Echter als de rol van het zorgkantoor kleiner wordt (dat ziet VWS de eerstkomende vijf jaar nog niet gebeuren) door bijvoorbeeld cliëntvolgende bekostiging, dan kan de onderhandelingsmacht van de intramurale cliënt gaan toenemen. Dan bepaalt de cliënt het bestaansrecht van de organisatie.

VWS denkt dat de huidige cliënt al wat meer is geëmancipeerd door de invoering van de zorgzwaartepakketten. Het zorgkantoor verwacht dat cliënten ook in de Wlz, duidelijke eisen gaan stellen. Ouderen (en hun kinderen) gaan veel meer om zich heen kijken en bijvoorbeeld vergelijkingssites bezoeken. Ook ZN verwacht dat de onderhandelingsmacht van de cliënt gaat toenemen. De fors verhoogde eigen bijdrage bij een verblijfsindicatie maakt dat cliënten en hun mantelzorgers gaan nadenken over welke mogelijke alternatieven er voor het budget zijn. Misschien is het particulier inkopen van zorg soms nog goedkoper dan Zorg in Natura, zo legt ZN uit. De cliënt moet meer betalen en wil dan ook meer bepalen is de overtuiging van alle beslissers. ActiZ verwacht dat de onderhandelingsmacht van de cliënt sterk gaat toenemen en inkoopfuncties straks vervuld gaan worden door cliënten zelf of door organisaties achter cliënten. Instellingen zullen zich veel meer gaan profileren op de zorgverkoop omdat de cliënt het grootste deel straks zelf moet betalen en de zorgverzekering slechts aanvullend is. Hieruit volgt als vanzelf cliëntvolgende financiering.

Zorgaanbieders hebben altijd al zorg verkocht maar we hebben het nooit zo genoemd. Koopkracht en zorg was gescheiden en dat wordt in de toekomst meer gecombineerd, op individueel niveau.

Onderhandelingsmacht wat betreft keuzevrijheid van de cliënt

Het zorgkantoor en ZN onderstrepen dat zij vinden dat een cliënt keuzemogelijkheid in plaats van keuzevrijheid heeft. Er zit een grens aan de keuze vanwege een drempel op de contractermogelijkheid, er is sprake van een beperkt budget. Het zorgkantoor is er niet voor om 'alle bloemen (lees zorginstellingen) te laten bloeien'. Zij vindt dat de cliënt op dit moment voldoende keuzevrijheid heeft in de wijze van verzilveren van een indicatie. Uitgangspunt is volgens VWS dat een cliënt met Wlz indicatie zich eerst oriënteert op Zorg in Natura (ZIN). Als men daarmee niet uit de voeten kan, is een Persoons Gebonden Budget (PGB) of een Volledig Pakket Thuis (VPT) een optie. PGB is nog steeds een heel mooi instrument echter in PGB zit een perverse prikkel namelijk dat budgetten worden aangevraagd zonder op de juiste wijze verantwoording over dit budget af te leggen. Daarom voert Menzis Zorgkantoor met cliënten die een PGB aanvragen, selectiegesprekken waarin rechten en plichten worden besproken. In dit gesprek wordt nagegaan bij de cliënt of zorg in natura misschien beter past bij de zorgvraag. Met het systeem van het trekkingsrecht dat per 2015 wordt ingevoerd (het budget wordt door de SVB beheerd en pas uitgekeerd nadat een nota van een zorgverlener is ontvangen) zal fraude met PGB's worden tegengegaan. Als een PGB wordt gekoppeld aan verblijf dan zou het zorgkantoor in de wens van de cliënt moeten meekomen, aldus VWS. Een systeem van cliëntvolgende financiering lijkt het zorgkantoor en VWS daarom niet nodig.

5. Onderhandelingsmacht van leveranciers in de ouderenzorg

5.a. Een van de belangrijkste 'leveranciers' zijn in de medewerkers.

Uit de documentenanalyse blijkt dat het aantrekken van voldoende gekwalificeerd zorgpersoneel (arbeidsintensief werk) moeilijk zal gaan worden in de sector. Hebben beslissers een idee wat dit eventueel voor specifieke gevolgen voor kleine instellingen heeft? Een groot deel van de beslissers verwacht dat het kwantitatieve arbeidsmarktvraagstuk er niet komt o.a. door de technologische ontwikkelingen. In andere sectoren valt op dat de impact van ICT op het aantal benodigde medewerkers al veel sterker en groter plaats inneemt. Kijk maar naar de banken die personeel ontslaan omdat ze hun lokale winkels sluiten daar er bijna geen fysieke klanten meer komen. Een paar beslissers twijfelt of de kwaliteit van toekomstige medewerkers op het juiste niveau zal zijn. Je hebt straks medewerkers nodig die begrijpen en aanvoelen op welke wijze het gesprek met de nieuwe, mondige cliënt gevoerd moet worden. Hoe kan men de mondige cliënt geruststellen, uit de eenzaamheid halen en inspelen op behoefte aan welzijn. Men verwacht mogelijk een tekort aan hoog geschoolde medewerkers in de zorg, voor met name de meest kwetsbare cliënten. Het zorgkantoor stelt dat de zorg momenteel populair is als werkgever; dat is o.a. te zien aan de onlangs ingevoerde numerus fixus bij een aantal hogescholen om toegelaten te worden voor de opleiding HBO verpleegkunde. Echter deels moet er ook een cultuuromslag komen. Met lager geschoold personeel kan ook goed zorg worden aangeboden aldus Zorgverzekeraars Nederland.

Specifiek ten aanzien van medewerkers van kleine instellingen is door beslissers zoal genoemd:

- In het algemeen denkt men dat er weinig verschil is met betrekking tot het aantrekken van personeel tussen kleine of grote organisaties.
- In een grote zorginstelling kan op een kleinschalige manier gewerkt worden.
- Er zijn altijd mensen die het juist leuk vinden om bij een kleine organisatie te werken (sfeer).
- Een kleine instelling kan zich heel goed onderscheiden in een specifieke gemeenschap.

5.b. Andere belangrijke leveranciers zijn de banken:

Vanuit de documentenanalyse bleek dat het aantrekken van kapitaal bij banken voor nieuw vastgoed wordt belemmerd. Verwachten beslissers dat kleine aanbieders problemen gaan ondervinden op het gebied van aantrekken van kapitaal voor vastgoed?

Drie van de vier beslissers geven aan dat kleine zorginstellingen door banken in een hoger risicoprofiel worden ingeschat dan grotere instellingen. Door het groter geschatte risico zal men, als men al tot financiering wil overgaan, hogere rentes vragen. Kleine instellingen hebben minder mogelijkheden om te differentiëren. Banken stellen zich de vraag; kan deze organisatie over 10 jaar de rente en aflossing nog wel betalen? Hiervoor is voldoende solvabiliteit en buffer nodig. Daarnaast kijkt men sterk naar de historie van een instelling, de kwaliteit van het management en de verankering van de organisatie in de samenleving. De bank onderzoekt grondig of de zorgorganisatie een betrouwbare partner is. Onderschat niet dat banken ook heel grote zorginstellingen als risicovol kunnen taxeren aldus een van de beslissers. Het kunnen afsluiten van meerjarige contracten met gemeenten en zorgkantoren zou voor de bank meer zekerheid kunnen geven, denken meerdere beslissers.

ActiZ geeft weer dat door minister Blok een advies is gevraagd aan de Raad voor de leefomgeving en infrastructuur (Rli) aangaande op welke manier de overheid tijdens en na de crisis zorg kan dragen voor voldoende woningen van de juiste kwaliteit, op de juiste plek. Hierin wordt o.a. overwogen of het Waarborgfonds voor de Zorg (WFz) en het Waarborgfonds Sociale Woningbouw (WSW) kunnen samenwerken op het gebied van ouderenhuisvesting. Door samenwerking tussen beide fondsen en de overheid als borg op de achtergrond, kan meer geld uit de markt worden gehaald voor nieuwe initiatieven, aldus ActiZ.

5.1.3. De interne omgeving van de organisatie vanuit de resource based strategy

Deelvraag: Wat zijn volgens beslissers interne hulpbronnen en (kern)competenties vanuit de resource based strategy die specifiek gelden voor kleine instellingen, om competitief voordeel te bereiken in de bedrijfstak?

Welke competenties / hulpbronnen hebben kleine zorgorganisaties volgens beslissers nodig om zich goed te positioneren in de zorgmarkt?

Het kan zijn dat kleinere organisaties flexibeler kunnen inspelen op de sterk veranderende macro omgeving die op alle intramurale instellingen afkomt zo denken sommige beslissers. Mogelijk kunnen zij ook flexibeler inspelen op hetgeen personeel wil (gezelligheid onderling bijvoorbeeld).

Kleine organisaties hebben korte lijnen en kunnen veel flexibeler inspelen op de behoefte van de cliënt, zo stelt ZN. In de uitvoering heeft men het daarin makkelijker dan een grootschalige instelling. Een ding staat namelijk vast dat veel veranderingen blijven komen en het zou heel goed kunnen dat kleinere organisaties daarmee beter uit de voeten kunnen. Dat kan voor cliënten prettiger voelen. Je kunt een wat grotere organisatie op een kleinschalige manier organiseren en in de backoffice wel grootschaliger opereren, zo noemen twee beslissers.

VWS en ActiZ geven aan kleine organisaties als tip dat ze een heel duidelijk eigen profiel / gezicht of een sterke verbinding met de lokale gemeenschap moeten hebben. Het eigen profiel kan op allerlei gronden, op specifieke consumentengroepen gericht zijn bijvoorbeeld een christelijke doelgroep. Een strategische, beleidsmatige insteek van kleine aanbieders zou kunnen zijn dat ze samen goederen en

diensten inkopen. Je ziet dit ook bij de kleine zorgverzekeraars; zij hebben een gezamenlijke inkoopcombinatie Multizorg VRZ, aldus ActiZ.

Voor Menzis Zorgkantoor is het belangrijk dat kleine organisaties kosteneffectief kunnen werken. Het gaat naast kwaliteit ook om betaalbaarheid. In de extramurale zorg ervaart het zorgkantoor voor wat betreft kleine zorgaanbieders, een hogere workload, omdat zij hun administratie vaak niet op orde hebben. Tevens ziet het zorgkantoor dat kleine organisaties zorg aan de cliënt langzamer afbouwen dan grotere aanbieders. Kosteneffectiviteit betekent ook dat je meer cliënten voor hetzelfde budget kunt helpen, aldus het zorgkantoor.

Op de vraag of er onderscheid is in competenties en hulpbronnen waarvan kleine of grote organisaties gebruik kunnen maken, antwoorden beslissers dat dat niet uit hoeft te maken. ActiZ adviseert kleine instellingen vooral de schaalvoordelen die ze hebben, uit te nutten en de schaalnadelen te ondervangen. De schaalvoordelen kennen kleine instellingen als geen ander. De schaalnadelen zijn te compenseren door expertise in te kopen, samen te werken en in de backoffice zaken uit te besteden. Een van de beslissers benoemt nog een ander verschil tussen kleine en grote zorgorganisaties; veel kleine zorgorganisaties hebben het voordeel dat er een helder boegbeeld is. Dat is voor de integratie en samenbindende werking heel prettig echter het is tegelijkertijd ook een nadeel. Een bestuurder zal een keer afscheid moeten nemen en brengt daardoor een bepaalde kwetsbaarheid met zich mee.

Volgens deze beslisser kunnen schaalnadelen voor kleine instellingen zijn: het niet zelf beschikbaar hebben van gekwalificeerde verpleegkundigen / artsen bij complexe zorg of het kan ze ontbreken aan kennis en inzicht op strategische, beleidsmatige zaken. Spoor ze voor je eigen organisatie op en ondervang ze. Dan kan je net zo sterk staan als een grote instelling zo is de overtuiging van ActiZ. Grote instellingen hebben schaalnadelen en proberen die op hun manier te ondervangen door bijvoorbeeld te decentraliseren, sterke lokaal resultaatverantwoordelijke eenheden te organiseren. Welke hulpbronnen hebben kleine organisaties nodig om te overleven volgens beslissers? Vakinhoudelijke kennis en expertise zijn nodig (zoals Specialist Ouderengeneeskunde, verpleegkundige niveau 5) en deskundigheid op strategisch beleid. Daarin ben je kwetsbaar maar die kwetsbaarheid kan je ook als kleine instellingen met elkaar opvangen. ZN geeft aan dat kleine instellingen moeten overwegen voor wat betreft de inkoop van thuiszorg om samen te werken. Menzis Zorgkantoor legt uit dat met name op extramuraal gebied een bepaalde schaalgrootte nodig is om bijvoorbeeld een medisch technisch team te hebben. Voor gemeenten kan het makkelijk zijn om met een paar grote instellingen te werken. Dat betekent dat er minder tijd nodig is voor contractvorming en evaluaties zo stelt het zorgkantoor. Kleine instellingen zouden meer met elkaar kunnen samenwerken, bijvoorbeeld in de vorm van een coöperatie en zo weer een aantrekkelijke partner worden voor zorgverzekeraars en gemeenten, aldus een beslisser. Zorgverzekeraars onderling gaan afspraken maken op regioniveau over wie namens alle zorgverzekeraars gezamenlijk de wijkverpleging gaat inkopen, zo stelt zorgkantoor Menzis.

5.1.4. Welke kritieke succesfactoren zijn te benoemen die kleine instellingen gemakkelijker binnen handbereik hebben dan grote, volgens beslissers?

Wat willen onze cliënten? (Je moet leveren wat cliënten willen kopen)

- De cruciale vraag is, is een zorgaanbieder in staat om de cliënt van de toekomst aan zich te binden? Wat is de toegevoegde waarde van de organisatie aan de cliënt? Ook bestaande sterke merken moeten zich in tijden van veel veranderingen, herijken.

- Kleine instellingen kunnen in de huidige, snel veranderende omgeving snel schakelen en zich continu aanpassen aan de veranderende behoefte van de cliënt, aldus ZN.
- De instelling die het beste aan de behoefte van de cliënt voldoet (goede huisvesting, goede bejegening, in de buurt etc.) die heeft bestaansrecht zo stellen meerdere beslissers.
- Naarmate we meer naar persoons- of cliëntvolgende bekostiging gaan, aldus Zorgverzekeraars Nederland, bepaalt de cliënt het bestaansrecht van de organisatie.
- Vraaggericht en -gestuurd werken wordt heel belangrijk, aldus Menzis Zorgkantoor. Degenen die zich aantoonbaar kunnen specificeren op de behoefte van de cliënt, zullen een betere concurrentiepositie hebben.
- Een goede verankering met de lokale gemeenschap, aldus ActiZ.
- Misschien hebben kleine instellingen aantrekkingskracht voor sommige medewerkers aldus VWS.

Wat moet de kleine zorgorganisatie doen om de concurrentie te overleven?

- ZN adviseert kleine aanbieders hun wendbaarheid/ flexibiliteit goed uit te nutten; dat kan een concurrentievoordeel geven.
- Je kan zeggen klein is kwetsbaar volgens VWS maar klein kan ook flexibeler zijn.
- Kleine aanbieders zijn mogelijk flexibeler aldus het zorgkantoor.
- Het dichtbij de burger organiseren leidt misschien tot kleinschaliger vormen daar waar het nu soms wel erg grootschalig is aldus VWS.
- VWS denkt dat kleine instellingen gemakkelijker aanspreekbaar zijn en de binding met de lokale gemeenschap, is een voordeel voor kleine organisaties.
- Sommige beslissers adviseren kleine en nieuwe organisaties te gaan samenwerken voor wat betreft de inkoop van diensten en goederen om zo tegenmacht te vormen.
- ZN stelt dat zorgaanbieders die de beste zorg leveren tegen een goede prijs met een onderscheidend vermogen de concurrentie overleven.
- Organisaties in een veranderende omgeving moeten in scenario's leren denken om zoveel mogelijk klaar te zijn voor de toekomst, zo stelt VWS.

5.2. Empirisch onderzoek onder zes bestuurders van kleine zorgorganisaties¹

5.2.1. Macro ontwikkelingen aan de hand van de PEST analyse in de ogen van bestuurders in de zorg

Deelvraag: Wat zijn de macro economische ontwikkelingen aan de hand van de PEST analyse, die van invloed zijn op de strategische positionering van kleine zorginstellingen, volgens bestuurders?

