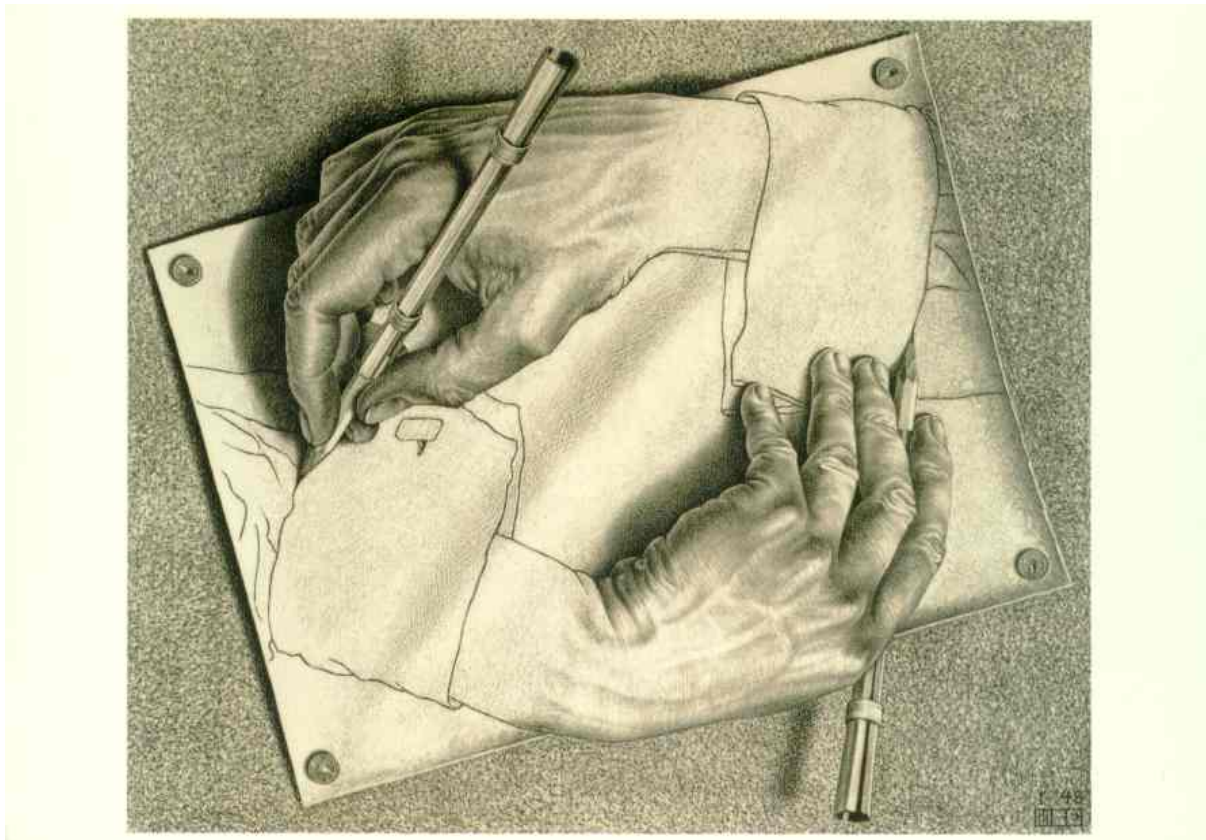


Ondernemen in de GGZ

Uit idealisme of door overlevingsdrang?



M.C. Escher, drawing hands

Reinoud Bijkerk

Ondernemen in de GGZ

Uit idealisme of door overlevingsdrang?

Afstudeerscriptie postacademische opleiding MBA-Health
Centrum voor Management Development in de zorg
instituut Beleid en Management Gezondheidszorg
Erasmus Universiteit Rotterdam, maart 2007

Opleiders: Prof. Dr. A.A. de Roo
Prof. Dr. J. Moen

Door: Drs. R. Bijkerk
kinder- en jeugdpsychiater/eerste geneeskundige
kinder- en jeugdpsychiatrisch centrum RMPI
Barendrecht

Met dank aan: Jan Moen voor de scriptiebegeleiding
Lisette van der Wijden voor de eindafwerking
Magda Pattiha voor de eindredactie

Inhoudsopgave

1. Inleiding	4
2. Probleemstelling	7
3. Onderzoeksmethode	10
4. Beschrijving bedrijfstak GGZ	13
4.1 Historische achtergronden	
4.2 Organisatie huidige GGZ-zorg	14
4.3 Samenhang en samenwerking	15
4.4 Meest recente en toekomstige ontwikkeling GGZ	17
4.5 Wet- en regelgeving in de GGZ	18
5. PESTEL-analyse	20
5.1 Rijnlands versus Angelsaksisch ondernemingsmodel	
5.2 Falende aanbodsturing	21
5.3 Uit de hand lopende kostengroei gezondheidszorg	22
5.4 Proactief of reactief inspelen op het nieuwe paradigma in de zorg	23
5.5 Recente economische/politieke ontwikkelingen	24
6. Ondernemerschap in de zorg	25
6.1 Marktwerving in de publieke sector	
6.2 Innoveren vanuit het AWBZ-kader	26
6.3 Ondernemen binnen de organisatie	27
6.4 Ondernemen in het wild	28
6.5 Ondernemen in de zorg	29
6.6 Voorbeelden van ondernemerschap in de zorg	30
7. Bedrijfstakanalyse of Porter-analyse	33
7.1 Dreiging van nieuwe toetreders	34
7.1.1 wetgeving en overheidsbemoeienis	
7.1.2 samenwerkingsverbanden en netwerken	35
7.1.3 financiële barrières	
7.1.4 ervaring	36
7.1.5 differentiatie	
7.2 Dreiging van aanbieders van substituten	37
7.2.1 substitutie van het ene product door het andere	
7.2.2 substitutie van een behoefte	
7.2.3 generieke substitutie	38
7.3 Onderhandelingsmacht van marktpartijen	
7.3.1 concentratie	
7.3.2 flexibiliteit in keuze aanbieder	39
7.3.3 inspraak over kwaliteit van het product	
7.4 Rivaliteit tussen bestaande aanbieders	
7.4.1 marktleiderschap	
7.4.2 ontschotting	40
7.4.3 groeimogelijkheden	
7.4.4 differentiatie	
7.4.5 kwaliteit	41
7.5 Conclusie	
8. Nabeschouwing en aanbevelingen	42
8.1 De stand van zaken per maart 2007	42

8.2 Voorbeelden van ondernemen in de GGZ	44
8.2.1 HSK Groep	
8.2.2 1nP, 1 ^e netwerk Professionals	
8.2.3 Mentaal beter	
8.2.4 PsyQ	
8.2.5 Arbeid & Psyche Nederland	
8.2.6 Max Ernst b.v.	45
8.2.7 ANNAzorg	
8.2.8 Stichting Roads	
8.2.9 Cross Care	
8.2.10 ADHD Behandelcentrum te Rotterdam	
8.3 Ondernemen in de GGZ	46
8.4 Aanbevelingen	47
Literatuurlijst	49
Geïnterviewde personen	51

1 Inleiding

Tjerk Vlietstra zei onder andere het volgende in zijn afscheidsspeech:

“Zeventien jaar directievoorzitter van een zorgverzekeraar. Een periode vol pieken en dalen. Met als absoluut hoogtepunt de introductie van de marktwerking. Ik verwacht veel van de marktwerking. Concurrentie. Faillissementen. Ontslagen. Prijsdalingen. Prijsstijgingen. Kabinetscrises. Het wordt één groot avontuur. Maar wie niet waagt, die niet wint, en niet geschoten is altijd mis. Daarom ben ik vóór marktwerking.”

Deze passage komt voor in het boekje *Tidemans Zorglabyrint* geschreven door Fred Plukker (2006).

De onderwerpen uit het gezondheidszorgsysteem zoals Plukker deze aansnijdt zijn weliswaar ironisch en parodiërend beschreven, maar zijn ook zeer herkenbaar uit de dagelijkse praktijk.

Omdat al meer dan twee decennia vanuit de politiek wordt gevonden dat de gezondheidszorg te duur is, als gevolg waarvan er budgetten als grondslag voor de inkomsten van zorginstellingen zijn doorgevoerd, waarmee de centrale overheid een krachtig instrument in handen heeft om in te grijpen in de voortdurende groei van de zorguitgaven, worden de zorgaanbieders geconfronteerd met steeds weer veranderende spelregels voor het verwerven van hun inkomsten (De Roo in Luijkx e.a., 2005).

Voortdurend worden er stelselwijzigingen doorgevoerd gericht op kostenbeheersing. Meest recent voor de cure (behandeling gericht op herstel/genezing) de invoering van de DBC-systematiek en voor de care (behandeling gericht op begeleiding/zorg) de Zorgzwaartepaketten. Andere gevleugelde begrippen zijn vraagsturing en gereguleerde marktwerking. Voor alle stakeholders van de gezondheidszorg en dus ook voor die van de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) wordt het steeds moeilijker om de ontwikkelingen bij te houden, laat staan om er snel en goed op in te spelen. Dit geldt zeker voor de grotere door de fusies van de afgelopen tien jaar complex samengestelde instellingen, waar door de opgelegde bureaucratie en de vaak botsende culturen van de samenstellende onderdelen, men vooral erg naar binnen gericht is.

Dit neemt niet weg dat de bestuurders en managers van de gezondheidszorginstellingen zoals door Plukker beschreven er nog altijd veel zin in hebben en met enthousiasme de klussen proberen te klaren.

Misschien is dit omdat in een complexe wereld men zich makkelijker van de ander kan onderscheiden. Echter de professionals, die het liefst zo goed mogelijk hun professionele opdracht proberen te vervullen, dreigen steeds meer te gaan afhaken. Dit terwijl de zorgaanbieders professionele bureaucratieën betreffen, die voor hun functioneren afhankelijk zijn van de vakbekwaamheid en de kennis van hun uitvoerende professionals (Mintzberg, 2004).

Omdat er in de gezondheidszorg erg veel geld rondgaat (inmiddels zo'n 45 miljard euro) biedt dit met de toenemende marktwerking ook steeds meer mogelijkheden voor ondernemers. Dit kan vanuit de bestaande instellingen en organisaties als daar althans voldoende ruimte voor wordt geboden en het actief wordt gestimuleerd, maar ook als startende nieuwe onderneming met geheel nieuwe producten. De bestaande gevestigde instellingen zullen zich steeds meer moeten wapenen tegen elkaar en tegen deze nieuwe spelers op de markt. Dat lijkt ook precies wat de overheid op het oog heeft.

Het gevaar bestaat echter dat in de andere sectoren van de gezondheidszorg hetzelfde gaat gebeuren als nu in de thuiszorg gaande is. De thuiszorg heeft de laatste jaren een ander gezicht gekregen. Door nieuwe, soepele eisen is een groot aantal bedrijfjes opgericht, die hun taken niet altijd goed aankunnen. Met name de administratieve eisen bleken voor velen te hoog gegrepen (Bruinsma & De Visser, 2007). Er wordt zelfs gesproken over "Onnozelen en cowboys in de thuiszorg". Uit onderzoek van *de Volkskrant* naar faillissementen in de thuiszorg blijkt dat de afgelopen zeven jaar voor zover te achterhalen in ieder geval 6,5 miljoen euro aan AWBZ-geld is verdwenen. Op een totaal van 3,9 miljard euro bijvoorbeeld in 2006 uitgegeven aan de thuiszorg is dit verhoudingsgewijs overigens nog maar een schijntje. Maar het feit dat curatoren in de failliete boedel ook dure sportwagens tegenkomen, doet het imago van de sector natuurlijk geen goed.

Eveneens in *de Volkskrant* (Vermeulen, 2007) staat een bericht over een ex-patiënt, die een juridische procedure is aangegaan tegen een uit Nederland afkomstige orthopedisch chirurg van de *Alpha-Klinik* te München. Deze in 1984 commercieel opgezette internationale privé-kliniek heeft als visie om de best mogelijke chirurgische kwaliteit te bieden in combinatie met de best mogelijke verzorging en het hoogst mogelijke comfort. Ze hebben een internationale naam opgebouwd met het verrichten van minimaal invasieve interventies aan de knie, ruggenwervelkolom en de schouder. De geboden zorg heeft de kwalitatief hoogste standaard in de wereld. De klacht is nu dat de operatie onnodig is verricht en dat een verkeerde voorstelling van zaken is gegeven (de consument had begrepen dat ze in levensgevaar zou verkeren). De chirurg werft met spreekuren in verschillende landen patiënten voor zijn operaties. Collega's van de chirurg (ook in de eigen kliniek, waar de chirurgen overigens concurrenten van elkaar zijn) hebben ook bedenkingen bij de indicatiestellingen voor de betreffende operatie. Tevens zou de chirurg veel hogere bedragen in rekening brengen, voor een operatie die ook gewoon in Nederlandse ziekenhuizen verricht wordt, zodat de consumenten uit Nederland slechts een derde van de totale kosten van de operatie van de verzekering vergoed krijgen.

Allemaal aspecten waarvan je zou kunnen zeggen dat dezen het gevolg zijn van marktwerking. De prijs van het product kan vrij vastgesteld worden. De indicatiestelling is een zakelijke transactie tussen de consument en de producent. De informatie over het product is vrij en gemakkelijk toegankelijk. De producent kan volgens een eigen procedure met bijbehorende marketing strategie de potentiële klanten proberen te bereiken en kan zo proberen het marktaandeel te vergroten. De geleverde kwaliteit

van de zorg afgezet tegen de kosten die de klant moet maken, bepalen of de producent succesvol zal zijn en blijven.

Afgezet tegen het bovenstaande lijkt deze chirurg zakelijk gezien zijn onderneming goed op orde te hebben. Eén van de bezwaren tegen aanbodsturing en het ontbreken van marktwerking is het bestaan van een informatieasymmetrie. Namelijk dat de klant niet dezelfde informatie heeft als de producent en zo de producent zijn product makkelijker kan verkopen door het geven van misleidende of onvoldoende informatie. Voor artsen gaat het dan bijvoorbeeld over het doen van onderzoeken of ingrepen, die eigenlijk niet nodig zijn.

Men kan het bovenstaande ook juist als een positief uitvloeisel van de marktwerking zien, namelijk dat door meer transparantie in de markt en door een minder grote informatieasymmetrie, de klant nu beter in staat is om het geleverde product op de juiste waarde in te schatten. Wordt niet geleverd waar hij recht op heeft, dan kan hij verhaal halen en in het uiterste geval naar de rechter stappen.

Moeilijk in de gezondheidszorg is echter dat ondanks het steeds wijder verbreid voorkomen van richtlijnen opgesteld door de beroepsgroep zelf, de geleverde producten niet volledig op kwaliteit te testen zijn. Met name het stellen van indicaties blijven processen die in hoge mate afhankelijk zijn van menselijke denk- en beoordelingsprocedures. Zo was tot voor korte tijd geleden zelfs de indicatie voor een blinde darmoperatie in slechts 70% van de gevallen juist te stellen. Dit betekent dat zelfs voor een dergelijke routinematige ingreep altijd nog drie op de tien mensen ten onrechte wordt geopereerd.

2 Probleemstelling

Momenteel is er in de GGZ wat de bekostiging betreft een grote omslag gaande. Nu vindt de bekostiging nog geheel vanuit de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) plaats. Vanaf 1 jan. 2008 wordt het curatieve deel van de geestelijke gezondheidszorg vanuit de Zorgverzekeringswet (DBC's oftewel Diagnose Behandel Combinaties) bekostigd. Een DBC is het geheel van activiteiten en verrichtingen door een ziekenhuis of instelling, voortvloeiend uit de zorgvraag van de patiënt/cliënt. De DBC's zijn het sturingsinstrument voor de overheid in het nieuwe zorgstelsel. De motieven van het ministerie van VWS om de DBC's ook in de GGZ door te voeren zijn dezelfde als voor de somatische gezondheidszorg, namelijk de omslag van aanbod- naar vraagsturing, het bevorderen van transparantie, en het mogelijk maken van marktwerking (Klompenhouwer & Vos-Deckers, 2005). De DBC-methodiek gaat gelden voor de extramurale GGZ en alle klinische behandelingen met een duur van minder dan één jaar. Hiermee ontstaat er een soort tweedeling in de GGZ aangezien het curatieve deel van de GGZ wordt overgeheveld van het eerste compartiment (onverzekerbare zorg, AWBZ) van de zorg naar het tweede compartiment (curatieve zorg, Zorgverzekeringswet).

Dit laatste ondanks het feit dat er in 2008 ook voor de AWBZ-zorg (care) een nieuw financieringssysteem, namelijk de zorgzwaartebekostiging wordt doorgevoerd. Ook de AWBZ-instellingen zullen dan worden bekostigd voor de geleverde prestatie per cliënt. Voor de GGZ komen er zeven zorgzwaartepakketten (ZZP's). Dit zijn volledige pakketten voor zorg, ondersteuning, dagbesteding en zonodig behandeling. De ZZP's worden gebruikt bij de indicatiestelling, de bekostiging, zorginkoop, verantwoording over de geleverde zorg door de zorgaanbieder en de registratie (VWS Factsheet, 2006). Eén en ander dus vergelijkbaar met de DBC-methodiek, maar vanuit VWS spreekt men natuurlijk niet voor niets over "AWBZ-instellingen". Het leveren van AWBZ-zorg lijkt vanuit een ander zorgparadigma te gaan komen dan dat van curatieve GGZ-zorg. In de bestaande GGZ-instellingen is men op de werkvloer nog in het geheel niet ingesteld op een dergelijke tweedeling. In behandeling en zorg zoals deze in de intramurale instellingen wordt geboden, is een grens van één jaar geen actueel gegeven.