Politiek, wet- en regelgeving

Bestuurders stellen allemaal dat het scheiden van wonen en zorg momenteel een heel belangrijk issue is in de ouderenzorg. Er is veel turbulentie in het zorglandschap. Men heeft te maken met krimp, bezuinigingen, tariefkortingen. Alle bestuurders hebben begrip voor de bezuinigingen die moeten worden doorgevoerd. Echter deze worden momenteel te abrupt doorgevoerd, aldus bestuurders. Bestuurders ervaren dat de landelijke politiek ver af lijkt te staan van de dagelijkse

Zie bijlage 1. Geïnterviewden en profiel kleine ouderenzorgorganisaties

praktijk in zorginstellingen. Kijkend naar het doorvoeren van het scheiden van wonen en zorg voor cliënten met een indicatie voor zorgzwaartepakket 4, dit is puur door economische motieven ingegeven en niet gezien vanuit wat goed en verantwoord is voor de individuele cliënt, zo verwoorden meerdere bestuurders. Als het scheiden van wonen en zorg ook voor zwaardere zorg wordt doorgezet dan leidt dit zelfs tot hogere kosten dan het wonen in een instelling, daarvan is een bestuurder overtuigd. Bestuurders verwachten dat in de toekomst incidenten gaan voorkomen bij cliënten met een hoge zorgzwaarte die thuis moeten blijven wonen. Dit kan de politiek gaan beïnvloeden en hen dwingen de te ver doorgevoerde maatregelen te herzien. Maatregelen worden in aanvang fors ingezet maar op basis van incidenten voor een deel weer teruggedraaid. Mede hierdoor heeft de sector geen positief imago, volgens een bestuurder.

Vier jaar geleden werd de eerste ActiZ benchmark bijeenkomst gehouden waarin zorginstellingen zich openlijk verantwoordden over de door hen geleverde kwaliteit. Allerlei politieke partijen waren aanwezig voor een paneldiscussie hierover. *“De discussie werd als volgt gevoerd”*; vertelt één van de bestuurders, *‘Ik was een keer in een verpleeghuis en daar moest een cliënt lang wachten voordat die naar de wc kon’* zei een kamerlid.... Slechts één politieke partij gaf aan dat zij het waardeerden dat de branche transparantie toont en meer inzicht in kwaliteit biedt etc. Dit is tekenend voor incidentpolitiek, zo noemt een bestuurder. Bestuurders maken zich zorgen over het steeds meer gefragmentariseerde en gepolariseerde politieke klimaat en de mate waarin instellingen daarvan afhankelijk zijn. Ouderenzorginstellingen hebben altijd met schaarste moeten omgaan en daarmee is niets mis. Het is afhankelijk van wie regeert hoeveel men ervoor over heeft om de zorg voor ouderen goed te organiseren aldus bestuurders.

Bestuurders erkennen allemaal dat al jarenlang een trend is aangekondigd door ambtenaren in Den Haag, voor wat betreft het scheiden van wonen en zorg. Door het nieuwe overheidsbeleid worden minder indicaties voor verblijf afgegeven aan cliënten door het CIZ. Ambtenaren bieden continuïteit, politici leggen accenten. Bestuurders maken zich echter vooral zorgen omtrent de grote hoeveelheid nieuwe wet- en regelgeving die nu in korte tijd moet worden geïmplementeerd. Voorheen had men te maken met één financier en dat zijn er vanwege de nieuwe wetten drie geworden (zorgkantoor, zorgverzekeraars en gemeenten). Bestuurders weten nu (voorjaar 2014) nog niet op welke manier de diverse wetten uitgevoerd gaan worden echter, deze gaan wel per 1 januari 2015 in. Men is tevens bezorgd over de regeldruk die hierdoor naar verwachting nog verder toeneemt.

Bestuurders leggen uit dat ze door het wegvallen van financiering van lage zzp's, andere bronnen van inkomsten nodig zijn om de bedrijfsvoering van zorginstellingen op peil te houden en te overleven. Daarbij loop je aan tegen wet- en regelgeving, bijvoorbeeld op gebied van huisvesting en huur. Voor het verhuren van leegstaande intramurale appartementen heeft men huisnummers nodig van de lokale gemeente en deze zijn soms lastig te verkrijgen. Formeel mag een woning niet verhuurd worden als er geen eigen meters in de woning zijn. Om bestaansgrond te houden moet men soms wel eens een beetje burgerlijk ongehoorzaam zijn, zo vinden sommige bestuurders.

Daarnaast ervaren sommige bestuurders ook regeldruk vanuit de Inspectie voor de Volksgezondheid. Die kijkt vanuit een sterk medisch georiënteerd model terwijl de zorg meer en meer 'zo gewoon mogelijk' en zo lang mogelijk thuis moet.

“Accepteert de Inspectie wel het proces van ouder worden en de daarbij behorende risico's? Het soms niet meer beter kunnen worden en de eindigheid van het leven”, zo vraagt een bestuurder zich af.

Het zorgkantoor heeft veel macht gedelegeerd gekregen vanuit de politiek. Bestuurders zijn bezorgd over de reële kans dat het zorgkantoor, (en de zorgverzekeraar en de gemeenten) gaan bepalen van welke zorgaanbieder de cliënt zorg moet afnemen. Cliënten kiezen soms specifiek voor een bepaalde aanbieder maar die aanbieder krijgt niet altijd de financiering van het zorgkantoor voor de zorg die geboden moet worden, zo constateren sommige bestuurders. Veel kleine instellingen hebben wachtlijsten terwijl grote aanbieders regelmatig te maken hebben met leegstand zo nemen bestuurders waar. Het is maar zeer de vraag, volgens bestuurders, of het zorgkantoor de zorg inkoopt die de cliënt graag wil. Zorgaanbieders zitten in de huidige situatie in een hele rare tussenrol, ervaren meerdere bestuurders. Cliëntvolgende financiering zou het systeem verbeteren, zo verwacht een groot deel van de bestuurders. Bestuurders vinden dat de cliënt zelf (of diens gemandateerde contactpersoon) de regie moet houden bij welke zorgaanbieder zorg wordt ingekocht. Daarbij wordt indien mogelijk wel een aanvullende bijdrage van cliënt zelf en familie verwacht (zowel financieel als in tijd).

De politiek moet heel goed nadenken hoe we het gaan doen met elkaar. Niet gaan polderen, niet op incidenten ingaan maar een heldere koers varen en duidelijke keuzes maken die ondersteunend zijn aan de behoefte van de toekomstige cliënt, volgens de bestuurders.

Economische ontwikkelingen

De bestuurders merken dat de economische situatie in ons land op dit moment de belangrijkste drive is voor de wijzigingen in wet- en regelgeving en het doorvoeren van bezuinigingen. Men is op dit moment bezig om op basis van economische afwegingen, opgebouwde zaken in de zorg af te schaffen zo geeft een bestuurder aan. Als de economie weer wat aantrekt, worden zaken mogelijk enigszins bijgesteld. Bestuurders zijn bezorgd aangaande het gezond houden van de financiële bedrijfsvoering en het kunnen inzetten van voldoende medewerkers om de benodigde zorg te kunnen bieden, binnen kleine zelfstandige instellingen. Een positief aspect wat betreft de economische ontwikkelingen is op dit moment voor de zorg dat als een vacature ontstaat, je heel goede nieuwe, medewerkers aangesteld kunnen worden.

Socio-demografische ontwikkelingen

Een bestuurder benoemt dat het aardige van de ouderenzorg is dat we allemaal een keer oud worden en er veelal mee te maken krijgen. Demografische gegevens wijzen uit dat het aantal ouderen enorm zal toenemen.

Een bestuurder zegt hierover: "Ouderen blijven wat langer gezond maar uiteindelijk krijgen we meer chronisch zieke ouderen. Die worden geacht langer zelfstandig te blijven. Men zegt dat er meer dementie problematiek op ons afkomt echter het is niet zo dat ouderen zich altijd houden aan onze voorspellingen. We moeten rekening houden met deze ontwikkelingen echter hoe verder weg je kijkt hoe moeilijker te voorspellen is hoe het zal gaan. Er zijn grofweg twee soorten ouderen; de oudere die zelf de regie heeft, actief is en participeert én de eenzame oudere die passief is en nergens meer komt. Als de leeftijd stijgt neemt de groep van eenzame ouderen met een zorgbehoefte toe".

Vroeger speelde de verzuiling nog een rol in de keuze voor de instelling zo stelt een andere bestuurder. Dat is wel voorbij.

Technologische ontwikkelingen

Medisch-technologische ontwikkelingen hebben ook invloed op de socio- demografische ontwikkelingen. Operaties kunnen in toenemende mate tot op hoge leeftijd technisch succesvol worden uitgevoerd aldus een bestuurder. Hierdoor worden ouderen steeds ouder en het lijkt erop dat ouderen soms niet meer ‘gewoon’ mogen overlijden.

“In ons zorgcentrum zien we de ouderen niet als ziek. We helpen ze om een zo gewoon mogelijk leven te leiden en uiteindelijk te mogen overlijden”, vertelt een bestuurder.

Alle bestuurders zijn enthousiast over de technologische ontwikkelingen in de zorg voor ouderen. Hier valt nog een hele wereld te winnen. Zorg op afstand is de toekomst, echter fysieke zorg blijft daarbij aanvullend noodzakelijk. Zorg is gemakkelijker te organiseren door deze ontwikkelingen volgens alle bestuurders. Het brengt veel comfort voor de nieuwe cliënt, met name voor degenen die goed met deze technieken kunnen omgaan. De nieuwe generatie ouderen gaat heel veel digitaal doen. Er is detectie mogelijk bij dwaalgedrag. Mensen uit de ICT wereld willen zich graag richting de ouderenzorgwereld bewegen. Een signaal dat verschillende bestuurders aangeven is dat ermee rekening moet worden gehouden dat automatisering ook een bepaalde kwetsbaarheid met zich meebrengt.

5.2.2. Externe analyse aan de hand van het vijfkrachten model van Porter

Deelvraag: Wat zijn in de praktijk volgens bestuurders externe krachten in de bedrijfstak die van invloed zijn op de strategische positionering van kleine instellingen?

1. Intensiteit van de rivaliteit tussen bestaande zorgaanbieders

Alle bestuurders verwachten een toename van de onderlinge concurrentie in de bedrijfstak. Alle instellingen worden kleiner in budget en het aantal plaatsen. Bij kleine instellingen wordt hierdoor getornd aan de bestaansgrond. Een van de bestuurders gaf aan regelmatig met zijn managementteam te evalueren of men nog voldoende basis ervaart om de organisatie te runnen. Intramuraal ervaren bestuurders de concurrentie iets minder sterk dan extramuraal. Echter met alleen een intramuraal aanbod redden kleine zorginstellingen het veelal niet. Sommige bestuurders merken op dat grote zorgorganisaties momenteel weer belangstelling tonen voor kleine organisaties. Sommige instellingen zijn gaan fuseren met als argument dat als je groot bent, je tegenmacht naar het zorgkantoor kunt vormen. Bestuurders verwachten dat collega's van kleine instellingen hiervoor gevoelig zijn en overwegen om op te gaan in grote organisaties maar daarmee wel hun ‘eigen verhaal’ dreigen te verliezen omdat men druk is met de fusie / samenwerking in plaats van met de kwaliteit die aan de cliënt wordt geboden. Het is typisch Hollands dat bestuurders van publieke instellingen denken dat ze groter moeten worden, zo vindt een bestuurder. Dat is een trend geweest van de laatste 10- 15 jaar in zorg-, onderwijs- en corporatieland. Het is belangrijk, zo vinden meerdere bestuurders, dat Raden van Toezicht zich niet laten leiden door angst en niet te snel aansturen op een fusie met een grote organisatie. Een van de bestuurders benoemt meerdere keren in het interview dat ‘groot’ nu eenmaal imponeert in onze maatschappij. De politiek hangt de oren ook veel naar ‘de grote jongens’, aldus deze bestuurder, daar gaat de meeste aandacht naar toe. Anderzijds moeten kleine instellingen meer van zich laten horen, zichzelf laten zien.

“We moeten echt wakker worden en de boer op; op onze eigen manier. We moeten niet te bescheiden zijn, we hebben iets te bieden!”, aldus meerdere bestuurders

2. *Dreiging nieuwe toetreders*

Intramuraal verwachten bestuurders geen nieuwe toetreders: “Wie gaat er nu een traditionele zorginstelling beginnen in de krimpende markt?”, aldus één van de bestuurders. In de thuiszorg zijn wel heel veel aanbieders gekomen de afgelopen jaren; het is een vechtmart. Aanbieders die voorheen alleen maar huishoudelijke hulp aanboden willen nu ook zorg gaan aanbieden.

3. *Dreiging van substituten*

Het aantal particuliere initiatieven is aan het toenemen, zo constateren de meeste bestuurders. Ook ontstaan collectieve cliënten initiatieven. Geclusterde woningen met gezamenlijke ruimten voor ouderen helpt een antwoord te geven op eenzaamheid en het gevoel van onveiligheid. Men huurt een verpleegkundige in die een kamer krijgt op zolder. Er ontstaan zorghotels. Wil je als traditionele aanbieder in de markt blijven dan moet je je ook gaan bewegen naar particuliere diensten, aldus een bestuurder. De mate van bedreiging door substituten wordt door sommige bestuurders als niet heel hoog ervaren; er komen zoveel ouderen dat er straks echt te weinig passende woningen zijn. Bestuurders geloven niet dat het fenomeen van kangoeroe- of generatie woningen grote vormen gaat aannemen in Nederland.

Externe (verticale) concurrentie

4. *Onderhandelingsmacht van de consument*

4.a. *De onderhandelingsmacht van de tussenpersoon van zorgconsumenten, het zorgkantoor*

De onderhandelingsmacht van zorgkantoren, zorgverzekeraars en gemeenten gaat op korte termijn toenemen, zo verwachten de meeste zorgaanbieders. Het zorgkantoor gaat meer afdwingen van zorgaanbieders. Het zorgkantoor heeft de sleutel, de macht en is dominant ten opzichte van zorgorganisaties, zo stellen meerdere bestuurders. Men ervaart het als vervelend dat zorgkantoren in Nederland verschillend beleid hanteren en soms een strenger beleid opleggen, dan de overheid hanteert. Meerdere bestuurders kaarten aan dat het zorgkantoor een bepalende positie dreigt te gaan innemen in de discussie over hoeveel capaciteit beschikbaar moet blijven in de Wlz. Ze gaan de politieke discussie bepalen.

Neem cliënten die nu nog een zzp 1, 2, of 3 hebben;

“Als u al een indicatie met verblijf heeft kunt u gewoon intramuraal blijven wonen, zo wordt in de media gezegd. Maar in de praktijk geeft het zorgkantoor al wel minder budget (Achmea bijvoorbeeld; zzp 1 en 2 40% minder en zzp 3 20% in 2013) dus je moet deze cliënten als zorgaanbieder deels zelf financieren, want de cliënt heeft wel zorg nodig” aldus meerdere bestuurders.

Zorgkantoor VGZ wil de komende vier jaar ieder jaar 10% van de intramurale capaciteit afbouwen. Een afbouw van 40% van je productie bedreigt wel degelijk het bestaansrecht van kleine instellingen, aldus een bestuurder. Een bestuurder vertelt dat hij kamers laat leegstaan terwijl hij een wachtlijst heeft van 50 cliënten. De instelling moet inkrimpen omdat hij zwaardere cliënten krijgt terwijl zijn budget is bevroren. Hij huurt het vastgoed voor de cliënten al langere tijd, de huur wordt lineair afgeschreven dus qua vastgoedkosten is het acceptabel. Naar buiten toe (zoals cliënten op de

wachtlijst), is het natuurlijk lastig uit te leggen. Deze bestuurder verkleint en verzwaart de organisatie en behoudt zijn intramurale budget, in lijn met het overheidsbeleid. Door de intramurale afbouw dienen kleine zorginstellingen rekening te houden met een afbouw van een derde tot ongeveer de helft van hun beschikbare plaatsen en productiecapaciteit. Dat willen de meeste bestuurders compenseren o.a. door het bieden van extramurale zorg om zodoende voldoende omvang te behouden voor de bedrijfsvoering van de organisatie.

Het is op dit moment onzeker of zorgverzekeraars en gemeenten kleine aanbieders per 2015 ruimte gaan geven om zorg in te kopen. Zorgverzekeraars verwachten pas in november 2014 het inkoopbeleid voor januari 2015 te kunnen aanbieden aan zorgaanbieders, zo vertelt een bestuurder. Bestuurders vragen zich af hoe men zich hierop kan voorbereiden. Achmea wil al sinds 2013 voor wat betreft de extramurale zorg, per regio slechts bij één aanbieder de onplanbare zorg contracteren.

Een bestuurder geeft weer: “Ik ervaar de bedreiging van het zorgkantoor nog als redelijk mild in het licht van wat er op ons afkomt via de zorgverzekeraars. Van hen verwacht ik in de Zvw veel bedreiging. Een verzekeraar heeft als doel schade beperken. Het is makkelijker en mogelijk goedkoper voor hen om bij een grote organisatie in te kopen. Dat is voor ons als kleine organisaties een spannende”.