Wel is te verwachten dat er tal van nieuwe bedrijfjes zich op aspecten van de deelmarkten gaan concentreren. Zo noemen Klompenhouwer & Vos-Deckers in hun aanbevelingen dat voor de aanbieders een strategie gericht op specialisatie (focused factories) waarschijnlijk een steeds grotere rol gaat spelen, met name voor de eenvoudige niet-complexe zorg.

Maljers benadrukt in een interview dat ik met hem had het standaardiseren van het productieproces en het ontwikkelen van productiestraatjes, die het best buiten de traditionele GGZ-instellingen kunnen plaatsvinden als zelfstandige organisaties. Experimenten met zakelijke gezondheidszorg moeten gestimuleerd worden tegen de achtergrond van de wens van de overheid om te komen tot vraagsturing en gereguleerde marktwerking.

Van de Grift (2004) onderzocht uitgaande van ook weer het gegeven te moeten komen tot kostenbeheersing in een groeiende zorgmarkt het proces efficiëntie in de GGZ. Om tot een grotere efficiëntie te komen is ondernemerschap en innovatie nodig. Hij stelt dat in de nieuwe markt die met alle stelselwijzigingen zal gaan ontstaan nieuwe kerncompetenties noodzakelijk zijn. Kerncompetenties waarmee een onderscheidend vermogen en een strategisch partnership met ziektekostenverzekeraars kan worden gerealiseerd. Het gaat dan over ondernemen binnen de onderneming, iets waarover Weggeman (Weggeman e.a., 2000) het nodige heeft geschreven. Van de Grift haalt als voorbeeld Ziegenfuss & Bentley aan, die propageren investeringen in preventie- en zelfhulpprogramma's als kosten die voor een aanzienlijke baat uitgaan. Gezondheidszorginstellingen kunnen zelfhulpgroepen en mantelzorg ondersteunen om de kosten van professionele zorg te beperken. Dit geeft dan weer concurrentievoordeel ten op zichten van andere instellingen. Het exploiteren van de Persoonsgebonden Budgetten (PGB's) is een ander voorbeeld.

Een andere mogelijkheid is dat het ondernemerschap in de GGZ zich ontwikkelt langs de lijnen van de financieringsmogelijkheden. Zo beschrijven Van der Heyden & Nuyten (2005) deze mogelijkheden voor de medisch specialistische zorg. Zij omschrijven marktwerking als de verschuiving van verantwoordelijkheden van de overheid naar het individu, zodat de burger gedwongen wordt bewuster keuzes te maken betreffende zijn eigen zorgvraag. Ten gevolge van deze marktwerking worden zorginstellingen tot investeringen gedwongen om concurrerend te blijven. In de medisch specialistische zorg gaat het om dusdanig grote bedragen dat dezen niet uit de eigen reserves op te brengen zijn. Deze bedragen ter financiering van het ondernemerschap moeten dan dus gefinancierd worden.

Tot voor kort werden investeringen (en dus niet de standaard met het zorgkantoor afgesproken kosten) van AWBZ-zorginstellingen gefinancierd vanuit (gemeentelijke) subsidies, maximale benutting van PGB's en uit de Wet voorzieningen gehandicapten (WVG) subsidies. De WVG is overigens per 1 januari 2007 opgegaan in de Wet maatschappelijke ondersteuning (WMO). Soms is er verder nog ondersteuning van investeringen middels betalingen in natura door sponsors en private personen. In de cure sector bestond een vergelijkbare situatie, maar daar speelden de zorgverzekeraars met het oog op toekomstige ontwikkelingen al een grotere rol in de financiering van nieuwe investeringen. Deze laatste ontwikkeling is inmiddels ook gaande in de care sector.

Van der Heyden & Nuyten noemen vier alternatieve financieringsmogelijkheden. Ten eerste op basis van publiekprivate samenwerking, waarbij de zorginstelling de publieke partij is en de private partij bijvoorbeeld een industrie of een ontwikkelingsmaatschappij. Ten tweede het ontstaan van grotere maatschappen van bijvoorbeeld medisch specialisten, die hun eigen management organiseren. Dit naar het voorbeeld van de grotere privé-klinieken, zoals deze in het buitenland al wel bestaan (de *Alpha-Klinik* in Duitsland, of de *Medi-Clinic* in Kaapstad te Zuid-Afrika). Ten derde het ziekenhuis/de instelling als belegging met als meest

doorgevoerde vorm een beursgang. Dit laatste bestaan in Duitsland al met de *Rhön-Klinikum*. Als vierde en laatste mogelijkheid dat kapitaalkrachtige patiëntenverenigingen een instelling of een onderdeel ervan kopen. Dit naar het model van bijvoorbeeld de *Wegenwacht*.

Overigens benadrukken Van der Heyden & Nuyten dat de financiering voor de zorgsector niet het grootste probleem is als gevolg van de invoering van marktwerking. Namelijk de volledige omslag van denken nodig voor het ondernemerschap met het oog op die marktwerking, lijkt een veel groter probleem. Een markt met organisaties die vooral aan het beheren zijn, gaat over naar een markt met ondernemende organisaties. De investeringen die dit vraagt, zijn gedeeltelijk privaat te financieren, maar de omschakeling vraagt vooral om commitment, visie en leiderschap.

Als hoofdonderzoeksvraag heb ik of op dit moment, nadat al meerdere jaren vanuit de overheid de marktwerking in de zorg is gestimuleerd, in de GGZ er een ontwikkeling is van toegenomen ondernemerschap, meer innovatieve activiteiten in bestaande instellingen of een focus op arbeidsproductiviteit verhogende projecten. Dus of de overheid erin is geslaagd om ook in een moeilijk te beïnvloeden sector als die van de GGZ enige vorm van marktwerking op gang te brengen, zodat de monopoliepositie van de grote instellingen wordt gebroken.

Als deelvragen heb ik vervolgens, dat wanneer er een toegenomen ondernemerschap in de GGZ is, of deze zich dan volgens bepaalde trends ontwikkeld. Bijvoorbeeld langs de lijnen van de financieringsmogelijkheden, of dat de ondernemende activiteiten zich op specialistische deelmarkten (nichemarkten) richt, of dat de ondernemingen opbloeien rond specifieke onderscheidende competenties. Dit laatste biedt dan weer de mogelijkheden voor startende ondernemers.

3 Onderzoeksmethode

Ondernemen in de GGZ is een heel breed onderwerp. Het uitgangspunt is dat van een beginnende ondernemer, die overweegt om een Zelfstandig Behandelcentrum (ZBC) te gaan opzetten binnen de GGZ. Hiertoe zal er een grondige verkenning van de deelsector GGZ moeten plaatsvinden tegen de achtergrond van de totale gezondheidszorg.

Middels een literatuurstudie, die zeker niet uitputtend is geweest, zal eerst een algemene beschrijving in hoofdstuk 4 worden gegeven van de bedrijfstak Geestelijke Gezondheidszorg. Daarna wordt in hoofdstuk 5 nader ingegaan op de omgevingsinvloeden op de bedrijfstak GGZ. Hierbij maak ik gebruik van het PESTEL-raamwerk, zoals dat in Johnson & Scholes (2005) samengevat vermeld staat. Daarin wordt onderscheid gemaakt tussen zes typen invloeden: de politiek, economisch, sociaal-maatschappelijk, technologisch, de omgeving in engere zin en de wet- en regelgeving.

In hoofdstuk 6 komen de aspecten van het ondernemerschap in de zorg aan de orde. Onderwerpen als innoveren, productiviteitsverhoging, effectiviteit en efficiëntie komen daarbij ook aan de orde. Marktwerving en sturing zijn ook centrale begrippen in dit hoofdstuk. Als er over deze onderwerpen met betrekking tot de GGZ onvoldoende bekend is, heb ik ook naar de gezondheidszorg als geheel gekeken, waarbij ik me niet tot Nederland heb beperkt. Ook zijn aspecten uit andere dienstverlenende sectoren zo nodig betrokken. Tot slot is ook kennis uit de literatuur die vooral betrekking heeft op de profit sector geraadpleegd.