Alle bestuurders verwachten dat kleinere zorgorganisaties het moeilijker gaan krijgen wat betreft het inkopen van zorg dan grote organisaties. Een aantal bestuurders verwacht dat de concurrentie voor kleine organisaties oneerlijk wordt. Als kleine aanbieder ben je overgeleverd aan de goodwill van de zorgverzekeraar en gemeenten. Het is bepalend of zij de toegevoegde waarde zien van jou als kleine aanbieder en je een kans geven om mee te doen in de zorginkoop. Sommige gemeenten werken het liefst samen met aanbieders die alles kunnen bieden. Je bent dus in grote mate afhankelijk van de gunst van financiers, aldus bestuurders. Financiers gaan wijkgericht zorg aanbieden waarbij de cliënt mogelijk heel beperkt of geen keuze heeft aldus een bestuurder. Sommige zorgkantoren bieden in de huidige situatie voor wat betreft extramurale zorg bijvoorbeeld de mogelijkheid tot een constructie van onderaannemerschap via een grote zorgaanbieder. Echter tegen een tarief van bijvoorbeeld 20% lager dan de hoofdaannemer, aldus een bestuurder. De hoofdaannemer wil ook nog een fee dus daarmee houdt de kleine aanbieder een niet dekkend tarief over. Dit zijn perverse prikkels die marktwerking ondermijnen aldus bestuurders. Het effect van de ervaren bedreiging van bestuurders van kleine zorginstellingen ten opzichte van financiers zou kunnen zijn dat zorgaanbieders zich gaan clusteren om gezamenlijk een tegenmacht te vormen. Dat kan op verschillende manieren, aldus bestuurders.

Alleen wanneer een instelling in een landelijke omgeving is gelegen en bijvoorbeeld een functie heeft voor het hele dorp; dan is de positie ten opzichte van het zorgkantoor beter. Men kan dan eigenlijk niet om je heen, zo leggen bestuurders uit.

Op de vraag of de wens van de cliënt leidend is in het zorginkoopbeleid, antwoorden alle bestuurders ontkennend.

“Het gaat het zorgkantoor om geld. Als je er een mooi verhaal over hebt vinden ze dat wel mooi, ze hebben zelf ook een mooi verhaal”, zegt een bestuurder.

Voor de zorginkoop van het zorgkantoor is de cliënt niet van belang; ze willen vooral zoveel mogelijk zorgproductie inkopen voor een lage prijs, zo merken meerdere bestuurders.

Zorgorganisaties zitten in een raar economisch bestel zo vinden meerdere bestuurders. Men wil graag ondernemen maar worden hierin belemmerd door de positie van het zorgkantoor. Meerdere bestuurders zouden graag meer marktwerking willen zoals bij de bakker om de hoek; de cliënt kiest welk brood hij of zij wil eten en daarvoor geeft hij of zij zijn geld uit. Daar werkt het systeem van vraag en aanbod; wie kwaliteit levert en het beste kan voorzien in de behoefte van een bepaalde doelgroep, heeft bestaansrecht. Als het zorgkantoor dáár naar zou kijken hebben kleine instellingen daadwerkelijk bestaansrecht, aldus deze bestuurder. Men zou morgen, bij wijze van spreken, nog een tweede bakkerij kunnen openen (gezien onze wachtlijst).

Sommige bestuurders denken dat veel zorgkantoren meegaan in de grote stroom die denkt dat de zorg bij grote instellingen efficiënter en beter is. Men gaat liever voor groot zo ervaart een bestuurder. Het zorgkantoor lijkt zich neutraal op te stellen, legt een bestuurders uit, maar dat doet men eigenlijk niet want men zet zich ook niet in voor je bestaan. In tegendeel, men zegt niet; laat de cliënt maar kiezen en de regie houden in wat hij of zij belangrijk vindt. Meerdere bestuurders hebben meegemaakt dat het zorgkantoor zegt tegen cliënten die op de wachtlijst van een kleine aanbieder staan dat als men écht zorg nodig heeft maar naar een andere aanbieder in de regio moet (veelal een grote organisatie) die nog wel plaats heeft. Men mag dan later alsnog naar het huis van eerste voorkeur verhuizen als daar plaats is. Echter dan moet je als oudere wel heel principieel zijn. Veel ouderen zeggen dan;

‘Ik heb nog maar een paar jaar, laat me hier maar zitten’.

De politiek zou zich over dit soort situaties explicieter moeten uitspreken, aldus een bestuurder. Een van de bestuurders heeft zo zijn eigen strategie ontwikkeld ten aanzien van het zorgkantoor en inkoopbeleid. Hij laat zijn oren minder hangen naar het zorgkantoor. Het is van belang je eigen koers te varen. Hij laat het beleid zonder protest over zich heen komen en probeert met zo min mogelijk energie en tijd te voldoen aan wat verplicht is om vervolgens tijd en energie over te houden voor de zaken die de organisatie zélf belangrijk acht voor de zorg aan cliënten. Met Zorg en Zekerheid heeft deze bestuurder het niet slecht getroffen, zo vindt hij zelf. Menzis en Achmea lijken soms voor de troepen te willen uitlopen met hun beleid zo valt deze bestuurder op.

Onlangs koos deze bestuurder ervoor om proactief op te treden richting het zorgkantoor. Zodra de inkt van het laatste regeerakkoord droog was, heeft hij zijn eigen plan voorgelegd aan het zorgkantoor. We staan hierdoor wel positief in beeld bij ons zorgkantoor.

“Ik heb echt niet meer budget toegezegd gekregen dan anderen maar ik mocht wel budget overhevelen van extramuraal naar intramuraal. Men belooft goed ondernemerschap” zo legt de bestuurder uit.

Een andere bestuurder verwacht mogelijk ondernemerschap van zorgverzekeraars. Het zou goed kunnen dat zij een speciale polis aan ouderen gaan aanbieden, voor zorg en wonen (net als er nu al studentenpolissen zijn).

4.b. De onderhandelingsmacht van (zorg) cliënten

De meeste bestuurders verwachten dat in de komende jaren de macht van de cliënt, in zijn algemeenheid gesproken, gaat toenemen. De huidige cliënt in de ouderenzorg is nog redelijk tevreden en dankbaar voor alles wat hij of zij krijgt. De nieuwe oudere van de babyboomgeneratie is veel kritischer.

Een van de bestuurders legt uit dat deze generatie erg hecht aan een eigen woon- en leefstijl;

‘zo heb ik geleefd en zo wil ik oud worden’ is hun adagium.

Het is een gemêleerd gezelschap. Keuzevrijheid is voor hen belangrijk. De nieuwe zorg consument zal het voor het zeggen krijgen, zo verwachten bestuurders. Straks is een derde van onze samenleving 65 jaar en ouder. Zij gaan voor een belangrijk deel ook de politieke kleur in ons land bepalen, zo legt een bestuurder uit.

3^e geldstromen, persoonlijke eigen bijdragen in de zorg zullen alleen maar gaan toenemen, zo stellen meerdere bestuurders. In de huidige situatie moet men soms al 2000 euro per maand aan eigen bijdrage betalen voor het verblijf in een zorginstelling. Men overweegt dan bijvoorbeeld luxer te gaan wonen én zorg in te kopen, die beter aansluit bij hun persoonlijke behoefte, aldus een bestuurder. Echter als je als kleine, lokale instelling een goede naam hebt, blijven cliënten geïnteresseerd in jouw instelling, zo denkt een bestuurder. Los van de huidige afname van indicaties met verblijf, blijft de behoefte bij ouderen bestaan naar wonen in een veilige setting, waar men regelmatig prikkels ontvangt van mensen uit de omgeving en een gemeenschappelijke ontmoetingsruimte beschikbaar is, zo merkt een bestuurder. Hij speelt hierop in door intramurale appartementen te verhuren. Meerdere bestuurders verwachten dat vanaf 2020 de vraag naar geïndiceerde zorg met verblijf weer zal gaan stijgen op basis van demografische gegevens, mits de dementiepijl nog niet is uitgevonden. Er komen meer zorgvragende ouderen en familie & burens krijgen het op een bepaald moment niet meer voor elkaar om voor de, nog thuiswonende oudere, te blijven zorgen. Een bestuurder zegt hierover:

“Ik denk dat de cliënt die 24 uur zorg met verblijf nodig heeft, in de toekomst niet veel meer te kiezen heeft, gezien de beperkte capaciteit. Die zal op z’n blote knieën danken als er eindelijk een intramurale plaats beschikbaar is. Die cliënt zal ook dan niet zoveel durven te zeggen”, zo stelt een bestuurder.

Een bestuurder benoemt nog een ander verschijnsel dat in de toekomst onder de babyboomgeneratie, zich zou kunnen gaan voordoen. Hij denkt namelijk dat toekomstige ouderen met dementie problematiek eerder zullen zeggen; *‘Dit vind ik onverenigbaar met het leven’*. De bestuurder verwacht dat men dit in de toekomst minder gaat accepteren en de vraag om euthanasie zal gaan toenemen.

5. Onderhandelingsmacht van producenten / leveranciers in de ouderenzorg

5.a. Een van de belangrijkste ‘leveranciers’ zijn de medewerkers.

Meerdere bestuurders geven aan, de analyse vanuit de documenten wat betreft het op termijn moeilijk kunnen aantrekken van zorgpersoneel, niet te delen. Men heeft deze dreiging in de afgelopen decennia al zo vaak geroepen. Terugkijkend zijn er eigenlijk nooit echte grote arbeidsmarktproblemen geweest. Zeker nu minder indicaties worden afgegeven en we te maken hebben met hoge werkloosheid, verwacht men zeker op korte- en middellange termijn geen tekorten. In een stedelijke omgeving is het soms wat lastiger dan op het platteland, zo erkennen meerdere bestuurders. Een paar bestuurders geven aan dat op de langere termijn misschien wel een kwalitatief probleem kan ontstaan.

Bestuurders van kleine organisaties zien eigenlijk meer voordelen dan nadelen op het gebied van werven van personeel ten opzichte van grote organisaties. Net als dat je binnen de instelling als bestuur en management dicht bij de cliënten staat, sta je ook dicht bij de medewerkers. In een kleine overzichtelijke organisatie wordt naar je geluisterd en kan je je ei kwijt, zo leggen meerdere bestuurders uit. Heel simpel. Dat moet je koesteren en verder ontwikkelen. Je kan je hierop sterker

profileren als kleine instelling. Dit geldt ook juist voor instellingen die werken vanuit een specifiek christelijke identiteit, daar waar in de regio de identiteit nog niet is verdwenen. Sommige bestuurders denken dat grote instellingen meer mogelijkheden hebben tot het aantrekken van nieuw personeel (vakantiecheques aanbieden bijvoorbeeld) omdat ze een groter PR budget hebben. Wat ook een rol speelt in de overweging van medewerkers, aldus bestuurders, is op welke manier er binnen grote instellingen in de omgeving wordt gewerkt. De meeste medewerkers vinden het fijn om op een vaste locatie te werken (en bewoners om vaste gezichten te zien). Als een grote organisatie hieraan tegemoet komt, hoeft het geen verschil te maken waar je werkt. Als tip wordt door een van de bestuurders aangegeven dat we misschien wel het lef moeten hebben om in de toekomst soms een lager gekwalificeerde medewerker in te zetten en zelf op te leiden tot gewenst niveau.

5.b. Onderhandelingsmacht van leveranciers, de banken

Uit de documentenanalyse blijkt dat het aantrekken van kapitaal bij banken (leveranciers) voor nieuw vastgoed in de zorg wordt belemmerd. Meerdere bestuurders geven aan dat ze merken dat banken en het Waarborgfonds voor de Zorg meer zekerheid willen ten aanzien van financiering van instellingen. Zorgorganisaties zijn niet meer een ‘zeker’ bedrijf, instellingen kunnen omvallen, zo is gebleken. Zorgkantoren zouden met vaste contracten voor drie jaar moeten gaan werken maar dan nog, voor drie jaar zekerheid kan je geen gebouw voor 30 jaar neerzetten, zo legt een bestuurder uit. Alle bestuurders noemen dat vastgoed voor kleine organisaties bij uitstek een kwetsbaar item is; grote instellingen kunnen besluiten om een locatie te sluiten of te krimpen. Kleine organisaties kunnen niets sluiten omdat ze meestal maar één locatie hebben. Dan staat meteen de bestaansgrond op het spel. Een hoog eigen vermogen en een meerjarig inkomsten perspectief zouden kunnen helpen. Ook geven meerdere bestuurders aan dat naast de financiële positie van de instelling door banken ook nadrukkelijk wordt gekeken hoe gezond de organisatie en het management is. Ook speelt mee of men een goede relatie heeft met de lokale bank, aldus een van de bestuurders.

Meerdere bestuurders geven aan dat banken bij een investeringsaanvraag voor nieuw of bestaand vastgoed van instellingen vragen of men kan aantonen dat men de eerste 10 jaar ‘de badkuip’, veroorzaakt door rente en aflossing, kan opvangen. Instellingen moeten daarom meer denken vanuit de positie van banken aldus een bestuurder. Kan het vastgoed door beleggers worden overgenomen, mochten al die mooie intramurale bestemmingen vervallen? Dus investeer in ‘gewone woningbouw’ en zet die rendabel op, zo legt een bestuurder uit. Meerdere zorgaanbieders zien het niet verkrijgen van financiering als een bedreiging voor de toekomst daar het zeer van belang is dat de huisvesting van de instelling een interessante optie blijft voor toekomstige, meer kritische bewoners. Ook banken laten zich imponeren door ‘groot’ maar er wordt ook door een bestuurder aangegeven dat heel groot (omvang, complexiteit en soms weinig transparantie) soms door banken ook als risicovol kan worden beoordeeld. Bij kleine organisaties is de business case wel overzichtelijker.

“Wij hebben een huurovereenkomst tot 2025 met Vestia voor een forse huurprijs. Vestia wil het vastgoed wel aan ons verkopen. Er is een voorlopig koopcontract overeengekomen. In een business case is alles doorgerekend. Daarmee zijn we naar het Wfz en verschillende banken geweest. Het lukt niet daar men het risico voor een kleine zorginstelling te groot vindt. Als we in een koepel zouden zitten dan was het wel gelukt, aldus Vestia. Het gaat om een bedrag van € 3,9 miljoen, zelf hebben we er al 7 ton in geïnvesteerd. We hebben een eigen vermogen van ruim een miljoen”, aldus een bestuurder.

Een bestuurder stelt dat instellingen die hun vastgoed niet voor 2010 gerenoveerd of verbouwd hebben, het op dit gebied heel lastig gaan krijgen. Bestuurders zullen vanwege de afbouw van intramurale indicaties, iets nieuws moeten creëren dat een redelijk verdienmodel heeft. Want hoe kan met verminderd budget het vastgoed worden beheerd, zo vraagt een bestuurder zich af.

5.2.3. Interne positie kleine organisatie, resource based strategy

Deelvraag: Wat zijn interne hulpbronnen en kerncompetenties (zoals beschreven in de resource based strategy) die specifiek gelden voor kleine instellingen om competitief voordeel te bereiken in de bedrijfstak volgens bestuurders ?

Competenties

Zonder basiscompetenties kunnen zorgorganisaties niet starten of overleven in de bedrijfstak. Het betreffen eigenschappen die alle organisaties moeten hebben ongeacht of deze groot of klein is. Als je bepaalde producten die gebruikelijk in de bedrijfstak worden geleverd, niet levert als kleine instelling dien je daarover duidelijk te communiceren aldus een bestuurder. Je kunt dan denken aan het al dan niet leveren van bijvoorbeeld thuiszorg, verpleeghuiszorg of het kunnen toepassen van de Wet bijzondere opname psychiatrische zorg (Bopz).

Alle specifiek christelijke instellingen hebben een eigen geestelijk verzorger in dienst voor een aantal uur per week zo bleek uit de interviews met de bestuurders van deze instellingen. Dit kan mogelijk gezien worden als een basiscompetentie voor instellingen met een christelijk profiel.

Een bestuurder schetst een beeld over kwaliteit in ouderenzorg;

“Als je kijkt naar de kern van ouderenzorg dan gebeurt het in het kleine, tussen de medewerker en de bewoner. Dáár wordt de door de cliënt ervaren kwaliteit geleverd. Voegt een grote organisatie daaraan nu daadwerkelijk iets extra's toe?,” zo vraagt de bestuurder zich af.

Diverse bestuurders hebben zowel in grote als in kleine organisaties gewerkt. Eén bestuurder werkte met dezelfde betrokkenheid en passie in zowel een grote als een kleine instelling, dat is heel persoonlijk. Ze geeft aan dat binnen grote organisaties de zorg net zo goed kan zijn als in kleine instellingen. Behalve wanneer veel zorggeld naar een bedrijfsbureau, naar overhead gaat, kunnen minder zorgmedewerkers worden ingezet.

Kerncompetenties

Aan de hand van de beschreven kenmerken in de theorie worden hieronder de mogelijke kerncompetenties voor kleine organisaties beschreven.

- *Is er een adequate focus op de behoefte van de cliënt?*

In kleine organisaties staan zowel medewerkers als bestuurders vaak dichtbij de cliënt en dus ook bij de eigen cultuur. Alle bestuurders geven aan dat men hierdoor gemakkelijker in staat is heel goed te luisteren naar wat de cliënt wil en wat de contactpersoon wil als de cliënt het zelf niet meer duidelijk kan maken. Ouderen willen graag gekend en gezien worden, aldus een bestuurder. Kleine instellingen hebben hierin van nature een voorsprong. Bij grote instellingen kan de afstand tussen bijvoorbeeld de bestuurder en de cliënt, soms ongemerkt heel groot worden. In kleine instellingen is de bestuurder een duidelijk boegbeeld echter daarin zit ook een kwetsbaarheid, zo erkennen bestuurders. Bestuurders nemen een keer afscheid. Het is de vraag of er dan een passende opvolger te vinden is.

- *Uniciteit; is het gemakkelijk te kopiëren door concurrenten, zo ja hoe makkelijk?*

Meerdere bestuurders benoemen dat mensen die hun instelling bezoeken een andere, heel 'eigen' sfeer en cultuur ervaren in de kleine instelling. Er is sprake van een bepaalde warmte, liefde en saamhorigheid die moeilijk in woorden te omschrijven is. Voor kleine instellingen is het gemakkelijker het imago van de instelling te beïnvloeden of bij te stellen, aldus een bestuurder. De instellingen met een specifiek christelijke identiteit staan ook open voor niet christelijke cliënten. In die instellingen wordt veel ruimte en respect voor elkaar ervaren, zo geven die bestuurders aan. Een van de instellingen staat als enige instelling in een dorp; het is net een dorp, iedereen komt daar graag samen en er is een heel goede onderlinge sfeer en een hechte gemeenschap, aldus de bestuurder.

- *Flexibiliteit; kan de kerncompetentie gemakkelijk worden aangepast als de markt of bedrijfstak condities veranderen?*

Kleine organisaties kunnen snel schakelen en zijn meer wendbaar zo ervaren bestuurders die zowel in grote als in kleine organisaties hebben gewerkt. Kleine instellingen steken gemakkelijker en regelmatig 'de thermometer' in de organisatie (Hoe staan we er voor en waar moet worden bijgestuurd?). Men staat veelal dicht bij de cliënt en voelt daardoor behoeftes sneller aan, is de ervaring van bestuurders. Daardoor kan men zich doorgaans sneller aanpassen aan die behoefte van de cliënt. Op de exploitatie van financiën hebben kleine organisaties het makkelijker; er is niet veel geld nodig om 'het systeem' aan te sturen. Een aantal bestuurders hebben in grote én kleine instellingen gewerkt. Zij ervaren dat grote organisaties over het algemeen gesproken meer gericht zijn op het beheersen van de interne organisatie, de systemen, de financiën en het voeren van een uniform beleid. Hierdoor krijgen medewerkers op locaties soms weinig ruimte om adequaat in te spelen op en te voldoen aan de vraag van de bewoners. Een goed idee moet eerst langs diverse lagen en komt dan terug als een 13 in een dozijn oplossing, is de ervaring van een bestuurder. Veel grote zorgorganisaties moeten momenteel behoorlijk veel medewerkers ontslaan en de koers verleggen, dat is niet gemakkelijk, zo vinden bestuurders.

- *Waarde toevoeging; in welke omvang voegt het waarde toe aan de dienst?*

Bestuurders zien en horen regelmatig dat cliënten en hun familie de specifieke zorg & eigen sfeer in de kleine instellingen erg waarderen. Volgens meerdere bestuurders leveren kleine organisaties opvallend vaak specifieke meerwaarde doordat ze financieel en kwalitatief gezien een beter product leveren. Als wordt gevraagd om bewijs hiervoor antwoordt de bestuurder dat dit te zien is in de publieke jaardocumenten van instellingen op de site van Prismant. Een andere bestuurder vertelt dat vanuit de CQ index (het verplichte cliënttevredenheidsonderzoek in de zorg) mooie beelden naar voren komen zoals, dat er warme aandacht is, er korte lijnen zijn en men gekend en gehoord wordt. Meerdere bestuurders krijgen regelmatig te horen dat de omgeving hen waardeert en hun zorgcentrum bekend staat als een betrouwbare partner. Andere kleine instellingen onderscheiden zich door een sterke lokale verwevenheid, door allerlei leuke extraatjes te bieden zoals veel verschillende activiteiten, een klussenbus en bijvoorbeeld een aantrekkelijk gratis informatieblad, aldus een bestuurder. Een bestuurder van een christelijke instelling ervaart dat hun identiteit een duidelijk onderscheidende meerwaarde biedt en voorziet in een duidelijke behoefte van een groep ouderen. Het onderscheidende effect van de identiteit heeft een aantrekkingskracht voor cliënten en medewerkers maar voor sommigen ook een afstotingseffect, aldus de bestuurder. Vanuit de identiteit wordt ruimte gegeven aan existentiële vragen die ouderen in hun laatste levensfase vaak hebben.

“Het mijmeren over vroeger, heb ik het goed gedaan, naar mijn kinderen toe, wat is nou mijn geloof, waarom ben ik blij en zijn anderen verdrietig, of eenzaam?”

In onze kleine instelling is daar oog voor en mag dat er zijn en willen we daar bewust ruimte voor scheppen, aldus een bestuurder. Uit onderzoek in de omgeving van een christelijke instelling bleek dat er de komende jaren voldoende behoefte is aan identiteitsgebonden zorg.

- *Duurzaamheid; hoe lang kan deze superioriteit aanhouden?*

Zoals uit het profiel in de bijlage is op te maken bestaan de kleine instellingen gemiddeld 50 jaar.

Hulpbronnen

Zowel de financiële, als de fysieke en de ongrijpbare hulpbronnen zijn voor iedere instelling specifiek en dus verschillend. Het is goed om ze te kennen want ze kunnen wel sterk bepalend zijn voor de strategische positionering van een individuele instelling.

Menselijke hulpbronnen

Kleine instellingen hebben op sommige onderdelen in de bedrijfsvoering behoefte aan specifieke expertise en continuïteit zo vertellen bestuurders. Deze worden veelal buiten de instelling op uur of projectbasis ingekocht en betreffen veelal medische functies zoals een Specialist Ouderengeneeskunde, fysiotherapie, ergotherapie, logopedie, psycholoog, diëtiste. Daarnaast worden regelmatig diensten op gebied van HRM, de salarisadministratie, soms op strategisch gebied, ICT en financiële dienstverlening ingekocht. Op deze gebieden kan je als instelling zelf niet altijd zoveel kennis, ervaring of continuïteit in dienst hebben, aldus het merendeel van de bestuurders. Organisaties zijn in staat concrete afspraken te maken met deze functionarissen en ervaren hiervan specifieke meerwaarde, ondersteuning in de bedrijfsvoering, zo stellen meerdere bestuurders.

5.2.4. Welke kritieke succesfactoren kunnen bestuurders van kleine zorginstellingen benoemen?

Wat willen onze cliënten? (Je moet leveren wat cliënten willen kopen)

- In tijden van verandering is herijken nodig aldus bestuurders: Hoe blijf ik interessant voor bewoners en hun familie? Waarin onderscheidt onze organisatie zich? De kracht bij kleine organisaties zit in het creëren van kansen om die onderscheidende waarde veel meer op de kaart zetten.
- Als kleine organisatie staan de bestuurder, leidinggevend en medewerkers dichtbij het primaire proces, bij de cliënt, de core business. Men begrijpt allemaal nog waar men het voor doet. De bestuurder en het management zijn gemakkelijk aanspreekbaar, zichtbaar en benaderbaar voor cliënt en medewerker, aldus bestuurders.
- Als bestuurder weet je waar het over gaat, begrijp je wat er speelt. De betrokkenheid van de bestuurder richting cliënten en medewerkers is hoog en dat is wederzijds. Soms zitten bestuurders van grote organisaties wel heel hoog in de toren en weet men niet meer wat zorg is. Ik vind dat dat eigenlijk niet kan, maar dat is mijn norm, aldus een bestuurder.

Wat moet de kleine zorgorganisatie doen om de concurrentie te overleven?

- Wees trots op de eigen instelling en straal uit dat de organisatie er toe doet en het recht van bestaan heeft, juist ook naar buiten de eigen instelling. Zet de organisatie duidelijk in de etalage, ga niet denken dat jouw zorgcentrum minder is dan een grotere. Praat jezelf geen “Calimero effect” aan, zo wordt meerdere keren door de bestuurders genoemd.

- Alle bestuurders noemen als belangrijke eigenschap van kleine organisaties hun wendbaarheid, flexibiliteit en de snelheid waarmee kan worden ingespeeld op veranderingen. Omdat je klein bent kan je beter inspelen op ontwikkelingen en kan je cliënten, medewerkers (OR en CR) gemakkelijker meenemen in je beleid. Korte lijnen, alles onder één dak, een kleine organisatie vormt gemakkelijker een eenheid, aldus de bestuurders. Kleine organisaties hebben op dit punt een duidelijk concurrentievoordeel.
- Er is een negatief beeld in de samenleving over verzorgings- /verpleeghuizen zo geven bestuurders aan. Volgens bestuurders is het aan hen de taak om het échte verhaal te laten horen. Er gebeuren ongelooflijk mooie dingen in deze huizen en er wordt voorzien in een belangrijke behoefte van ouderen in onze samenleving. Het is van belang dat kleine instellingen zich in strategische discussies op een natuurlijke manier onderscheiden, zo vinden bestuurders.
- Wat betreft de exploitatiekosten van de organisatie hebben kleine organisaties het doorgaans makkelijker; je hebt niet veel geld nodig om 'het systeem' aan te sturen, aldus een bestuurder. Het beïnvloeden van je imago is gemakkelijker, je kunt je eigen sfeer scheppen, je weet precies wat er speelt. Eigenlijk win je het op alle terreinen als kleine aanbieder, aldus een bestuurder.

Hoofdstuk 6. Conclusie

Centraal in dit hoofdstuk staat de vergelijking en confrontatie van de verschillende empirische resultaten: vanuit de documentenanalyse, vanuit de interviews onder beslissers in de zorg en vanuit de interviews onder bestuurders van kleine zorgorganisaties. Per paragraaf worden op basis van de 3 modellen uit de theorie en de kritieke succesfactoren, overeenkomsten, verschillen en specifiek voor kleine instellingen geldende aandachtspunten beschreven vanuit de drie empirische onderzoeken. Dit hoofdstuk kan worden gezien als een ‘wrap up’, een recapitulatie over hoofdstuk 4 en 5 heen.

6.1. Samenvatting van de onderzoeksresultaten macro ontwikkelingen

Welke inzichten vanuit de documentenanalyse komen overeen met het onderzoek onder beslissers en bestuurders? Waarin blijkt verschil van inzicht tussen het documentenonderzoek, de interviews onder beslissers en bestuurders? Wat blijkt specifiek ten aanzien van kleine zorginstellingen?

6.1.1. Overeenkomsten ten aanzien van de PEST analyse vanuit documenten- en praktijkonderzoek

Uit de onderzoeken blijkt dat we ons bevinden in een grote verschuiving in het zorglandschap als gevolg van demografische ontwikkelingen, aangevoerd door de huidige economische ontwikkelingen in ons land. Er is een grote mate van consensus in Nederland ten aanzien van de noodzaak van bezuinigingen, blijkt uit de interviews. Met name de veranderende rol van de toekomstige zorgcliënt of consument is een nieuw maar bepalend element. De huidige 65 plusser is hoger opgeleid en heeft over het algemeen gesproken een behoorlijk pensioen opgebouwd en is daardoor minder kwetsbaar. De AOW is veelal een aanvulling op het pensioen in plaats van andersom. De generatie (babyboomers) nieuwe ouderen vormt een gemêleerd gezelschap met duidelijk eigen wensen en ideeën. Zij tonen een trend naar een grotere behoefte aan eigen regie en de wens tot keuzevrijheid. Deze groep mensen wil langer thuis blijven wonen en door technologische ontwikkelingen zal dit ook in toenemende mate mogelijk zijn, zo blijkt uit al de drie onderzoeken. Er komen meer ouderen en over het algemeen kunnen zij langer goed functioneren en zijn zij relatief minder vaak kwetsbaar. Uit de documentenanalyse blijkt echter ook in absolute zin gesproken, dat het aantal chronisch zieken, verminderd zelfredzame ouderen zal toenemen.

Om verschaalde ouderenzorg te voorkomen moeten alle burgers voorzorgsmaatregelen treffen; men zal meer privaat moeten investeren en het eigen netwerk moeten inzetten voor hun oude dag. De nieuwe oudere moet meer zelf betalen maar wil daarom ook meer zelf bepalen, zo blijkt uit de documentenanalyse én de interviews. In lijn met bovenstaande wordt door bestuurders en een beslisser een nadrukkelijke oproep gedaan aan VWS en de politiek om de nieuwe maatregelen ondersteunend te laten zijn aan bovengenoemde trends op macro niveau.

Vanwege het matige economische herstel zijn consumenten op dit moment (nog) gematigd in hun bestedingen zo blijkt uit documentenonderzoek.

Verzekeraars spelen een grote en bepalende rol in het selectief inkopen van de beste en goedkoopste zorg. Vanuit documentenonderzoek en interviews onder bestuurders blijkt dat risico's van zorgverzekeraars en zorgaanbieders onevenredig verdeeld zijn ten nadele van zorgaanbieders. De inzet van de nieuwe wet- en regelgeving is gericht op; decentralisatie van overheidstaken naar gemeenten, meer zorg naar de eerstelijns, van een verzorgingsstaat naar een participatiemaatschappij en niet langer zorgen vóór maar zorgen dát. Dat betekent een andere cultuur en dit vraagt een

mindshift van alle burgers. In onze geïndividualiseerde samenleving zijn burgers heel druk met zichzelf maar zullen zij meer voor ouderen moeten gaan doen.

6.1.2. Verschillen tussen documenten- en praktijkonderzoek met betrekking tot de PEST analyse

Iets wat in de praktijk al langer speelt en door bestuurders in toenemende mate belemmerend wordt ervaren is het steeds meer gefragmentariseerde en gepolariseerde politieke klimaat en de mate waarin instellingen daarvan afhankelijk zijn. Voor wat betreft zorg wordt nogal eens op incidenten politiek bedreven. Bestuurders verwachten verhalen in de media over schrijnende situaties van bijvoorbeeld ouderen die met een zzp 4 thuis moeten blijven wonen waardoor maatregelen die door de politiek te scherp zijn ingevoerd weer moeten worden bijgesteld. Voor wat betreft de verwachte tekorten op de arbeidsmarkt onder invloed van een kleiner wordende beroepsbevolking en een gelijktijdige toename van vergrijzing, zo blijkt uit de documentenanalyse, is de verwachting van beslissers en bestuurders hieraan tegenstrijdig. Zij blijken zich over het kwantitatieve arbeidsmarktvraagstuk weinig tot geen zorgen te maken. Men verwacht dat doordat de toekomstige oudere langer goed kan functioneren en men door technologische ontwikkelingen in de huis- tuin en keukensituatie meer mogelijkheden heeft, minder fysieke zorg nodig is. Mogelijk ontstaat wel een kwalitatief arbeidsprobleem rondom hoger opgeleide zorgmedewerkers. Zelf medewerkers opleiden van een lager niveau naar een gewenst niveau is één van de oplossingen die door zowel bestuurders als meerdere beslissers werd aangedragen.

Wat nog niet expliciet vanuit de documentenanalyse is waargenomen maar vanuit de ervaringen en verwachtingen onder beslissers en bestuurders wel sterk naar voren is gekomen, is de huidige regeldruk en verwachte toename van regels door de implementatie van de nieuwe wetten in de zorg. In het veld is een toenemende vraag naar meer vertrouwen en ruimte. Partijen lijken zich hiervan bewust maar zijn tot nog toe niet in staat geweest dit daadwerkelijk gestalte te geven.

Daaraan gelieerd ervaren bestuurders en beslissers dat instellingen tegen obstakels aanlopen bijvoorbeeld op het niveau van ruimtelijke ordening. Door vermindering van intramurale capaciteit worden nieuwe verdienmodellen bedacht. Het verhuren van leegstaande intramurale appartementen maakt dat bijvoorbeeld huisnummers en individuele meetapparatuur voor energie en warmte, per appartement nodig zijn. Hiervoor hebben zorgaanbieders gemeenten in de komende tijd hard nodig.

Een instantie die ook de nodige regeldruk met zich meebrengt is de Inspectie voor de Volksgezondheid, zo ervaren bestuurders en een beslissers. Hun visie en werkwijze is sterk medisch gericht zijn en hun beleid lijkt erop gericht dat chronisch zieke ouderen beter moeten worden. Dit kan voor cliënten belemmerend werken om zo 'gewoon' mogelijk oud te kunnen en mogen worden. Een belangrijke kans op macro economisch gebied, die tot op heden door zorgaanbieders nog niet is benut, is het voorzien in een behoefte van vele ouderen in een particuliere markt op het gebied van zorg en wonen, aldus ActiZ. Zorginstellingen lijken in een gesloten wereld te leven. Echter, veel sectoren buiten de zorg om hebben die ouderen iets te bieden, op gebied van vastgoed en technologie. De wereld van ouderen gaat open en daar kunnen zorginstellingen goed op inspelen omdat zij de klant van de toekomst kennen.