Vervolgens maak ik in hoofdstuk 7 een analyse van de bedrijfstak GGZ aan de hand van de methodiek van Porter met als basis het vijf krachten raamwerk, zoals deze ook weer staan samengevat in Johnson & Scholes (2005), waarbij de gegevens uit de hoofdstukken 4, 5 en 6 de determinanten van de vijf krachten bepalen. Een Porter-analyse biedt aanbieders (en ook verzekeraars) de mogelijkheid om inzicht te krijgen in de invloed van de omgeving op de continuïteit en ontwikkelingsmogelijkheden van de eigen bedrijfsprocessen. Tevens maakt het inzichtelijk waarom gelden soms worden gestoken in andere bestemmingen, zoals activiteiten om toetreders buiten de deur te houden of rivalen op hun plaats te houden. De Porteranalyse laat je nadenken over je onderhandelingspositie ten opzichte van toeleveranciers en/of verwijzers en ten opzichte van klanten en/of financiers. Porter maakt duidelijk wat er gebeurt als er nieuwe toetreders in de markt komen: de spoeling wordt dunner. In een groeimarkt, zoals die van de GGZ-zorg als geheel, waar de vraag het aanbod verre overtreft, ligt dit anders dan voor een krimpmarkt. Substituten (alternatieve producten of diensten voor dezelfde vraag) leveren ook prijsdruk op.

De Porteranalyse is een soort krachtenveldanalyse. De vijf concurrentiekrachten verwijzen naar de meest relevante spelers in de omgeving: mogelijke toetreders, mogelijke aanbieders van substituten, de verwijzers, de consument, de financier en de overeenkomstige aanbieders. (Borghuis & De Roo, 2006)

Om zicht te krijgen op vragen als of er al marktwerking in de GGZ is te constateren en of daarin zekere trends zijn te onderscheiden heb ik interviews afgenomen van uiteenlopende stakeholders uit de bedrijfstak, maar met de nadruk op de ondernemers zelf. Van de laatsten, zowel iemand die als een geslaagd zelfstandig ondernemer mag worden gezien, iemand die nog druk bezig is om te proberen een onderneming te gaan opzetten, iemand die een zeer geslaagde onderneming binnen de onderneming leidt en van iemand die nog helemaal bij het begin moet beginnen als startende ondernemer (de pizzabodem).

Aangezien de verzekeraars meer en meer als de vertegenwoordigers van de consumenten/cliënten gaan optreden, zijn ook een tweetal interviews met mensen die zich vooral bezighouden met zorginkoop gehouden.

Omdat er vanuit gegaan is dat de consumenten/cliënten de beste zorg/diensten voor de hoogste kwaliteit en voor de laagste kosten zouden willen en dat ze dezen zonder wachttijden zouden willen ontvangen, is de vraag van de consumenten/cliënten in dit onderzoek niet verder uitgewerkt. De kijk en analyses van beleidsmakers en wetenschappers zijn meegenomen middels het doen van interviews, maar ook gedistilleerd uit de vele voordrachten, discussies, werkgroepen en opdrachten, zoals deze plaatsvonden tijdens de MBA-Health opleiding leergang 2005-2007.

Een deel van de interviews is gedaan in het kader van de groepsopdracht financieel veldwerk voor de opleiding MBA-Health in de periode jan. tot april 2006. De subtitel van het rapport van deze opdracht luidt: een recept voor succesvolle commerciële initiatieven in de non-profit sector. Tijdens deze opdracht is dus ook veel gevraagd naar hoe de initiatieven succesvol zijn geworden.

De interviews met beleidsmakers en wetenschappers vonden semi-gestructureerd plaats.

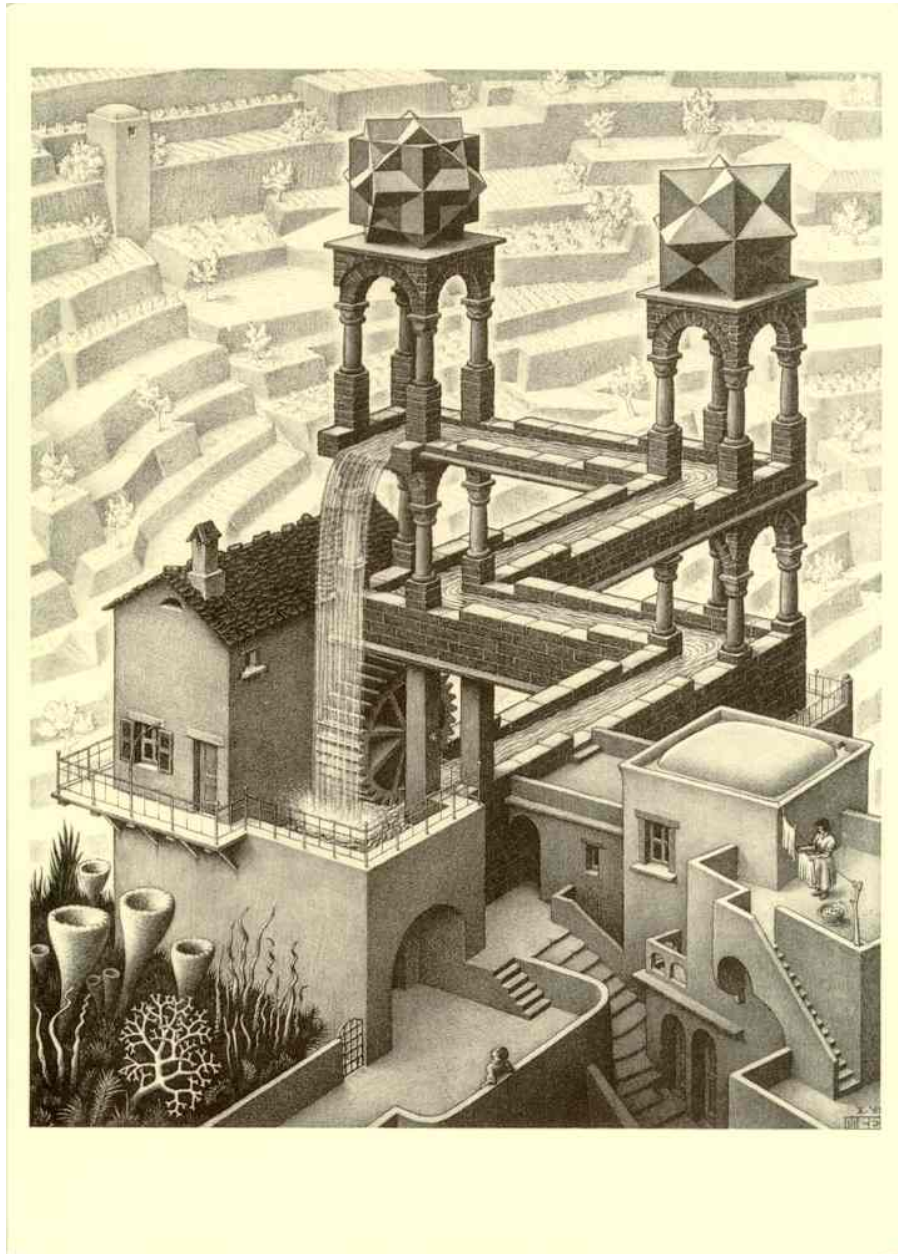
De interviewvragen waren:

- Is er al iets te merken van marktwerking in de GGZ.
- Zal het nog wel wat worden met de marktwerking in de GGZ.
- dat de vraag zoveel groter is dan het aanbod, wat voor invloed heeft dat op marktwerking.
- wat is de invloed van het productieplafond/budgetmaximum.
- Zijn er bepaalde trends te ontdekken in het ondernemerschap in de GGZ.
- Waar concentreert de rivaliteit tussen de bestaande aanbieders zich op.
- Welke toetredingsbarrières bestaan er.
- Zijn er substituten voor het bestaande zorgaanbod.
- Wat valt er te zeggen over de onderhandelingsmacht tussen de marktpartijen.
- Zijn er deelsectoren met bovenproportionele groei van de geldstroom.
- Waar moet een startende ondernemer in de GGZ zich met name op richten voor succes.

De interviewgegevens zijn beschreven en geanalyseerd binnen het concept van het Portermodel en komen daarmee hoofdzakelijk terug in hoofdstuk 7. Veel van de bevindingen uit de interviews zijn echter ook verwerkt in het beantwoorden van de onderzoeksvragen, dat in het laatste hoofdstuk gedaan zal worden.

De nadruk in dit onderzoek ligt dus op een terreinverkenning van de GGZ sector. De vraag naar zorg en hulp van de consumenten lijkt zo groot, dat er voorlopig voldoende ruimte is voor allerlei soorten aanbod. Hoe die vraag echter meer te sturen en beheersen is een ander probleem, maar daar zal ik in dit onderzoek slechts zijdelings op ingaan.

In de nabeschuiving, zoals deze in hoofdstuk 8, het laatste hoofdstuk, gedaan wordt, breng ik de verschillende lijnen van mijn verhaal bij elkaar.