6.1.3. Specifiek is genoemd wat betreft kleine zorgorganisaties & macro ontwikkelingen

Kleine instellingen die zich nog niet voorbereid hebben op de transitie en alleen het lichte zzp segment bedienen, gaan een groter financieel risico lopen. Kleine instellingen blijken doorgaans meer lage zzp's te hebben. Daarom is de financiële impact van de hervormingen op kleine organisaties onevenredig groot, zo blijkt uit de documentenanalyse en de interviews. Voor kleine organisaties is het lastiger om alles rond wet- en regelgeving te volgen, denken beslissers.

6.2. Samenvatting vijfkrachtenveld Porter

6.2.1. Overeenkomsten vijfkrachtenveld van Porter vanuit de drie onderzoeken

Vanuit de analyses van het vijfkrachtenveld van Porter is op hoofdlijnen het volgende gebleken: Door de strengere toelatingseisen voor zorg met verblijf, doordat gegarandeerde omzet niet meer vanzelfsprekend is en cliënten gaan kiezen, verwacht men meer concurrentie in de bedrijfstak, zo blijkt uit de documentenanalyse en de interviews. Daarentegen worden geen nieuwe toetreders op de traditionele intramurale markt verwacht. De kwaliteit van zorgvastgoed zal in de komende jaren in toenemende mate van invloed zijn op de concurrentiepositie van instellingen en is momenteel (vanwege de positie van zorginstellingen op de geldmarkt) bijna niet meer beïnvloedbaar zo blijkt uit de documentenanalyse en ervaringen in de praktijk. Ongelijk verdeelde risico's tussen zorgkantoren en zorginstellingen, de huidige transitie en de daarmee gepaard gaande onzekerheden én het feit dat zorginstellingen failliet kunnen gaan, maakt dat banken de zorgsector als risicovol zijn gaan zien waardoor investeringen door zorgaanbieders voor de lange termijn uitblijven. Verpleeghuizen van 180 bedden zijn niet meer van deze tijd omdat ze niet langer aansluiten op de behoefte van de nieuwe consument. Het aantal zelfstandige zorgstichtingen in de AWBZ zal minder worden, zo verwachten beslissers en bestuurders. Echter het aantal locaties voor ouderenzorg met verblijf zal toenemen, zo verwacht men. Hogere eigen bijdragen in de collectieve zorg én pakketversmalling dragen ertoe bij dat ouderen en hun kinderen vaker particuliere initiatieven overwegen, die voor een steeds grotere groep ouderen betaalbaar wordt. Voor de nieuwe zorgconsument van de babyboomgeneratie, is keuzevrijheid van belang. Vraaggericht zorg leveren, flexibel aan te passen aan de wens van de cliënt is van doorslaggevend belang, zo blijkt uit alle onderzoeken. Tevens verwacht men substituten bijvoorbeeld ouderen die zichzelf gaan organiseren en gezamenlijk zorg en welzijn gaan inkopen. De nieuwe oudere wil graag dichtbij zijn of haar eigen omgeving blijven wonen. Alle onderzoeken tonen aan dat de onderhandelingsmacht van de zorgconsument in de komende jaren gaat toenemen. Wel blijkt men gevarieerd te denken over hoe snel en intens deze ontwikkeling zal plaats vinden.

Uit alle drie de onderzoeken blijkt dat in de Wlz door schaarste van het aanbod, de keuzevrijheid en de onderhandelingsmacht van de cliënt in toenemende mate onder druk kan komen te staan. Toch zal ook daar de mondiger cliënt zijn intrede doen en daarmee mogelijk de inspraak richting de zorgaanbieder toenemen, zo verwacht men.

Keuzevrijheid van de cliënt voor het zelf kunnen kiezen van een zorgaanbieder is erg belangrijk daar langdurige zorg een ervaringsgoed is en de cliënt hiervan in zijn dagelijks functioneren afhankelijk is. Vanuit de praktijk blijkt dat als de cliënt eenmaal in een intramurale zorgorganisatie is opgenomen,

er doorgaans niet meer wordt gewisseld van zorgaanbieder, ook al kon men niet worden opgenomen bij de preferente aanbieder. Als men eenmaal ergens woont zeggen ouderen doorgaans: “Ik heb nog maar een paar jaar, laat me hier maar blijven”.

Medewerkers vormen een belangrijke ‘leverancier’ voor zorgorganisaties; zij hebben de positie om doorslaggevende meerwaarde voor de cliënt te leveren. De situatie op de arbeidsmarkt waar sprake is van hoge werkloosheid, is voor het aantrekken van goed gekwalificeerd zorgpersoneel een positieve ontwikkeling voor zorgorganisaties. Alle onderzoeken tonen aan dat de invoering van arbeidsbesparende innovaties en technologie, zorgorganisaties een concurrentievoordeel kunnen geven.

6.2.2. Verschillen in het vijfkrachtenveld van Porter vanuit de drie onderzoeken

Wat betreft de onderhandelingsmacht van zorgkantoren en zorgverzekeraars komt uit de onderzoeken een zeer uiteenlopend beeld naar voren. Uit de documenten en ervaringen van bestuurders blijkt dat zorgkantoren en zorgverzekeraars kritischer zijn gaan inkopen, druk op prijzen en budgetten uitoefenen en hogere eisen stellen aan de producten. Zorgkantoren hebben in de huidige situatie veel macht en weinig tegenmacht als het gaat om het al dan niet contracteren van instellingen, zo blijkt uit documentenonderzoek. Ook de meerderheid van de bestuurders verwacht dat de onderhandelingsmacht van zorgkantoren, zorgverzekeraars en gemeenten op korte termijn verder gaat toenemen. Het beleid houdt weinig tot geen rekening met de keuzevrijheid van de cliënt, zo blijkt uit documenten en ervaringen van bestuurders. Zorgkantoren bepalen naar welke instelling geld gaat en naar welke niet. Menzis Zorgkantoor en ZN leggen uit dat zij geen keuzevrijheid, maar keuzemogelijkheid voorstaan. De cliënt heeft genoeg keuze door naast Zorg In Natura (ZIN) te kunnen kiezen voor een Volledig Pakket Thuis (VPT) of een Persoons Gebonden Budget (PGB). Volgens de meerderheid van de bestuurders moet de cliënt (of diens gemandateerde contactpersoon) ook bij ZIN zelf de regie houden over de keuze bij welke zorgaanbieder zorg wordt ingekocht. Daarbij wordt wel een aanvullende eigen bijdrage van cliënt zelf en familie verwacht (zowel financieel als in tijd). Zorgbestuurders vragen zich af of het zorgkantoor de zorg inkoopt die de cliënt wil, daar kleine instellingen vaak wachtlijsten hebben en grote instellingen leegstand kennen, zo is hun waarneming. Cliëntvolgende financiering zou het ZIN systeem verbeteren, aldus een groot deel van de bestuurders en de beslisser van ActiZ. Wanneer zorgaanbieders geen rechtstreeks contract met het zorgkantoor kunnen sluiten kan men onderaannemerschap aangaan met een hoofdaannemer. Echter dan krijgt de hoofdaannemer maar 80% van het gecontracteerde tarief en rekent deze daaroverheen nog een fee voor de onderaannemer. Een bestuurder noemt dit een perverse prikkel die marktwerking verstoort.

Het effect van de op korte termijn toenemende macht van zorginkopers zou kunnen zijn dat zorgaanbieders zich gaan clusteren om gezamenlijk een tegenmacht te vormen. Beslissers verschillen sterk van mening over de onderhandelingsmacht van zorgkantoren. Zorgkantoor Menzis wil liever niet over macht spreken en verwacht, samen met VWS, dat die positie van beïnvloeding de komende jaren ongeveer gelijk blijft. VWS legt uit dat pas als de macht van zorgkantoren minder wordt (door bijvoorbeeld cliëntvolgende financiering) de onderhandelingsmacht van de intramurale cliënt kan gaan toenemen. Dit zien zij de komende vijf jaar nog niet gebeuren. Volgens ActiZ gaat de macht van zorgkantoren in de toekomst absoluut sterk afnemen onder invloed van de nieuwe zorgconsument. ActiZ verwacht dat op den duur de zorginkoopfunctie bij gemeenten en zorgverzekeraars zelfs geheel gaat verdwijnen. De WMO wordt een inkomens-armenwet.

De zorginkooprol wordt overgenomen door de cliënt zelf of verenigingen van cliënten in allerlei vormen. Er komt cliënt volgende financiering omdat de toekomstige zorgconsument het grootste deel zelf gaat betalen, en dan ook zelf wil bepalen, aldus ActiZ. Zorginstellingen moeten minder bang zijn voor zorgkantoren en meer gebruik maken van hun macht door individuele cliëntsituaties onder de aandacht van het zorgkantoor, politiek en de media te brengen.

Ook ZN verwacht dat de onderhandelingsmacht van zorgkantoren zal afnemen. Het zorgkantoor was tot voor kort bijna de enige financier van intramurale ouderenzorginstellingen. Met de opkomst van de private markt en diverse cliënteninitiatieven zijn er alternatieve financieringsmogelijkheden ten opzichte van het zorgkantoor. Het zorgkantoor verliest hiermee min of meer zijn monopoly positie.

6.2.3. Specifiek voor kleine organisaties geldt vanuit het vijfkrachtenmodel van Porter

Volgens meerdere bestuurders zullen veel zorgkantoren meegaan in die grote stroom die denkt dat de zorg bij grote instellingen efficiënter en beter is. Ook banken, financiers van zorgvastgoed, gaan liever voor groot. Uit alle drie de onderzoeken blijkt dat kleine zorginstellingen met een investeringsvraag, door banken in een hoger risicoprofiel worden ingeschat dan grotere instellingen. Door het hoger geschatte risico zal men, als men al tot financiering wil overgaan, hogere rentes vragen. Kleine instellingen hebben minder mogelijkheden om te differentiëren in hun vastgoed. Bestuurders verwachten dat kleinere zorgorganisaties het moeilijker gaan krijgen wat betreft het inkopen van zorgproductieafspraken dan grote organisaties. Als kleine aanbieder ben je overgeleverd aan de goodwill van zorgverzekeraars en gemeenten, zo ervaren meerdere bestuurders. Sommige bestuurders van kleine instellingen ervaren de toename van rivaliteit doordat grote organisaties weer belangstelling voor hen tonen. Beide ontwikkelingen maken dat bestuurders van kleine instellingen mogelijk gaan zoeken naar onderlinge samenwerking. Bestuurders van kleine organisaties ervaren een voordeel bij het aantrekken van nieuw zorgpersoneel. Zij waarderen veelal ook de kleinschaligheid, het gekend en gezien worden, de korte lijnen, vergelijkbaar met de cliënt.

6.3. Samenvatting onderzoeksresultaten met betrekking tot de resource based strategy

6.3.1. Overeenkomsten vanuit de drie onderzoeken met betrekking tot kleine organisaties

Zowel documentenonderzoek (Gupta rapport, 2010) als bestuurders bevestigen dat schaalvoordelen in de kern van het werk van ouderenzorg niet groot zijn. Ouderenzorg draait om individuele interactie tussen zorgverlener en cliënt intramuraal of thuis. Daar waar synergie mogelijk is, is deze nog niet verwezenlijkt. Dit blijkt uit het gegeven dat kleine VVT organisaties in financieel opzicht beter presteren (Gupta, 2010). Ook uit cliënt- en medewerkers tevredenheidsonderzoek blijkt dat kleine intramurale ouderenzorginstellingen gemiddeld beter presteren (ActiZ, 2013). Kleine instellingen kunnen gemakkelijker goede financiële resultaten halen in normale marktomstandigheden. Toch blijkt uit alle onderzoeken dat kleine instellingen meer kwetsbaar zijn, doordat zij deze goede financiële resultaten eenvoudigweg weer verliezen wanneer de marktomstandigheden moeilijk zijn. Nog een aspect waarin kleine organisaties zowel een voordeel

als een nadeel ervaren, is op het gebied van de bestuurder zelf. Bestuurders van kleine organisaties fungeren veelal als een helder boegbeeld dat voor de integratie en samenbindende werking positief werkt. Echter bestuurders nemen een keer afscheid en het is misschien niet zo gemakkelijk om daarvoor nieuwe invulling te vinden, zo wordt genoemd door sommige beslissers en bestuurders. Uit alle onderzoeken blijkt dat in tijden van transitie herijking nodig is. Bij het opnieuw bepalen van de norm geldt dat hoe flexibeler zorgaanbieders zijn in de aanpassing van hun producten en diensten aan de behoefte van de cliënt, des te groter de kans is dat klanten voor hen kiezen. Organisaties dienen een duidelijk eigen profiel te hebben, zich te richten op een specifieke doelgroep en een verbinding met de lokale gemeenschap te realiseren.

Indien organisaties kerncompetenties bezitten, leveren deze organisaties bovengemiddelde prestaties. Als kenmerken van kerncompetenties worden de volgende begrippen genoemd; adequate focus op behoefte van de cliënt, uniciteit, flexibiliteit, waarde toevoeging en duurzaamheid. In alle onderzoeken worden deze kenmerken genoemd als zijnde eenvoudiger bereikbaar voor kleine organisaties. Kennelijk zijn kleine organisaties gemakkelijker in staat om aan deze begrippen invulling te geven in de praktijk. Een reden hiervoor kan zijn dat ze dichtbij de cliënt staan, hun behoeften kennen en daarop snel kunnen inspelen. Dit is op te maken uit onderzoek onder beslissers en bestuurders.

6.3.2. Verschil in inzichten vanuit de drie onderzoeken wat betreft de interne organisatie van kleine zorginstellingen

Uit het onderzoek onder beslissers met Menzis Zorgkantoor is op te maken dat zij voorkeur lijken te hebben voor het werken met grote instellingen. Dit is ook de ervaring van bestuurders. Het zorgkantoor ervaart in de extramurale zorg een hogere workload door kleine aanbieders, omdat deze aanbieders de administratieve organisatie vaak niet goed op orde hebben. Menzis Zorgkantoor vindt het belangrijk dat kleine aanbieders voor hetzelfde budget meer cliënten kunnen helpen (kosteneffectief kunnen werken). Kleine instellingen imponeren minder bij zorgkantoren en financiële instellingen, zo blijkt uit de onderzoeken. Een schaalnadeel is dat klein minder invloedrijk kan zijn. Kleine instellingen kunnen dit ondervangen door samen te werken op het gebied van bijvoorbeeld inkoop van materialen en productieafspraken.

Met name beslisser ActiZ noemt dat kleine organisaties hun eigen schaalnadelen dienen te onderkennen en te ondervangen en de schaalvoordelen dienen uit te nutten. Kleine instellingen hebben veelal niet alle benodigde expertise zelf in dienst. Met name op gebied van de Specialist Ouderengeneeskunde, diverse verpleegkundige specialisaties, als op gebied van strategisch management zullen kleine organisaties kennis moeten inkopen, zo stelt ActiZ. Wanneer je schaalnadelen goed weet op te vangen kan je net zo sterk staan als een grote organisatie, aldus ActiZ. Bestuurders erkennen dat zij met name op die gebieden waar specifieke deskundigheid en continuïteit nodig is, ervoor kiezen menselijke hulpbronnen extern in te kopen. De ervaring van bestuurders leert dat het extern inkopen van expertise veelal een meerwaarde oplevert voor de organisatie. Op deze wijze worden inzichten uit verschillende organisaties meegenomen.

Zorgverzekeraars Nederland denkt zelfs dat kleine instellingen zich sterker kunnen profileren ten opzichte van grote organisaties en daardoor een concurrentievoordeel hebben. Voor een grote aanbieder zal de omslag richting de nieuwe cliënt veel moeilijker zijn. De trigger van rivaliteit op de zorgmarkt zou juist wel eens vanuit de kleine instellingen kunnen komen. Het uitbreiden van producten, de wendbaarheid en flexibiliteit om zich aan te passen aan de wens van de cliënt, in een sterk veranderende omgeving zijn belangrijke voordelen voor kleine organisaties. Ook meerdere

bestuurders nemen waar dat kleine instellingen in de bedrijfsvoering op veel onderdelen voordelen hebben boven grote organisaties.

6.4. Samenvatting van de kritieke succesfactoren gericht op kleine zorgorganisaties, vanuit de drie onderzoeken

In het documentenonderzoek wordt een reactie gegeven door Gupta (2010) op Kamervragen aan staatsecretaris Bussemaker: het allerbelangrijkste is dat kwaliteit leidend wordt in de langdurige zorg. De sector moet afstand nemen van een bestuurscultuur gericht op groei door fusies. Denken vanuit de cliënt en de professional moet centraal staan. Efficiencywinst kan bereikt worden door uit te gaan van kwaliteit en niet van bedrijfsmatige sturingsconcepten zoals groei, taakopsplitsing enzovoorts (Parlis, 2010). Kortom, zo blijkt uit documentenanalyse én de interviews met betrekking tot kritieke succesfactoren; organisaties moeten dichtbij hun kernactiviteit blijven en zich richten op de kwaliteit daarvan en zichtbaar onderscheiden. Zorgorganisaties die hun aanbod heel goed afstemmen op de wensen van de cliënt en zodoende cliënten aan zich weten te binden, zullen overleven.

Hoofdstuk 7. Discussie en aanbevelingen

Het voorgaande hoofdstuk is een recapitulatie van de conclusies vanuit het documentenonderzoek en interviews met beslissers in de zorg en bestuurders van kleine zorginstellingen. In hoofdstuk 7 ligt de focus nadrukkelijk op wat de uitkomsten specifiek betekenen voor de strategische positionering van kleine intramurale ouderenzorginstellingen om daarmee de vraagstelling van dit onderzoek te beantwoorden: *“Wat leert ons de vergelijking en confrontatie van de analyseresultaten vanuit het documentenonderzoek, de interviews met beslissers in de zorg en bestuurders van kleine ouderenzorgorganisaties met betrekking tot de ontwikkelingen in de macro-omgeving, de externe en interne krachten die invloed hebben op de strategische positionering van kleine zorginstellingen?”* (paragraaf 7.1). In paragraaf 7.2. wordt ingegaan op de te bediscussiëren resultaten met betrekking tot de strategische positionering van ouderenzorginstellingen in het algemeen: klein en groot. In de afsluitende paragraaf reflecteert de onderzoeker op de reikwijdte van het onderzoek.

7.1. Bediscussiëren van de resultaten en wat hieruit voortvloeit voor kleine ouderenzorginstellingen

De eerlijkheid gebiedt te zeggen dat de onderzoeker voorafgaand aan het onderzoek enigszins vooringenomen was; uit het onderzoek zou waarschijnlijk gaan blijken dat beslissers en de politiek kleine zorginstellingen in het bijzonder zouden moeten steunen, misschien zelfs wel met subsidies. Ten tijde van het realiseren van deze thesis bleek uit de actualiteit dat Kamerlid Keijzer van het CDA een motie ingediend heeft om een toeslag voor kleine zorginstellingen te overwegen (Tweede Kamer, 20 februari 2014). De onderzoeker vraagt zich af, de onderzoeksresultaten tot zich nemende, of dit een structurele oplossing is die inhoudelijk bijdraagt aan de strategische positionering van kleine zorginstellingen. Veelal werkt dit soort maatregelen marktwerking verstorend én kleine instellingen zijn niet meelijwekkend of minder goed in staat om de toekomstige vraag van de cliënt te beantwoorden. Het tegenovergestelde is eerder het geval. Kleine instellingen kunnen juist fungeren als prototypes van hoe op goede en snelle wijze op de behoefte van de cliënt kan worden ingespeeld.

Meerwaarde van kleine zorginstellingen:

Wanneer de zorgconsument meer onderhandelingsmacht krijgt en meer zelf kan kiezen, lijkt dat in het voordeel voor kleine instellingen. Door de uitkomsten van het documentenonderzoek en de interviews is de onderzoeker ervan overtuigd geraakt dat kleine aanbieders vanuit de interne organisatie een sterke concurrentiepositie hebben; ze kunnen specifiek profiteren van hun wendbaarheid en flexibiliteit om zich aan te passen aan de verschillende behoeftes van de cliënt. Ze kunnen gemakkelijker specifieke meerwaarde leveren, mits ze gelijke kansen krijgen als grotere instellingen, om te ondernemen in de intramurale AWBZ zorgmarkt, de zorgverzekeringsmarkt en de Wmo-markt. Als dat geborgd wordt, zal het deel van de kleine zorgaanbieders dat zich strategisch onderscheidend positioneert, overleven. Daarmee hebben kleine aanbieders een eigen specifieke functie in de bedrijfstak, bieden ze kleur en diversiteit in het toch wat kleurloos geworden aanbod in de zorg door de vele fusies die in de afgelopen 10 – 15 jaar hebben plaats gevonden. Ze zijn in staat rivaliteit te triggeren in de bedrijfstak en daarmee beweging in de langdurige zorg te bewerkstelligen in het voordeel van de cliënt. Het zou, volgens de onderzoeker, een misstap zijn als over vijf jaar moet worden geconcludeerd dat kleine aanbieders, die veelal al lang bestaansrecht hebben, deze periode van transitie niet overleven door ongelijke kansen. In het belang van de cliënt dienen zowel

kleine als grote organisaties bestaansrecht te houden. Zowel grote als kleine zorgorganisaties geven kleur aan de bedrijfstak en houden elkaar scherp door concurrentie.

Aanbeveling voor bestuurders (1.):

Kleine zorgaanbieders moeten hun kans om op flexibele wijze onderscheidende meerwaarde te leveren aan de cliënt volledig benutten en hun eigen koers blijven varen. Doordat deze organisaties dichtbij hun kernactiviteit staan, zijn ze gemakkelijker in staat te voorzien in behoeften van kwetsbare ouderen.

Aanbeveling voor bestuurders (2.):

Kleine zorgorganisaties doen er goed aan hun specifieke meerwaarde als kleine instelling kenbaar te maken aan het grote publiek door meer en bewuster aandacht te schenken aan marketing en public relations. Ze zouden minder bescheiden mogen zijn en uitleggen aan de maatschappij op welke manier de organisatie in een belangrijke behoefte voorziet van kwetsbare ouderen.

Aanbeveling voor beslissers (1.):

Beslissers en politiek moeten een gelijk speelveld voor grote en kleine zorgaanbieders in de markt borgen. Belemmerende maatregelen zoals bijvoorbeeld dat slechts drie aanbieders in een regio worden aangesteld volgens het geld-volgt-klant principe of de mogelijkheid van onderaannemerschap voor een tarief van 80%, mogen niet meer worden opgenomen in het inkoopbeleid. Laten financiers bij hun zorginkoop vooral kijken naar de ervaren kwaliteit door cliënt en de wachtlijsten met wenswachtenden (waaruit de voorkeur van de cliënt blijkt). Dat moeten doorslaggevende items zijn bij de zorginkoop van zorgkantoren, zorgverzekeraars en gemeenten.

Macht van zorgaanbieders en cliënten ten opzichte van het zorgkantoor

Uit de drie onderzoeken in deze thesis blijkt dat de onderhandelingsmacht van zorgkantoren in de afgelopen jaren behoorlijk is toegenomen en de risico's in de zorgmarkt onevenredig zijn verdeeld. Bestuurders van kleine zorginstellingen beschouwen hun positie ten opzichte van het zorgkantoor veelal als onmachtig. De onderzoeker is zich door deze thesis meer bewust dat (kleine) zorginstellingen wél macht hebben richting het zorgkantoor door individuele cliëntsituaties, waarvoor maatregelen van het zorgkantoor beperkend werken, onder de aandacht te brengen. De cliënt zelf is veelal te kwetsbaar en onwetend om zijn of haar stem te laten horen. Zorginstellingen hebben het voordeel dat zij dicht bij de cliënt staan dan het zorgkantoor. Tot voor kort durfden bestuurders deze macht vaak niet in te zetten. De onderzoeker verwacht dat de bereidheid hiertoe onder zorgaanbieders gaat toenemen. Wanneer het zorgkantoor die roep van zorgaanbieders en hun cliënten negeert, zullen instellingen in de media en / of politiek aandacht vragen voor de situatie. Zorgkantoren en zorgverzekeraars komen liever niet op deze wijze in de media. De cliënt kan nog een andere onderhandelings tactiek inzetten, namelijk kiezen voor een polis bij een andere zorgverzekeraar.

Aanbeveling voor bestuurders (3.):

Zorgaanbieders kunnen hun macht richting het zorgkantoor en zorgverzekeraars versterken door individuele cliëntsituaties in beeld te brengen. Desgewenst kunnen media en politiek hierbij worden ingeschakeld om de bepalende invloed van het zorgkantoor nadrukkelijk onder de aandacht te brengen in de samenleving.

Onderhandelingsmacht van het zorgkantoor:

Vanuit de PEST analyse blijkt een duidelijke trend met betrekking tot de nieuwe zorgconsument die meer wil bepalen en wil kunnen kiezen uit een gevarieerd aanbod voor wat betreft wonen en zorg. De cliënt in de langdurige intramurale zorg ervaart de kwaliteit pas tijdens het interactieproces (als de dienst al is ingekocht). Keuzevrijheid in de langdurige zorg is erg belangrijk, omdat de cliënt in zijn dagelijks functioneren ervan afhankelijk is. Uit de drie onderzoeken blijkt dat cliënten met een indicatie voor verblijf in de Wlz in de toekomst naar verwachting nog minder zeggenschap gaan krijgen daar de beschikbare intramurale capaciteit significant afneemt. Als men een indicatie voor verblijf krijgt, mag men blij zijn dat er ergens een plaats beschikbaar is. Het invoeren van cliëntvolgende financiering in de Wlz zou de rol van de cliënt versterken en de eigen keuze ondersteunen in het voordeel van kleine zorgaanbieders, aldus de onderzoeker. Een indicatief budget van één intramurale cliënt met zzp 5 indicatie (inclusief behandeling), prijspeil 2013, is op jaarbasis € 67.000,-. Het gaat om grote geldbedragen en dus grote belangen. De onderhandelingsmacht van de zorgkantoren zou met de invoering van cliëntvolgende financiering kleiner worden en dat zou mogelijk een reden kunnen zijn waarom zij dit geen positieve ontwikkeling vinden.

Daarnaast lijkt er sprake van tegenstrijdigheid bij het zorgkantoor, omdat zij aan de ene kant in toenemende mate maatregelen nemen die de keuzevrijheid van cliënten beperken en aan de andere kant in hun interview stellen dat zorgaanbieders zich aantoonbaar moeten richten op de behoefte van de cliënt. Uit de documentenanalyse blijkt dat juist kleine instellingen gemiddeld gesproken beter scoren op cliënttevredenheid en zich dus aantoonbaar beter richten op de behoefte van de cliënt. Zorgkantoren stimuleren met name in hun extramurale inkoopbeleid actief op het werken met minder zorgaanbieders door diverse maatregelen in hun inkoopbeleid. Dit levert voor hen minder werklast op én men kan volumerisico's bij de grote zorgaanbieder neerleggen. In tegenstelling tot het streven van verzekeraars naar schaalvergroting, lijkt de behoefte van individuele zorgconsumenten/cliënten er juist één te zijn van kleinschaligheid, zorg dichtbij, geboden vanuit een laagdrempelige en aanspreekbare organisatie.

Aanbeveling voor beslissers (2.):

Laat nieuwe maatregelen van VWS ondersteunend zijn aan de trends in de macro omgeving, o.a. die van de zelfbewuste zorgconsument. De politiek en VWS zouden de huidige overmacht van zorgkantoren moeten inperken ten faveure van de cliënt en maatregelen die de macht van de cliënt nadrukkelijk ondersteunen moeten stimuleren.

Cliëntvolgende financiering (te operationaliseren met vouchers) zou hierbij kunnen helpen. Het bezwaar van verzekeraars hiertegen is echter dat dit kostenverhogend zou werken. Daarom is te overwegen of er een combinatie mogelijk is van cliëntvolgende financiering met een vorm van populatiebekostiging. Het contracteren van gezondheidsuitkomsten binnen een begreind budget is bij populatiebekostiging essentieel. Dit als alternatieve wijze van financiering waarbij cliënten die langdurig gebruik moeten maken van zorg wél kunnen kiezen voor een aanbieder van voorkeur bijvoorbeeld op basis van identiteit. Keuze uit zorgaanbieders werkt concurrentie- en marktwerking bevorderend. In een rapport van Plexus, 'Populatiebekostiging, waarom wat en hoe?' (2013) wordt genoemd dat het persoonsgebonden budget een mogelijkheid is binnen populatiebekostiging. Dit specifiek voor cliënten die bijvoorbeeld langdurig gebruik zullen maken van zorg thuis of in uitzonderingssituaties waar een collectief arrangement niet voldoet. Een verzekeraar of een gemeente kan separaat middelen beschikbaar houden in de vorm van cliëntgebonden budgetten.

Nader onderzoek zou gedaan kunnen worden naar een vorm van bekostiging die recht doet aan de keuzevrijheid van de cliënt, gericht is op kwaliteit en resultaat én binnen een beschikbaar gesteld budget blijft.

Versterken positie van kleine zorgaanbieders ten opzichte van financiers:

Een effect van de ervaren bedreiging van bestuurders van kleine zorginstellingen ten opzichte van financiers zou kunnen leiden tot clustering van kleine zorgaanbieders om gezamenlijk een tegenmacht te vormen. Dat kan op verschillende manieren, aldus bestuurders. Echter er schuilt een gevaar in het creëren van een samenwerkingsvorm, namelijk dat net als bij fusies, organisaties zich teveel richten op het goed organiseren van de samenwerking in plaats van op de kwaliteit van de zorg die aan de cliënt wordt geboden. De schaalvoordelen in de kern van het werk zijn immers niet zo groot. Het is vanwege de weinig invloedrijke positie van kleine instellingen ten opzichte van het zorgkantoor en de wens van het zorgkantoor om met minder aanbieders zaken te doen, dat kleine instellingen samenwerkingsvormen overwegen. Het is de vraag of het maatschappelijk gezien gewenst is dat zorgaanbieders zich noodgedwongen moeten richten op bedrijfsmatige sturingsconcepten om invloed te kunnen uitoefenen op zorgkantoren, in plaats van op hun kernactiviteit.

Aanbeveling voor bestuurders (4.):

Wanneer het in de praktijk nodig blijkt om een positie van beïnvloeding te versterken en mee te kunnen doen in aanbestedingen kunnen kleine zorginstellingen in een zorgkantoorregio passende samenwerkingsvormen creëren.

Diverse overige bevorderende en belemmerende factoren voor strategische positionering van kleine zorginstellingen:

- Kleine zorgaanbieders die zich niet tijdig hebben voorbereid op het afbouwen van lage zzp's gaan het financieel onevenredig moeilijk krijgen.
- Vanwege het feit dat kleine instellingen hun financiële voordeel sneller kunnen verliezen is het gerechtvaardigd dat kleine zorginstellingen hoge financiële ratio's probeerden te bewerkstelligen en in de huidige situatie proberen vast te houden. Dit daar zij hun financiële voordeel in moeilijker tijden onevenredig snel verliezen. Het creëren van een buffer is van doorslaggevend belang om duurzaam te overleven.
- Afhankelijk van hoe kleine zorginstellingen vanuit hun historie hebben kunnen anticiperen op het vernieuwen van hun vastgoed betekent dit een belemmerende, dan wel bevorderende factor. Wanneer men op dit moment nog nieuw vastgoed moet realiseren, wordt dit de komende jaren voor kleine instellingen een extra lastige opgave vanuit het oogpunt van financiering. Kleine zorgaanbieders met gedateerd vastgoed zullen moeite krijgen de nieuwe zorgconsument die kritischer is, binnen te krijgen. Wanneer een kleine zorgaanbieder eigentijds vastgoed heeft kan hij zich ten volle richten op de corebusiness en flexibel inspelen op de veranderingen.
- Om verschaalde ouderenzorg te voorkomen moeten burgers voorzorgsmaatregelen nemen. Alle burgers dienen zich voor te bereiden op hun oude dag. Er is een mindshift nodig in onze maatschappij waarin meer mantelzorg en vrijwilligers participeren in de zorg van ouderen. Professionele zorg gaat van zorgen voor, naar zorgen dát. We zullen meer voor onze ouderen moeten gaan doen zo blijkt uit alle onderzoeken. Kleine instellingen zijn doorgaans sterk verankerd in de lokale omgeving. Het zou goed kunnen dat kleine zorginstellingen mede hierdoor én door hun flexibiliteit en het dichtbij de cliënt staan, gemakkelijker in staat zijn burgers voor te bereiden op en te helpen bij deze mindshift.

7.2. Bediscussiëren van de resultaten en wat hieruit voortvloeit voor de strategische positionering van ouderen zorginstellingen in het algemeen: klein én groot

Politiek en zorg

Bestuurders maken zich zorgen over het steeds meer gefragmentariseerde en gepolariseerde politieke klimaat waarvan zorginstellingen afhankelijk zijn. Zij raden de politiek aan om niet te hoeven sturen op incidenten door vooraf goed onderbouwde praktijkonderzoeken uit te voeren die worden bekeken vanuit de door de cliënt ervaren kwaliteit van zorg. Dit geldt voor grote en kleine instellingen en helpt hen om hun organisaties beter te kunnen sturen. De politiek moet een duidelijke koers varen; het beleid in de langdurige zorg moet gericht zijn op kwaliteit voor de cliënt daar dit leidt tot doelmatigheid. Incidentpolitiek zal dan uitblijven.

Aanbeveling voor de beslissers politiek en VWS (3.):

Wacht met het verdergaand doorvoeren van het scheiden van wonen en zorg voor zorgzwaartepakket 4 totdat het scheiden van wonen en zorg voor wat betreft zzp 1 tm 3, breed maatschappelijk is geëvalueerd.