M.C. Escher, Waterfall

4 Beschrijving bedrijfstak GGZ

In dit hoofdstuk schets ik de structuur van de bedrijfstak GGZ en noem ik enkele aspecten van de historische ontwikkeling van de GGZ om uiteindelijk uit te komen bij de structuur van dit moment met de belangrijkste ontwikkeling voor de nabije toekomst, namelijk de overheveling van de ambulante (extramurale) GGZ en het eerste jaar van de intra- en semimurale GGZ (zeg maar het behandeldeel) uit de AWBZ naar de zorgverzekeringswet. Dus van de care naar de cure.

4.1 Historische achtergronden :

Voor dit onderdeel baseer ik me vooral op het boek *De Nederlandse Gezondheidszorg* van Boot en Knapen (2005).

In de ontwikkeling van de GGZ staat de vorming van het Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis (APZ) centraal. Deze begint met de Krankzinnigenwet van 1841. Vanaf dat moment wordt de zorg voor de “geestesziekte” inderdaad gezondheidszorg. Opnames, toen nog sterk justitieel van karakter, konden volgens de wet alleen plaatsvinden met een medische verklaring. Er werden gestichtsartsen aangesteld, maar het kostte nog vele jaren voor geneesheer-directeuren de leiding kregen over de dagelijkse gang van zaken in de inrichtingen. In 1910 pas was dit algemeen aanvaard. Rond 1900 is het onderwijs in de psychiatrie pas binnen de universiteiten ondergebracht. De geneesheer-directeuren hielden zich aanvankelijk vooral bezig met de humanisering van het inrichtingsregime. Na WO II is het behandelen met medicijnen geïntroduceerd. Dit heeft geleid tot een enorme ontwikkeling van technologische en product innovaties. Patiënten konden vanaf dat moment ook echt behandeld worden. De behandelingen konden ook steeds efficiënter gedaan worden. Zelfs zou men kunnen stellen dat de extramuralisering (de patiënten uit de inrichtingen halen en weer aan de maatschappij laten deelnemen) er door mogelijk is gemaakt.

Zeer wezenlijk voor de ontwikkeling van de bedrijfstak is de maatschappelijke onderkenning van probleemgroepen geweest. Bijvoorbeeld de onderkenning van de probleemgroep alcohol- en drugsverslaving heeft er toe geleid dat er een gedifferentieerd circuit van voorzieningen is ontstaan. Daarbij vond er een vergaande beroependifferentiatie plaats, dat tot verdere innovatieve ontwikkelingen aanleiding heeft gegeven. De wedijver tussen de psychiaters en de psychologen vooral in de ambulante geestelijke gezondheidszorg zou als een soort interne concurrentie kunnen worden gezien, die tot belangrijke nieuwe ontwikkelingen heeft geleid. Het monopolie van de medicus speelt dan ook minder in de GGZ.

GGZ-instellingen zijn vrijwel altijd privaatinitiatieven waarvan de exploitatie met publieke middelen geschiedt (Van der Heyden & Nuyten, 2005). Een belangrijke ontwikkeling in de ambulante GGZ is de Riagg (Regionale Instellingen voor Ambulante GGZ) vorming in 1981 geweest. De eerste probleemgroep die onderkend werd, was die van de ontslagen inrichtingspatiënten. Professionele gezondheidszorg kwam er voor deze mensen pas met de oprichting van de sociaal psychiatrische diensten (SPD`en). In grote gemeenten ontwikkelden de SPD`s zich als gemeentelijke

diensten. Daarnaast was er veel particulier initiatief. Ondanks alle kritiek op de Riagg vorming, blijkt het toch een logisch sluitstuk van een ontwikkeling die in de ontstaan- en groeigeschiedenis van de samenstellende voorzieningen besloten lag. Door de jaren heen was er voor de verschillende doelgroepen geestelijke gezondheidszorg ontwikkeld, die in de Riagg's werd samengebracht.

Maatschappelijke problematiek, professionele stuwkracht, beroeps- en vakmatige ontwikkelingen, (verzuilde) particuliere initiatieven en de overheid, allemaal factoren die een rol spelen in het historische proces van differentiatie van voorzieningen. Naast het naar elkaar toegroeien van functies en voorzieningen hebben er zich ook belangrijke afgrenzingen van functies voorgedaan. Zo heeft de zorg voor verstandelijk gehandicapten zich ontwikkeld tot een aparte bedrijfstak. Hetzelfde geldt voor de verslavingszorg hoewel deze de laatste jaren weer een omgekeerde beweging aan het maken is.

4.2 Organisatie huidige GGZ-zorg :

GGZ-zorgvoorzieningen bieden hulp aan mensen met psychische stoornissen en/of ernstige psychosociale problemen. Hoofdspeler op dit terrein is medisch gezien de psychiatrie. Meest gangbaar is echter het biopsychosociale model als theoretische onderbouwing. Diagnostiek en het behandelbeleid opstellen worden door multidisciplinaire teams verricht.

Behandelingen vinden extra-, semi- of intramuraal plaats.

Bij extramurale zorgverlening blijven de cliënten in hun eigen woon- en werkomgeving. De belangrijkste spelers in dit marktsegment zijn de Riagg, vrijevestigde psychiater/psychotherapeut en de psychiatrische polikliniek.

Intramurale zorgverlening betekent voor de cliënt 24-uursopname met enigerlei vorm van behandeling en/of verpleging. Grootste spelers zijn de kliniek APZ, kliniek categoriaal psychiatrisch ziekenhuis (CPZ) en psychiatrische afdeling algemeen en academisch ziekenhuis (PAAZ en PAAC). Semimurale zorgverlening of ook wel tussenvoorzieningen genoemd, is bedoeld voor personen voor wie extramurale hulpverlening ontoereikend is en opname (nog) niet of niet meer noodzakelijk is. De belangrijkste tussenvoorzieningen zijn de psychiatrische deeltijdbehandeling, beschermende woonvormen en de psychiatrische woonvoorziening.

Deze vrij traditionele indeling van GGZ-zorg is een indeling naar intensiteit van zorg. De genoemde instellingen worden wel de GGZ-kernpartners genoemd.

Met de enorme fusiegolf van de afgelopen 10 jaar waarbij grote geïntegreerde GGZ-instellingen zijn ontstaan, is de indeling naar intensiteit minder opportuun geworden. Deze grote instellingen zijn georganiseerd naar allerlei indelingsprincipes van zorg. Een belangrijk indelingsprincipe van de zorg is naar zorgcircuits. Het gaat dan om volwassenenzorg, ouderenzorg, kind- en jeugdzorg, verslavingszorg en forensisch-psychiatrische zorg. Nog weer een ander ordeningsprincipe is dat naar zorgprogramma's. De zorgprogramma's oftewel een indeling naar de grootste groepen van soorten problematiek (schizofrenie, depressies, angststoornissen, enz.) met elk een eigen behandelprogramma, vormen samen met de invoering van het Elektronische Patiënten Dossier (EPD) de basis van de DBC-systematiek in de GGZ.

Omdat er niet één indelingsprincipe bestaat, is de informatievoorziening niet eenduidig, zodat de vergelijking van de prestatiecijfers en dan vooral op langere termijn niet goed mogelijk is.

De totale kosten van de GGZ belopen zo'n 8,5% van het totale zorgbudget. Het aantal arbeidsplaatsen in de GGZ is ongeveer 10% van het totale aantal arbeidsplaatsen in de gezondheidszorg.

De klanten klagen over het niveau van de dienstverlening in de GGZ. De overheid als financier en regelgever vindt al lange tijd dat de kosten van de gezondheidszorg veel te hoog zijn. Nadruk wordt gelegd op het klantgericht, doelmatiger en efficiënter werken in de gezondheidszorg.

Ondanks efficiëntiekortingen en marktwerkingbevorderende regelingen en beleidsvoornemens wil het maar niet lukken om de kosten te beheersen.

Vanuit het management is er ook in de GGZ naast een efficiëntere bedrijfsvoering gekeken naar de vijf relevante subsystemen (cultuur, technologie, organisatie i.e.z., psychosociaal en management) van een organisatie om tot een grotere kosteneffectiviteit te komen. Dit vanuit het idee dat verbetering van de kosteneffectiviteit alleen kan door alle vijf de subsystemen en de interacties te managen (Van de Grift, 2004).

Dus om tot een grotere omzet te komen voor dezelfde kosten. Zevenbergen (2006) benadrukt dat de manier van managers om tot meer winst (of grotere kosteneffectiviteit) te komen, is door de kosten te laten dalen. Op een dergelijke manier tot groei komen is echter in mogelijkheden beperkt.