Regeldruk in de zorg

Ondanks dat er al heel lang door verschillende partijen wordt gezegd dat de regeldruk in de zorg moet afnemen, is dit nog niet gelukt. Juist nu er drie nieuwe, c.q. aangepaste zorgwetten worden ingevoerd, vrezen alle partijen een verdere toename aan regels. Dit geldt ook voor de Inspectie voor de Volksgezondheid die ook in toenemende mate regels oplegt en weinig tot geen regels laat vervallen. De hoeveelheid regels is in de huidige situatie al dermate groot dat van zorginstellingen niet verwacht kan worden dat ze in detail aan alle regels kunnen voldoen, laat staan wanneer de regeldruk nog verder toeneemt. Grote instellingen kunnen zich hier gemakkelijker tegen wapenen door een zogenaamde compliance officer aan te stellen. Kleine instellingen kunnen dit moeilijker opvangen. De vraag is echter, of we het als maatschappij gewenst vinden dat zorginstellingen speciale functionarissen moeten aanstellen om te bewaken of alle regels worden gevolgd. Zie hierover 'Alice in Zorgland' BrabantZorg (2010) <http://www.youtube.com/watch?v=8XuLCf13wvY> voor een beeld van het bureaucratische systeem dat in Nederland tot stand is gebracht. De vele regelgeving en controle daarop gaat ten koste van de direct beschikbare middelen voor de kernactiviteit van zorginstellingen.

Aanbeveling voor beslissers en politiek (4.):

Laat alle partijen nadrukkelijk en actief maatregelen nemen om regeldruk in de zorg te verminderen op basis van het principe "high trust, high penalty". Bijvoorbeeld; bij het bedenken van één nieuwe regel moeten minstens tien andere regels worden afgeschaft.

Toename keuze van cliënt voor PGB

Met het gevaar voor kostenoverschrijding als argument zegt het zorgkantoor, en met hen Zorgverzekeraars Nederland, dat zij er niet is om 'alle bloemen te laten bloeien'. Keuzemogelijkheid in plaats van keuzevrijheid zo is hun adagium. Het is maar zeer de vraag of keuzevrijheid voor de cliënt, tot hogere zorgkosten leidt als cliënten kiezen voor kwaliteit. Doelmatigheidswinst kan bereikt worden door kwaliteit leidend te laten zijn zo stelt het rapport van Gupta (2010). Dit is een onderwerp voor nader onderzoek. De verwachting van de onderzoeker is dat de enigszins aanmatigende houding van zorgverzekeraars in toenemende mate gaat botsen met de wensen van

de nieuwe zorgconsument. Deze zal hiertegen gaan ageren en / of alternatieven zoals PGB's gaan aanwenden. De onderzoeker verwacht daarom een grote toename van keuze van de cliënt voor een PGB omdat die meer ondersteunend is aan de eigen keuze van de zelfbewuste cliënt.

Aanbeveling voor bestuurders (5.):

Onderzoek als traditionele zorginstelling de mogelijkheid om zorg te kunnen bieden aan cliënten met een PGB, als nieuw verdienmodel.

Ruimtelijke ordeningsvraagstukken gemeenten

Zorgaanbieders hebben gemeenten nodig voor met name ruimtelijke ordening- en welzijnsvraagstukken. Ook die moeten ondersteunend zijn aan de wijzigingen in zorg land, zodat zorgaanbieders hun zorgvastgoed op andere wijze kunnen aanwenden en er geen kapitaalvernietiging van vastgoed waar behoefte aan is, plaatsvindt. Tevens is dit een mogelijkheid voor instellingen om middels een ander verdienmodel te kunnen blijven voortbestaan.

Aanbeveling aan gemeenten:

Maak het lokaal eenvoudig mogelijk dat zorgaanbieders bestaand intramuraal vastgoed kunnen ombuigen tot zelfstandig verhuurbare woningen.

7.3. Beperkingen van het onderzoek

Binnen praktijkgericht onderzoek prevaleert veelal validiteit boven generaliseerbaarheid. Dit onderzoek is in het bijzonder gericht op de strategische positionering van kleine ouderenzorgorganisaties in het huidige zorglandschap in Nederland. De uitkomsten zijn dus ook in eerste instantie relevant voor deze organisaties.

In dit onderzoek zijn kernachtige inzichten ontstaan ten aanzien van kleine zorgorganisaties en strategische positionering, die tevens interessant kunnen zijn voor de strategische positionering van andere organisaties.

De uitgewerkte PEST analyse (Campbell, 2006) en de analyse van het vijfkrachtenveld van Porter (Grant, 2008) zijn bijvoorbeeld voor een groot deel ook bruikbaar voor zowel (middel)grote zorgorganisaties alsook voor zorgorganisaties die zich richten op een specifieke doelgroep zoals ouderen met een visuele of auditieve beperking. Zo ook wat betreft de inzichten met betrekking tot het creëren van meerwaarde door zich te onderscheiden ten opzichte van andere organisaties. Ook in de interviews werd zowel door beslissers als door bestuurders met enige regelmaat genoemd dat wat ze antwoorden tevens van toepassing was op grote instellingen.

Verder blijkt uit paragraaf 7.2. dat er uitkomsten zijn die van toepassing zijn op de strategische positionering van zowel grote als kleine zorginstellingen.

Echter in alle gevallen, buiten ouderenzorginstellingen uit de onderzochte categorie, is voorzichtigheid van het gebruiken van de resultaten geboden. Dit onderzoek heeft niet de pretentie dat de uitkomsten één op één toepasbaar zijn in andere contexten, zoals bijvoorbeeld die van (middel)grote zorgorganisaties.

Discussies over de ideale grootte van organisaties wordt in meerdere sectoren gevoerd, met name ook in de semi publieke sector, zoals bijvoorbeeld het onderwijs. Ook voor die sector kunnen inzichten uit dit onderzoek deels bruikbaar zijn, echter in een hele andere context, namelijk die van de interactie tussen de professional en de leerling.

Bescheidenheid met betrekking tot de toepasbaarheid van het onderzoek is op zijn plaats; een groot deel van de bevindingen hebben een voorlopig en vooral ook tijdelijk karakter daar het huidige

zorglandschap aan vele op elkaar inspelende veranderingen onderhevig is. Daarnaast heeft dit onderzoek beperkingen als wordt gekeken naar de gekozen respondenten. Er zijn nog veel meer partijen van invloed op wet- en regelgeving in de zorg die niet geïnterviewd zijn. Ook bleek dat na zes interviews onder bestuurders er nog steeds geen totale verzadiging optrad. Bestuurders legden steeds andere accenten, maar tegelijkertijd werden andere inzichten keer op keer bevestigd.

Zoals eerder genoemd in deze thesis zou vanuit een strategische analyse idealiter een scenarioplanning moeten volgen en is meer integratie nodig van de macro, externe en interne krachten. Vanuit scenario's kan worden gevarieerd afhankelijk van de ontwikkelingen. Gezien het tijdsbestek waarin dit onderzoek moet plaats vinden zijn er in dit onderzoek geen scenario's opgenomen. Dit zou in een vervolgonderzoek kunnen plaats vinden.

Referenties:

- ABN AMRO (2013) *Nederlandse-economie-in-zicht, vooruitblik 2014-2015*. Amsterdam: ABN AMRO.
- ActiZ (2012) *Werk aan de winkel, achtergrondrapportage, Benchmark in de Zorg 2012*, in samenwerking met PWC. Utrecht: ActiZ.
- ActiZ (2013) *In Beweging, achtergrondrapportage, inzichten vanuit de Benchmark in de Zorg 2013*, in samenwerking met PWC. Utrecht: ActiZ.
- ActiZ (2012) *Van visie naar Actie, Strategisch Beleidsplan 2013-2015*. Utrecht, december 2012
- Berenschot (2014) *lijst sluiting verzorgingshuizen bekend*.
<http://www.berenschot.nl/actueel/nieuws/nieuws/nieuws-2014/lijst-sluiting-verzo>.
7 maart 2014.
- Boeije, H. (2005) *Analyseren kwalitatief onderzoek, Denken en doen*. Den Haag: Boom Lemna Uitgevers.
- Blank, J., Aelermans, C., Koot, P. & O. Putten (2008) *Schaal en Zorg. Een inventariserend onderzoek naar de relatie tussen schaal, bereikbaarheid, kwaliteit en doelmatigheid in de zorg*. Delft: TU Delft.
- BrabantZorg (2010) 'Alice in Zorgland' <http://www.youtube.com/watch?v=8XuLCf13wvY>, gevonden op 6 april 2014.
- Campbell, D., Stonehouse, G. & B. Houston (2010) *Business Strategy, an introduction, second edition*. Amsterdam: Elsevier Butterworth Heinemann.
- CAK (2013) *Eigen bijdrage Zorg met Verblijf*. Den Haag: CAK.
- CBS (2008) *De Nederlandse economie 2008*. Den Haag: Centraal Bureau voor de Statistiek.
- CBS (2012) *De Nederlandse samenleving 2012*. Den Haag: Centraal Bureau voor de Statistiek.
- Christiaans, M. (2012) *Gevolgen bezuinigingen regeerakkoord voor de zorg*. PinkRocade.
- CIBG (2013) *Toelichting aanvraag Nieuwe toelating zorginstellingen*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- CVZ (2014) *Uw zorg in een AWBZ instelling*. Diemen: College voor Zorgverzekeringen.
- Deloitte (2013) *Benchmark VVT instellingen 2012, Stichting Hervormde Wooncentra Ede*. Deloitte.
- Duin, C. van & L. Stoeldraijer (2012) CBS. *Bevolkingsprognose 2012 – 2060, Langer leven langer Werken*. Den Haag / Heerlen: Centraal Bureau voor de Statistiek.
- Ernst & Young (2012) *Onderzoekresultaten ICT Barometer over conjunctuur, bestedingen en ICT Indicator*. Amsterdam: Ernst & Young.
- Frissen, P., Koolen, R. & K. Schmitt (2013) *Skipr*. gevonden op 1 maart 2014, op <http://www.skipr.nl/skipr99/skipr-99-editie-2014-tool.html>
- Gevel, B. van de (2012) *Bouwstenen voor een toekomstbestendige zorg voor ouderen, Achtergrondstudie naar het financieel perspectief van de zorg voor ouderen*. Den Haag: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.
- Grant R. (2008) *Moderne strategische analyse*. Schoonhoven: Academic Service, Economie en Bedrijfskunde.
- Gunst, J. & G. de Looze, *Herinvoeren vermogenstoets AWBZ taai proces*. Reformatorisch Dagblad, 2 februari 2013.
- Houkes, A., Akker, I. & C. Berden (2010) *Kunnen kiezen in de AWBZ, SEO economisch onderzoek*. Amsterdam: in opdracht van het ministerie van Economische Zaken.
- KPMG Advisory N.V. (2013) *Populatiebekostiging: waarom, wat en hoe?* in samenwerking met Plexus.
- Lange, R., de, Schuman H. & N. Montesano Montessori (2011) *Praktijkgericht onderzoek voor reflectieve professionals*. Antwerpen/Apeldoorn: Garant.
- Leeuwen, S. van (2008) *Concurrentievoordeel door marketing flexibiliteit*. Zorgmarkt. nr. 1 januari 2008.
- Menzis (2013) *inkoopdocument, inkoop AWBZ zorg 2014 door Menzis voor de regio's Arnhem, Groningen, Twente*. Enschede: Menzis.

- Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport (2010) *registratie, privéklinieken, particuliere verpleeghuizen en particuliere verzorgingshuizen*. Den Haag: Centraal Informatiepunt Beroepen in de Gezondheidszorg.
- Mintzberg, H. (2004) *Mintzberg over management, de wereld van onze organisatie*. Amsterdam/Antwerpen: Business Contact.
- Nibud (2012) *Bestedingsmogelijkheden bij het scheiden van wonen en zorg. Een inventarisatie van de gevolgen voor de bestedingsmogelijkheden van ouderen met een minimuminkomen door scheiden van wonen en zorg*. Utrecht: Nibud.
- NZa (2012) *Advies Scheiden van Wonen en Zorg in de AWBZ, Extramuraliseren ZZP's*. Utrecht: NZa.
- NZa (2013) *van feiten naar focus, stand van zorgmarkten 2013*. Utrecht: NZa.
- RVZ (2012) *Redzaam ouder, zorg voor niet-redzame ouderen vraagt om voorzorg door iedereen*. Den Haag: Raad voor de Volksgezondheid & Zorg.
- RVZ (2010) *ruimte voor arbeidsbesparende innovaties in de zorg, door slimmer werken meer kwaliteit met minder mensen*. Den Haag: RVZ.
- RVZ (2006) *arbeidsmarkt en zorgvraag*. Den Haag: RVZ.
- ActiZ (2013) *AWBZ Zorgcontractering 2014, rapportage ActiZ onderzoek*. Utrecht: ActiZ.
- ING (2013) *ING economisch bureau, Visie op sectoren in 2014*. Amsterdam: ING.
- Scheer, W.K. van der (2013) *Onder zorgbestuurders, omgaan met bestuurlijke ambiguïteit in de zorg*. Amsterdam: Reed Business.
- SER (2012) *Naar een kwalitatief goede, toegankelijke en betaalbare zorg*. Den Haag: Sociaal-Economische Raad.
- Skipr (2012) *Transformatiescan tegen leegstand bestaande zorggebouwen*. Gevonden op 7 april 2014, op <http://www.skipr.nl/actueel/id10616-transformatiescan-tegen-leegstand-zorggebouwen.html>
- SRE (2011) *Samenwerkingsverband Regio Eindhoven, Zorg coöperatie Hoogeloon, zorgcoöperatieve ontwikkelingen Brabant 2011*. Gevonden op 8 maart 2014 op <file:///C:/Users/apoolen/Downloads/Beschrijving%20Hoogeloon%20def.pdf>
- Smits, P., Tubantia, *Ouderen kiezen vaker voor zorgvilla*. 28 september 2013.
- Tweede Kamer, vergaderjaar 2009 – 2010. Aangangsels Handelingen nr. 1564.
- Tweede Kamer, Verslag van algemeen overleg AWBZ, 9 maart 2010.
- Tweede Kamer, [file:///C:/Users/apoolen/Downloads/Motie van het lid Keijzer over het in stand houden van kleine zorginstellingen %20\(3\).pdf](file:///C:/Users/apoolen/Downloads/Motie%20van%20het%20lid%20Keijzer%20over%20het%20in%20stand%20houden%20van%20kleine%20zorginstellingen%20(3).pdf), gevonden op 4 april 2014
- Ven, G., van de, Westerbeek, A. & P. Andriessen (2013) *FWG Trendrapport, De zorg, terug naar de Tekentafel*. Utrecht: FWG.
- Vernet, *Personeelsperformance in perspectief*. Gevonden op 8 maart 2014 op <http://vernet.m13.mailplus.nl/archief/mailling-417841.html>
- VWS, Aanwijzing zorgkantoren 2009 – 2011, Kamerstuk, 11 november 2008
- Witter, Y. (2005) *Kangoeroewoningen springen eruit! Samen op jezelf wonen, blijftje of ééndagsvlieg?* Utrecht: Aedes-Arcades Kenniscentrum Wonen-Zorg.
- www.sociale.vraagstukken.nl. *Waarom zouden wijkteams beter en goedkoper zijn?* September 2013.
- Zorgvisie executive (2013) *Sluiting dreigt voor ruim 800 ouderenzorglocaties*. 2/6 donderdag 24 januari 2013.

Bijlage 1. Geïnterviewde beslissers en bestuurders

Geïnterviewde beslissers:



Namens ActiZ, brancheorganisatie voor zorgondernemers:

Prof. Dr. Guus van Montfort, voorzitter bestuur ActiZ

Foto: www.zorgspectrum.nl

Namens Menzis Zorgkantoor:

de heer H. Springer, Manager inkoop Langdurige Zorg

de heer H. Plattel, Contractmanager inkoop Langdurige Zorg



Namens het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn & Sport:

de heer R.M.A. Beukers, senior beleidsmedewerker,
Ministerie van VWS

Foto: <https://www.linkedin.com/pub/roland-beukers/12/56/31>



Namens Zorgverzekeraars Nederland:

mevrouw A. Bransen, beleidsadviseur Zorg

Foto: <https://www.linkedin.com/pub/angela-bransen/6/1a2/45b>

Korte profielschets van de onderzochte instellingen / bestuurders:

Drie van de zes geïnterviewde bestuurders werken bij een zorgorganisatie gebaseerd op een christelijke identiteit (alle cliënten zijn welkom, er wordt geen specifieke identiteit van cliënten gevraagd maar wel respect voor de uitgangspunten). De andere drie instellingen hebben een algemene identiteit met daarbij een onderscheidende verankering in het dorp of wijk.

1. Zorgcentrum Aalsmeer, Aalsmeer

Bestuurder: Jan Dreschler
Bestaansrecht: Sinds 1726 als wees- en bestedelingenhuis vanaf begin 60-er jaren als instelling in het kader van de Wet op de Bejaardenoorden, later AWBZ.
Doelgroep: Een duidelijke focus die afwijkt van de grote zorgaanbieders, maar niet qua zorgsoort. Wij bieden alles van thuiszorg tot aan de drempel van het verpleeghuis, maar wel in een beperkt gebied, namelijk Aalsmeer c.a.
Zorgkantoor: Amstelland en de Meerlanden
WachtlIJst: 50 (zzp 4 en hoger)
Strategieplan: Ja, niet voor 5 jaar, dat is in het huidige zorglandschap onmogelijk.

Motivatie om kleine instelling te besturen:

Vooraf persoonlijke voorkeur. Als voormalig verpleegkundige wil ik wel graag contact hebben met wat we doen en moet de afstand niet te groot zijn. Het varen van een eigen koers past ook wel in Aalsmeer, een wereld van ondernemers die zich niet zo gauw laten imponeren door grote bureaucratische bedrijven.

Kenmerk van Aalsmeer is: een dorp dat zaken doet met de hele wereld, maar verder met een sterke 'doe maar gewoon' mentaliteit. Kenmerk van onze organisatie is (kernwoorden uit de missie): plaatselijk, eigenwijs, goed in het gewone, dichtbij mensen.

2. De Koperhorst, Amersfoort

Bestuurder: Irene Vriens
Bestaansrecht: Sinds 1977
Doelgroep: Geen niche markt. Is sterk gericht op de wijk rondom de Koperhorst.
Zorgkantoor: Achmea / Agis
WachtlIJst: 29, zzp 4 en hoger
Strategieplan: Ja, tm 2014, een nieuwe wordt momenteel gemaakt.

Motivatie om kleine instelling te besturen:

Je weet nog waar je voor werkt, de uitdaging, als generalist mogen werken, snel kunnen schakelen en beslissen etc.

3. Het Maanderzand, Ede

Bestuurder: Maarten Fonk

Bestaansrecht: Sinds 1963

Doelgroep: Protestants Christelijke identiteit, dit vanuit een gereformeerde traditie. MZ heeft banden met de Beatrixkerk, met het Beatrixpark en staat vooral bekend om de kleinschaligheid van de organisatie in Ede en de regio.

Zorgkantoor: Menzis

WachtlIJst: 20, zzp 4 en hoger

Strategieplan: Is in de maak.

Motivatie om kleine instelling te besturen:

Wat mij motiveert zijn de mogelijkheden tot kleinschaligheid in denken en doen, met korte lijnen, met veel mogelijkheden tot echte verbinding met bewoners en met collega's. Met de mogelijkheden snel en adequaat in te spreken op wensen van bewonerszaken, cliënten en hun familie. Een kleine christelijke organisatie kan daarbij een vertrouwd kader bieden om daar mee bezig te zijn, om aan die vragen en aan dat geloof, vorm en inhoud te geven.

4. De Wittenberg, Haften

Bestuurder: Cor van der Craats

Bestaansrecht: Sinds 1966

Doelgroep: Protestants Christelijke uitgangspunten voor de zorgvisie.

Zorgkantoor: VGZ Nijmegen

WachtlIJst: 5, zzp 4 en hoger

Strategieplan: Er wordt aan nieuwe gewerkt.

Motivatie om kleine instelling te besturen:

De veelzijdigheid van de functie. Het werken op strategisch, tactisch en soms zelfs op operationeel niveau. De korte lijnen.

5. De Lange Wei, Hardinxveld-Giessendam

Bestuurder: Wil Markesteijn

Bestaansrecht: Sinds 1952

Doelgroep: Sterk lokaal verbonden met ouderen en mensen met functiebeperkingen. Wij streven ernaar dat u door en uit uw omgeving zoveel positieve energie put dat een gevoel van geluk ontstaat, wordt behouden dan wel verworven wordt.

Zorgkantoor: VGZ

WachtlIJst: 15, zzp 4 en hoger

Strategieplan: Tot en met 2015

Motivatie om kleine instelling te besturen:

In deze functie kan ik mijn capaciteiten, mijn energie en mijn ervaring kwijt. Ook zelf de gehele verantwoordelijkheid te hebben (bestuurder) was voor mij een nieuwe stap in mijn carrière. Het bevalt mij heel erg goed. Ik heb mijn kennis en ervaring ingezet. Samen met de organisatie hebben we veel stappen gezet om in de toekomst zelfstandig te kunnen blijven bestaan.

6. De Westerkim, Hoogeveen

Bestuurder: Febo Emmelkamp

Bestaansrecht: Sinds 1967

Doelgroep: De Westerkim heeft juist de afgelopen jaren haar christelijke identiteit versterkt en niet (meer) opgehangen aan één kerkgenootschap, maar de zaak breder getrokken, te weten een christelijke organisatie waar de kernwaarden de familiewaarden versterken. Vanuit deze insteek kan gesproken worden over een niche markt.

Zorgkantoor: Achmea

WachtlIJst: 12, zzp 4 en hoger

Strategieplan: 2013 - 2018

Motivatie om kleine instelling te besturen:

De functie biedt zowel opereren en bewegen op strategisch niveau (met de bijbehorende verantwoordelijkheden en bevoegdheden), maar ook dagelijks zien voor wie je het doet en met wie je het doet. De organisatie kan een eigen visie voorstaan en koers hanteren. Eigen beschikkingsrecht. Korte lijnen, snel wendbaar. Zichtbare directie en management.

Bijlage 2. Interview vragen t.b.v. probleem analytisch onderzoek aan beslissers in de zorg

Vragen vooraf m.b.t. bestaansrecht van kleine zorginstellingen

1. Wat speelt er momenteel precies t.a.v. de strategische positionering van kleine intramurale ouderenzorginstellingen(<10 miljoen omzet) in Nederland volgens u? Wat vindt u daar van?
2. Verwacht u dat het aantal kleine intramurale zorgorganisaties in de komende jaren gelijk zal blijven, zal krimpen of groeien?
Is er volgens u sprake van een probleem, zo ja wiens probleem is het?
3. Verwacht u voor wat betreft krimp of groei in aantal verschil tussen kleine instellingen en grote(re) instellingen?

Deel 1: Macro economische ontwikkelingen in relatie tot strategische positionering van kleine intramurale zorginstellingen

Algemeen:

4. Welke macro economische ontwikkelingen hebben in uw opinie invloed op de strategische positionering van kleine instellingen?
 - Wat is de top 3?
 - Waar 'ligt u wakker van' qua macro economische ontwikkelingen?
 - Waar wordt u enthousiast van, wat is goed voor de intramurale zorgsector?

..... Socio-demografische ontwikkelingen
..... Politiek, overheid en ontwikkelingen op wet- en regelgeving
..... Economische ontwikkelingen
..... Natuurlijke omgeving ontwikkelingen
..... Technologische (medische) ontwikkelingen
5. Welke van deze macro economische ontwikkelingen werken belemmerend bij het strategisch positioneren van kleine intramurale zorgorganisaties?
6. Welke van deze macro economische ontwikkelingen kunnen de strategische positionering van kleine intramurale zorgorganisaties juist bevorderen?

Deel 2: Externe krachtenveld bedrijfstak (n.a.v. bedrijfstakanalyse op basis van Porter vijfkrachten model)

Algemeen:

7. Verwacht u concurrentie binnen de bedrijfstak van zorgaanbieders?
8. Verwacht u dreiging van nieuwe toetreders in de zorgmarkt?
9. Verwacht u dreiging van substituten? Gaan ouderen met een hoge zorgzwaarte alternatieven zoeken en in hoe sterke mate?
10. Verwacht u dat de onderhandelingsmacht van leveranciers (waaronder het zorgkantoor) gaat toenemen of afnemen?
11. Verwacht u dat de onderhandelingsmacht van de consument, cliënt, bewoner gaat toenemen of afnemen?
12. Wat verwacht u met betrekking tot de keuzevrijheid van de cliënt?

Vindt u dat een probleem?

Specifiek n.a.v. Porter analyse:

13. Op basis van de analyse kan in zijn algemeenheid gesteld worden dat de intensiteit en rivaliteit tussen zorgaanbieders onderling in een krimpende markt gaat toenemen. Wat heeft dat volgens u evt. voor een gevolgen specifiek voor kleine instellingen?
14. Uit de analyse blijkt dat het aantrekken van voldoende en gekwalificeerd zorgpersoneel (arbeidsintensief werk) moeilijk zal worden in de sector. Wat heeft dat volgens u evt. voor een gevolgen, specifiek voor kleine instellingen?
15. Het aantrekken van kapitaal bij banken voor nieuw vastgoed wordt belemmerd zo blijkt uit de externe analyse. Verwacht u dat kleine intramurale zorgaanbieders problemen op het gebied van zorgvastgoed gaan ondervinden? Zo ja, nee > waarom? Wat zijn belemmerende en bevorderende factoren?
16. Er worden minder CIZ indicaties voor verblijf afgegeven. Verwacht u dat er voldoende vraag blijft van ouderen met een indicatie voor verblijf, zorg & diensten die kleine instellingen bieden? Op basis waarvan verwacht u dat?
17. Zorgkantoren bepalen met hun inkoopbeleid welke aanbieders een contract krijgen, bepalen mede de prijs en stellen diverse kwaliteitscriteria. Staat de keuzevrijheid van de client centraal in de intramurale zorginkoop? Waarom wel / niet? (ActiZ pleit voor cliëntvolgende financiering; wat vind u van dit systeem?)
18. Verwacht u dat kleine intramurale zorgaanbieders het moeilijk gaan krijgen om intramurale zorg in te kopen in de komende jaren?

Deel 3. Interne omgeving van de organisatie; (bezien vanuit de resource based strategy)

19. Welke competenties en / of hulpbronnen hebben kleine organisaties nodig om zich te onderscheiden/te positioneren?
20. Is er überhaupt een onderscheid in competenties/hulpbronnen (bv makkelijk toegang tot vrijwilligers!, betrokkenheid medewerkers) bij kleine versus grote organisaties?
21. Welke resources heb je nodig als organisatie om te 'overleven' in de huidige markt en hoe doen kleine organisaties het hierop?
22. Wat zijn volgens u de belemmerende factoren m.b.t. strategische positionering specifiek voor kleine instellingen?
23. Wat zijn volgens u specifieke kritieke succesfactoren die kleine zorginstellingen gemakkelijker binnen handbereik hebben / kunnen bereiken dan grote instellingen?

**Dezelfde vragenlijst is gehanteerd voor bestuurders van kleine zorginstellingen.
Twee vragen zijn hieraan toegevoegd:**

1. Welke specifieke (en toekomstige) behoefte hebben uw cliënten? Hebben cliënten keuze? Hoe makkelijk stapt men alsnog naar de instelling van eerste voorkeur?
2. Koopt u diensten / producten / competenties / hulpbronnen van andere organisaties in op het gebied van zorg en bedrijfsvoering? (bijv. SOG, paramedische diensten, uitzendbureaus, voeding, P&O advies, kwaliteit, financieel, BTW etc. etc.)

Bijlage 3. Dankwoord

Deze thesis vormt een afsluiting van de Master of Health Business Administration aan de Erasmus Universiteit te Rotterdam. Bijna twee intensieve academie jaren zijn voorafgegaan aan deze thesis. Opgeleid vanuit de praktijk als bestuurder van een kleine zelfstandige zorginstelling in het midden van het land, ontstond bij mij enkele jaren geleden meer en meer de behoefte om te groeien in theoretische kennis, inzicht en achtergronden van goed bestuur en management in de zorg en de gezondheidszorg in breder verband. Daarom ben ik in juni 2012 begonnen aan de MBA- Health van het Erasmus centrum voor management development in de zorg (Erasmus cmdz).

Tijdens de cursusdagen in de afgelopen twee jaar heb ik veel momenten van herkenning (de zogenaamde aha-erlebnis momenten), verbreding en diepere theoretische onderbouwing ontvangen als nuttige aanvulling op de aanwezige kennis vanuit de praktijk. Aanvankelijk nog wat moeite hebbend met het vele leeswerk kwam ik meer en meer in de stof van de MBA. Via de verschillende modules kwamen de belangrijkste aspecten die onderdeel vormen van het besturen van een (zorg)organisatie aan de orde. In het begin was het best wennen om hele dagen (en avonden) te luisteren naar docenten. Echter verreweg het grootste deel van de docenten, sprekers, gastdocenten etc. hielden aan de hand van goede, afwisselende presentaties boeiende betogen. Dr. Elly Breedveld wil ik bedanken voor alle inhoudelijk coördinerende werkzaamheden in deze twee jaar met als klap op de vuurpijl de studiereis naar Innsbruck (Oostenrijk) en Zurich (Zwitserland) waar ze mij zelfs vergezelde bij een bezoek aan het hospice van Innsbruck. Dank voor de wijze waarop je de samenhang en integratie van de opleiding voor ons in beeld bracht maar ook bedankt voor de manier waarop je er altijd voor ons was. Van prof. dr. Aad de Roo leerde ik de grondbeginselen van strategisch management, externe analyse en strategische positionering. Genoten heb ik van je humor en de zeer uitgebreide ervaring van de Nederlandse gezondheidszorg en de manier waarop je met praktische voorbeelden (ik denk aan waardecreatie in de doperwtjesfabriek) die je inbracht tijdens de lessen.

Ook de intervisiemomenten waren voor mij een waardevolle aanvulling op de opleiding om persoonlijk functioneren te verbeteren. Onder leiding van prof. dr. Jan Moen werden afwisselend casussen vanuit de praktijk ingebracht. Het zitten bij de 'virtuele' plant was een bijzondere en leerzame ervaring maar ook het meedenken met de uitdagingen van collega studenten had een leereffect. Dank collega's voor jullie goede, inhoudelijke feedback die mijn blikveld verruimde.

Veel dank ook aan prof. dr. Inge Bongers die mij met veel enthousiasme en geduld heeft begeleid omdat ik als 'blonde' onderzoeker soms weinig wetenschappelijk onderlegd bleek te zijn. Waarom schrijft men de opzet van een onderzoek in de verleden tijd als het hoofdstuk 3 van een thesis betreft..... en zo voorts. Gelukkig begrepen we elkaar altijd snel en dat hielp enorm. Veel bewondering heb ik voor haar met name omdat ze wetenschap en praktijk zo goed weet te combineren. Tijdens de soms lange telefoongesprekken wist je altijd

precies waar ik zat in mijn onderzoek. Je maakte ruimte in je agenda om afspraken te maken en kwam je afspraken altijd na. Dat werkte zeer prettig. Voor mij was het proces van het bedenken, uitvoeren en schrijven van een thesis volledig nieuw. Het haalde me zo nu en dan flink uit mijn comfortzone echter toen ik eenmaal de onderzoekopzet had staan was het 'alleen nog maar' een kwestie van uitvoeren en invullen, volgens Inge. Toen ik eenmaal de smaak te pakken had liep de inhoudelijke uitvoering van het onderzoek goed. Echter het vinden van tijd om aan de thesis te werken was regelmatig echt een gevecht. Gelukkig is het onderzoekthema zeer interessant en relevant voor de strategische positionering van de zorginstelling waaraan ik sturing mag geven. Naast de stimulerende, aanmoedigende opmerkingen van Inge maakte de inhoud van de thesis dat ik echt enthousiast ben over wat ik van dit onderwerp heb geleerd. Ook de integratie van theorie en praktijk liep zo mooi in elkaar over en ik raakte ervan sterk overtuigd dat theoretische modellen helpend zijn, structuur en inhoud geven aan het beantwoorden van een strategische vraag. Deze ontdekking voor iemand die vanuit de praktijk komt is een compliment voor de opleiding, die dit bij mij tot stand heeft weten te brengen. Hoe en wanneer de thesis exact is ontstaan, naast werk en gezin, vraag het me niet want ik kan het niet uitleggen. In ieder geval wil ik mijn super-collega's van het managementteam, Maaïke Bulten en Ben van Gils bedanken voor hun geduld en begrip voor de momenten dat ik er niet was óf er niet 'bij' was. Sylva van Prooijen bedankt voor je grondige tekstuele correcties. Dagmar van Heerde en Maaïke Kevelam bedankt voor al jullie ondersteunende werkzaamheden zoals de laatste weken het leeg zien te houden van mijn agenda. Een woord van dank aan mijn raad van toezicht omdat ze mij de kans gegeven hebben deze opleiding te volgen. Een speciaal woord van dank aan de raad van toezichtleden Jan Klop en Wim van den Brandt die op positief kritische wijze met mij mee dachten en mij stimuleerden rondom mijn studie. Willemieke bedank ik voor de momenten waarop ze mij bemoedigende woorden toesprak wanneer ik het even niet meer zag zitten én een rustige plaats bood op zaterdag, om intensief te kunnen studeren.

Henk, ook voor jou was het zwaar in de afgelopen maanden. Je hebt ontzettend je best gedaan om thuis zoveel mogelijk te laten doorlopen, naast je eigen drukke werkzaamheden. Heel veel dank hiervoor; zonder jou had ik het niet gered. Een woord van dank aan onze kinderen, Geke, Lianne en Tom. Ik kon er regelmatig niet voor jullie zijn of was soms behoorlijk in gedachten verzonken als ik er wél was; dat was voor jullie niet altijd leuk. Bedankt voor jullie geduld en meeleven. Als laatste wil ik mijn hemelse Vader bedanken voor de kracht, gezondheid, wijsheid en lieve mensen om mij heen, die ik uit Zijn hand heb ontvangen.

Aline Poolen – van den Brink, april 2014