Ergens ligt er namelijk een grens. Ondernemers laten de winst stijgen door de omzet te laten toenemen. In de organisaties moet daarom de mogelijkheid tot ondernemen worden geboden. Dit houdt in het durven nemen van risico's. In opstart zal het eerder meer dan minder kosten geven. Deze fundamentele kloof tussen managers en ondernemers hoeft niet overbrugd te worden. De vaardigheden van beiden zijn nodig.

4.3 Samenhang en samenwerking :

Om beter aan te sluiten bij de vraag van de cliënten en bij de maatschappelijke behoefte is er vanuit de overheid vanaf de jaren 70 van de vorige eeuw steeds aangedrongen op samenwerking en samenhang in de GGZ. Eerst was er de regionalisatie, wat in de extramurale zorg tot de Riagg vorming heeft geleid en in de semi-murale zorg tot de vorming van de RIBW (Regionale Instelling Beschermende Woonvormen). Het gebrek aan samenhang kwam tot uiting in een grote overlap van de voorzieningen; een bepaalde groep cliënten kon voor verschillende zorg terecht bij meerdere voorzieningen (substitutie); en er waren veel afstemmingsproblemen tussen de voorzieningen.

Van 1983 tot 1991 zijn de RIGG's gevormd om tot samenwerking op bestuurlijk niveau in de GGZ te komen. RIGG staat voor Regionale Instellingen voor Geestelijke Gezondheidszorg. In de RIGG's is van begin af aan voorzien in cliëntenparticipatie, maar dat is eigenlijk nooit goed gelukt. Verder zijn de RIGG's door de betrokkenen nooit gezien als regionaal besluitvormingsorgaan of als GGZ-koepel. Overeenstemming vindt doorgaans bij consensus plaats en niet bij meerderheid van stemmen. Een centrale bestuurlijke positie hebben de RIGG's dan ook nooit verworven. Het waren meer overlegplatforms en in mindere mate adviesorganen.

Ook op inhoudelijk vlak zijn er allerlei ontwikkelingen geweest om te komen tot een grotere samenhang en meer samenwerking. Vanaf 1984 zijn er uiteenlopende vormen van MFE's (multifunctionele eenheden) gerealiseerd als uitingen van inhoudelijke (in opzet) samenhang in extra- en intramurale zorg vanuit samenwerking tussen Riagg, PAAZ en APZ. Achterliggende idee bij deze ontwikkeling die van de overheid uit is gestimuleerd, was om te komen tot extramuralisering en substitutie van zorg met name om de dure intramurale zorgconsumptie te verminderen. Binnen de MFE's zou dan vooral aan crisisinterventie en kortdurende behandelingen worden gedaan, waarmee de langdurige klinische behandelingen in de APZ'en moesten worden voorkomen.

Hoewel deze samenwerkingsontwikkelingen zeer moeizaam verliepen en nog altijd verre van optimaal zijn, is het idee van te moeten samenwerken ermee wel onontkoombaar geworden. Dit wordt de samenwerkingsfuik genoemd, die overigens in de jaren 90 van de vorige eeuw tot een fusiefuik is verworpen. Grofweg zou men kunnen zeggen dat als de instellingen er in de samenwerking niet uit kwamen er stevast een fusie volgde. Hierbij speelt mee dat de GGZ-instellingen van oudsher ook altijd al veel samenwerkingsverbanden met instellingen van omringende sectoren aangaan. Verder heeft een functiegerichte ordening van de zorg vanaf eind jaren 80 op inhoudelijk vlak een grote noodzaak tot samenwerking gegeven. De GGZ werd namelijk geacht een aantal functies uit te voeren middels specifieke programma's om te komen tot continuïteit van zorg. De functies zijn gespecificeerd in zeven zogenaamde vraag/aanbodcombinaties: crisisinterventie, ambulante behandeling, ambulante begeleiding, dagbehandeling, klinische behandeling/verblijf, wonen (met verpleging, verzorging of begeleiding) en dagstructurering. Omdat voor het opstellen en uitvoeren van deze programma's meerdere instellingen nodig zijn, is verregaande samenwerking nodig c.q. werd zelfs verlangd om in aanmerking te kunnen komen voor subsidie.

Gaandeweg werd steeds meer gesproken van zorgvernieuwing.

Zorgvernieuwing als inhoudelijke verandering van het aanbod, maar ook als herstructurering van zorg op operationeel, functioneel of bestuurlijk niveau. In het kader van samenwerking en samenhang was het met name de methodiek van zorgcoördinatie die moest worden ontwikkeld.

Zorgcoördinatie is het verbeteren van de aansluiting van het hulpaanbod op de behoeften, op de mogelijkheden en beperkingen van de GGZ-cliënten, door de onderlinge afstemming en coördinatie van de methodische handelingen van de verschillende disciplines die bij de behandeling zijn betrokken te verbeteren. Met de zorgvernieuwingprojecten is de nadruk komen te liggen op de samenwerking tussen de verschillende onderdelen van de GGZ-zorg.

Als midden jaren negentig het paarse kabinet aantreedt komt er een nieuw bestuurlijk stelsel voor de zorgsector. De overheid wil terugtreden en het speelveld overlaten aan de drie hoofdspelers en wel de zorgaanbieders, de zorgverzekeraars en de cliënten. Deze drie partijen moeten samen met de gemeenten onder verantwoordelijkheid van de provincie tot een regiovisie komen, waarin het beleidsproces voor de GGZ-zorg staat beschreven. Het RIGG zou als platform moeten dienen, maar door de opkomst van

intensievere samenwerkingsverbanden tussen de kernpartners in de GGZ en de bestuurlijke fusies die daarop volgden, is de RIGG-constructie ondergraven. De hulp werd steeds meer georganiseerd volgens de eerder genoemde zorgcircuits en zorgprogramma's. De regelgeving en financiering gaat overigens nog vooral uit van de oude indeling naar extramuraal, semi-muraal en intramuraal. Onder andere door het jarenlange beleid van de overheid gericht op grotere samenwerking tussen de GGZ-instellingen zijn inmiddels de grote regionale monopolistische instellingen ontstaan.

4.4 Meest recente en toekomstige ontwikkeling GGZ :

Eind 2003 heeft de minister van VWS enkele al in gang zijnde maatregelen om te komen tot een herpositionering van de GGZ, formeel gepresenteerd, waarmee de ingrijpende verandering van de GGZ onomkeerbaar is geworden. Dit als reactie op het rapport *Zorg van velen* van de Landelijke Commissie Geestelijke Volksgezondheid. De gespecialiseerde hulp bij psychische stoornissen was vrijwel het exclusieve domein geworden van grote regionale monopoliede instellingen. Dit als gevolg van een mede door de overheid gestimuleerde fusiegolf en als gevolg van een verbreding van het zorgaanbod binnen de GGZ. Het laatstgenoemde komt weliswaar de chronische cliënten ten goede, maar de overheid wil de nadruk vooral leggen op kortdurende (goedkopere) zorg. De GGZ zou te veel op zichzelf gericht zijn en daardoor is er te weinig samenhang met de somatische gezondheidszorg, de algemene welzijnszorg, de maatschappelijke zorg en de openbare gezondheidszorg. De monopoliepositie van de grote geïntegreerde GGZ-instellingen stimuleert de doelmatigheid van het werken niet, vanwege de vanzelfsprekendheid waarmee ze hun budget ontvangen. De breedte van het zorgaanbod leidt bovendien tot een te diffuus verwachtingspatroon bij de cliënt.

Vanuit de politiek zijn drie inhoudelijke basisprincipes voor de toekomst van de GGZ geformuleerd. De kerntaak van de GGZ is het behandelen van mensen met psychische stoornissen en het beperken van de gevolgen van deze stoornissen. Deze missie is vergelijkbaar met die van de somatische zorg, zodat het voor de hand ligt om de organisatie van de zorg van beide sectoren op dezelfde manier te doen. Het tweede basisprincipe komt ook uit de somatische gezondheidszorg, en wel de leidraad van de getrapte zorg. Ook wel *stepped care* genoemd. Dit houdt in het bieden van in eerste instantie de meest effectieve, minst belastende, goedkoopste en kort vorm van behandeling. Het derde basisprincipe is dat er meer diversiteit in de aanbieders van GGZ-zorg moet komen. (*Brancherapport GGZ-MZ*, VWS, 2005) Dit laatste om de keuzemogelijkheden van de cliënten te vergroten, maar ook om door meer marktwerking tot lagere kosten te komen.

Ook eind 2003 is na overleg tussen GGZ-Nederland (werkgevers koepel) en VWS besloten om de DBC-methodiek ook voor een deel van de GGZ in te voeren. Er zijn echter geen extra middelen ter beschikking gesteld voor het aanpassen van de ICT infrastructuur. De sector heeft de komst van de DBC-methodiek zonder veel kritiek laten gebeuren. Voor de instellingen lijkt het aansluiten bij de curatieve gezondheidszorg, waar makkelijker geld loskomt, aantrekkelijk. Voor de professionals (in ieder geval voor de psychiaters) is de aansluiting (professioneel en inkomenstechnisch) bij de somatische medisch specialisten mogelijk een drijfveer. Voor de invoering is gekozen voor een

top-down (door experts) benadering. Hiermee is gekozen voor een centrale sturing van de inhoudelijke processen. De bedoeling is dat er een markt van vraag en aanbod ontstaat met de mogelijkheid om te concurreren op basis van prijs en aard van de behandeling (Klomprouwer & Vos-Deckers, 2005).

Wat de kwaliteit en continuïteit van de zorg betreft, vragen de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), patiëntenorganisaties en de zorgverzekeraars meer en meer transparantie van de zorgaanbieders. In de GGZ heeft dit geleid tot meerdere kwaliteitstoetsingssystemen, die echter elk een specifieke set aan informatie verzamelen, waarop verschillende normen worden losgelaten. In 2006 hebben de IGZ en GGZ-Nederland één set met prestatie-indicatoren ontwikkeld, zodat de onderlinge vergelijking van de instellingen beter kan plaatsvinden. De set bestaat uit 28 indicatoren, die zijn geclusterd in de drie hoofdthema's effectiviteit, veiligheid en patiëntgerichtheid. De Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) is actief betrokken bij deze ontwikkeling om te komen tot goede prestatie-indicatoren met voldoende zeggingskracht en met een zo beperkt als mogelijke administratieve belasting voor de psychiaters en andere professionals. De informatie uit de set zal door zorgaanbieders en professionals gebruikt worden voor hun interne kwaliteitsbeleid, door de patiënten als keuze-informatie via de website www.kiesbeter.nl, door zorgverzekeraars als inkoopinformatie en door de IGZ voor het toezicht. De set is overigens nog niet uitontwikkeld en moet de komende jaren nog geïmplementeerd worden binnen de instellingen (Niesink, 2006).

4.5 Wet- en regelgeving in de GGZ :

Bij de regelgeving (en trouwens ook bij de financiering) wordt nog grotendeels uitgegaan van een scheiding tussen extramurale, semi-murale en intramurale zorg, waar in de praktijk zoals gezegd dit onderscheid aan het verdwijnen is. Door fusies zijn er grote geïntegreerde GGZ-instellingen ontstaan en over de sectoren GGZ, verslavingszorg en maatschappelijke zorg heen ontstaan er circuits, die zorgprogramma's aanbieden voor diverse doelgroepen. Ook instellingen die onder de sectoren justitie (de reclassering, justitiële jeugdinrichtingen, tbs-klinieken en de Raad voor de Kinderbescherming) en de sector algemene gezondheidszorg (zoals de GGD'en) vallen, participeren in deze circuits.

De zorg wordt steeds meer georganiseerd in zorgprogramma's, waarin verschillende ketenpartners participeren. Een zorgprogramma is een samenhangend aanbod van geestelijke en andere gezondheidszorg voor een omschreven groep van hulpvragers, zoals hulpvragers met een specifieke diagnose of met een specifieke zorgbehoefte. In niet alle circuits is dit overigens even ver doorgevoerd nog.

Daarbij is de wet- en regelgeving op zich ook al heel divers en complex. Met bovenstaande erbij wordt het overzicht er voor de dagelijkse praktijk niet makkelijk op. Startende ondernemers zullen met al deze wet- en regelgeving binnen de complexe netwerken rekening moeten houden. De wet- en regelgeving heeft grofweg betrekking op drie kernaspecten van de zorg (*Brancherapport GGZ-MZ*, VWS, 2005):

a. Wetten om de cliënt te beschermen:

De meest belangrijken zijn de Wet op de geneeskundige behandelovereenkomst (WGBO), die bepaalt dat een behandelplan moet worden opgesteld met instemming van de cliënt en de Wet klachtrecht cliënten zorginstellingen (WKCZ). De Wet bijzondere opnemingen psychiatrische ziekenhuizen (BOPZ), die na vele tientallen jaren discussie in 1994 uiteindelijk in werking is getreden, regelt de rechten van onder dwang in de psychiatrie opgenomen cliënten. Voor cliënten die vanuit de sector justitie behandeld worden, gelden de zogenaamde beginselenwetten.

b. Wetten om de kwaliteit van de zorg te waarborgen:

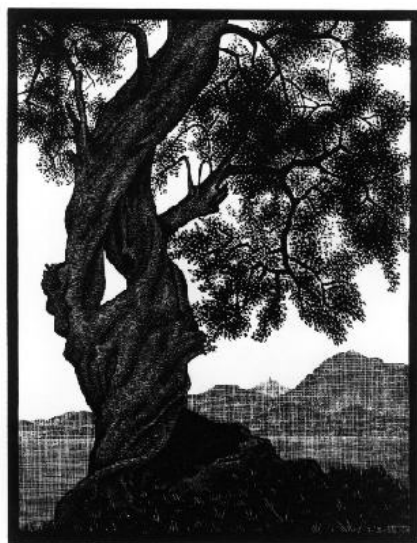
Voor het waarborgen van de kwaliteit in de zorginstellingen is er de Wet kwaliteit zorginstellingen (WKZ). De Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG) biedt juridische kaders voor scholing en certificering van professionals werkzaam in onder andere de GGZ.

c. Wetten voor de financiering:

Als per 1 januari 2008 de DBC-systematiek ook in de GGZ volledig wordt doorgevoerd, zal de Zorgverzekeringswet (ZW), die een basisverzekering voor de curatieve zorg voor alle Nederlanders regelt, de financiering van de GGZ bepalen samen met de Algemene wet bijzondere ziektekosten (AWBZ), die geldt voor de langdurige, zware en onverzekerbare zorg.

Voor de deelsector jeugd heeft de invoering per 1 januari 2005 van de Wet op de jeugdzorg grote gevolgen gehad.

De invoering van de Wet maatschappelijke ondersteuning (WMO) per 1 jan. 2007 zal ook voor de GGZ gevolgen gaan hebben, daar bijvoorbeeld de collectieve GGZ-preventie en delen van de Openbare GGZ (OGGZ) vanuit de AWBZ worden overgeheveld naar de WMO. In de WMO zijn verder de Welzijnswet en de WVG opgegaan. De WMO wordt uitgevoerd door de gemeenten en voor de lichtste en meest gangbare vorm van thuiszorg, de huishoudelijke verzorging hanteren de gemeenten voor de toewijzing van deze zorg aan de aanbieders een aanbestedingsprocedure. In de toekomst zou een dergelijke concurrentieverhogende procedure ook voor delen van de GGZ-zorg kunnen gaan gelden.



M.C. Escher, Old Olive Tree

5 PESTEL-analyse

Het PESTEL raamwerk categoriseert omgevingsinvloeden, op in dit geval de bedrijfstak GGZ, naar zes hoofd typen (de afkorting in het Engels): political, economic, social, technological, environmental en legal. Deze factoren hangen nauw met elkaar samen en beïnvloeden elkaar. Als elk van de zes factoren veranderen, heeft dit invloed op de competitieve omgeving van de bedrijfstak GGZ. PESTEL wordt met name ook gebruikt om te kijken naar de impact van de omgevingsfactoren op de toekomst van de bedrijfstak, die anders kan zijn dan de impact zoals die in het verleden was. Uit PESTEL komen de determinanten voor de Porter-analyse (bedrijfstakanalyse) voort. De nadruk in deze analyse ligt op de politiek-economische omgevingsfactoren en op de algemene ontwikkeling van de gezondheidszorg. De bedrijfstak GGZ is eigenlijk nog maar kort een onderdeel van de algemene gezondheidszorg, waarbij er een golfbeweging is van toenadering en verwijdering van de GGZ richting somatische gezondheidszorg. Op dit moment is er weer een beweging naar elkaar toe, althans dat de medische professionals de aansluiting bij hun somatische collega's zoeken.

5.1 Rijnlands versus Angelsaksisch ondernemingsmodel:

Het Rijnlands model gaat uit van een gemengde economische orde, waarbij de werking van de markt sterk wordt ingeperkt door aan de ene kant een ver ontwikkelde collectieve sector en daarnaast een harmonieuze samenwerking tussen de overheid en de sociale partners. Een belangrijk onderdeel van de collectieve sector is daarbij de sociale zekerheid. Tegenover de verzorgingsstaat van het Rijnlands model staat het meer op marktwerking gerichte Angelsaksisch model. In Nederland zijn de afgelopen 20 jaar steeds meer stappen gezet vanuit het Rijnlands model richting het Angelsaksisch model. De collectieve sector is meer teruggedrongen met name door het gebruik van de sociale zekerheid meer aan banden te leggen. Privatisering, deregulering en bevordering van de concurrentie hebben daar ook sterk aan bijgedragen. De nieuwe mengvorm van ondernemen wordt ook wel het poldermodel genoemd (Pleus & Schöndorff, 1997).

De gezondheidszorgorganisatie in Nederland is een stelsel van netwerkorganisaties met netwerksturing. Dit betekent dat alle beslisprocessen verlopen via de weg van onderhandeling. Netwerken zijn in feite sociale markten. Nadruk ligt op samenwerken en continuïteit van de bedrijfsvoering. Het geldverdienen is niet primair. Dit komt voort uit het Rijnlandse werkmodel. Dit principe gaat al terug tot de middeleeuwse gildenbedrijven. Het persoonlijke aspect in het managen en organiseren wordt als belangrijk gezien, zoals met name door Mintzberg veelvuldig is beschreven. Het Rijnlandse werkmodel komt op de werkvloer tot uiting in de structuur van de meewerkende voorman (De Roo, 2005).

Winst maken, of als dat niet aan de orde is, het zo efficiënt mogelijk werken tegen zo laag mogelijke kosten, lijkt in de cultuur van de Nederlandse gezondheidszorgorganisaties nog weinig voorop te staan.

Gezondheidszorgorganisaties zijn bovendien professionele bureaucratieën, waarbinnen de professionals centraal staan in de bedrijfsvoering en juist

deze professionals kijken liever naar de kwaliteit van de door hen geleverde hulp, dan naar de kosten daarvan.

Tot zo'n 20 jaar geleden was, net als nu nog veelal in de Angelsaksische landen, de gezondheidszorg een uitvoeringsorganisatie. Het Ministerie waaronder de Volksgezondheid viel bepaalde de regels en de benoeming van managers vond vanuit de politieke gezindtes plaats. De opgestelde wet- en regelgeving gold in gelijke mate voor alle organisaties. Men zou de werkcultuur als slaperig en weinig innovatief kunnen bestempelen. Dit kwam overeen met de overheidsbemoeienis, die men in de jaren 1970-1980 het best kan karakteriseren met de term planning. Met dat 20 jaar geleden het leidende principe waarop de gezondheidszorg moest functioneren marktwerking is geworden, is het Angelsaksisch ondernemingsmodel meer en meer in de gezondheidszorg doorgevoerd. Ondernemingen die vanuit dit model opereren gaan ervan uit dat ze winst moeten maken voor de eigenaars van de onderneming (de shareholders), waar ondernemingen die vanuit het Rijnlands model opereren rekening willen houden met alle betrokken stakeholders. De laatst genoemde ondernemingen leggen vooral verantwoording af aan hun financiers en zijn daarmee over hun functioneren naar buiten toe veel minder open. Ondernemen volgens het Angelsaksische model betekent voortdurende verantwoording naar de aandeelhouders toe moeten afleggen en daarmee heel transparant zijn. Ook voorts moeten deze ondernemingen steeds inspelen op de wensen van de aandeelhouders en moeten dus heel flexibel zijn.

Management wordt meer en meer gezien als een generieke functie, oftewel een vak apart met specifiek instrumentarium. Managers uit het bedrijfsleven werden massaal in de gezondheidszorg geplaatst. Ook meer recent is deze benadering nog wel, overigens steeds zonder veel succes, toegepast.

De Nederlandse gezondheidszorg staat momenteel in een spagaat. Zowel het Rijnlands als het Angelsaksisch model worden toegepast (De Roo, 2005). Sinds 1983 is in de Nederlandse Grondwet vastgelegd dat de overheid ten aanzien van de volksgezondheid een bevorderingsplicht heeft. Oftewel moet bevorderen dat er een kwalitatief goede, over het hele land gespreide, financieel bereikbare gezondheidszorg is. In Nederland is het aanbod van zorg voornamelijk particulier georganiseerd. Er zijn vrijgevestigde beroepsbeoefenaren en particuliere instellingen. De gezondheidszorg wordt voornamelijk gefinancierd door verzekeringen. Slechts 5% van de uitgaven in de zorgsector komt van de overheid (met name de GGD'en). Het particulier initiatief voorziet in de individuele zorgvraag en de overheid in de gezondheidsvraag van de bevolking als geheel. Toch is de overheidsbemoeienis met de gezondheidszorg de afgelopen decennia zeer bepalend geweest (Boot & Knapen, 2005).

5.2 Falende aanbodsturing :

Wat de bekostiging betreft, heeft de gezondheidszorg zich tot het begin van de jaren 70 van de vorige eeuw kunnen ontwikkelen zonder veel overheidsbemoeienis. Er was een openeindfinanciering, waarbij stijging van de kosten leidde tot een stijging van de verzekeringspremies. Dit leidde echter tot een gigantische stijging van de kosten voor de gezondheidszorg. In

2006 betrof de zorgsector 45 miljard euro (8 à 9% van het Bruto Binnenlands Product).

Minister Duisenberg heeft in 1976 de kosten voor de gezondheidszorg (ziekttekostenverzekering en AWBZ) onder de collectieve lasten gebracht. Dit wordt ook wel afwenteling op de loonkosten genoemd. De patiënt betaalt de zorg namelijk niet direct, maar via inhouding op de loonkosten. Het oplopen van de kosten van de zorg zijn daarmee ook een collectief maatschappelijk probleem geworden en vraagt om overheidsbemoeienis.

De overheid ziet een falende gezondheidszorgmarkt. Ze is hier natuurlijk ook zelf debet aan. De aanbodsturing vanuit de instellingen was verworpen tot een centrale aanbodsturing. Met wet- en regelgeving is het aanbod streng gereguleerd. Er is een restrictief prijsbeleid. Zoals capaciteitsbeperking via een erkenningen- en verstrekkingenstelsel, restrictieve planning van (nieuw)bouw, beperking van het aantal artsen, controle op de bekostiging en prijsstelling, beperking van de lonen van de verpleegkundigen en budgettering van de instellingen en medisch specialisten (Klompener & Vos-Deckers, 2005).

Als oorzaak van het marktfalen wordt vooral de te grote machtspositie van de aanbieders gezien. Met name de informatieasymmetrie (de professional heeft veel meer informatie dan de cliënt, ook als het over kwaliteit gaat) en de monopolieposities van de zorgaanbieders spelen mee. Op basis van de informatieasymmetrie kan de aanbieder zijn eigen vraag creëren, omdat de cliënt over onvoldoende informatie beschikt om de juistheid van de indicatie of het onderzoek te beoordelen (zie ook het onderdeel inleiding in deze scriptie). Voor de monopolieposities geldt dat de cliënt in feite geen keus heeft. Als de aanbieder slechte kwaliteit zorg biedt of vanwege inefficiëntie een veel te hoge prijs vraagt, dan nog heeft de cliënt geen keus, omdat er simpelweg geen andere aanbieders zijn. Ook de afwenteling draagt bij aan het falen van de markt tussen de zorgaanbieders en verzekeraars (zorginkoopmarkt), tussen zorgaanbieders en burgers (zorgverleningmarkt) en tussen burgers (ook patiëntenorganisaties) en verzekeraars (zorgverzekeringmarkt). De cliënt en ook de professionals hebben namelijk onvoldoende zicht op de kosten van de verrichtingen. De cliënten zien de rekeningen niet, of ze hebben geen vergelijk. De professionals zien de hoogte van de kosten van de door hen geïndiceerde ingrepen of onderzoeken niet.

5.3 Uit de hand lopende kosten groei gezondheidszorg :

Sinds 1994 geldt een macrobudget voor een pakket zorgvoorzieningen, waarvan de overheid vindt dat het voor iedereen toegankelijk moet zijn. Dit Budgettair Kader Zorg (BKZ) omvat 97% van alle zorguitgaven. Hoewel het BKZ jaarlijks wordt overschreden, is de grootste groei wel uit de zorguitgaven gehaald.

De groei van de zorguitgaven blijft echter onder druk staan vanwege vier krachtige aanjagers. De eerste is de vergrijzing van de bevolking, waardoor de gezondheidsstatus van een toenemend aantal burgers wordt aangetast. De tweede is de vooruitgang van de medische wetenschap, die leidt tot verbetering en verruiming van de mogelijkheden van diagnostiek en therapie. De derde is de maatschappelijke druk op de zorgsector om haar diensten aan te bieden onder condities die passen bij de toenemende

welvaart. Ten slotte zijn er de stijging van de arbeidskosten in de sector en van de prijzen van toeleveranciers (De Roo, 2005).

Op grond van bovengenoemde vier krachtige aanjagers van de vraag naar zorg mag verwacht worden dat de vraag naar zorg nog vele jaren fors zal toenemen. Over de achterliggende periode is gebleken, dat het volume en de vraag naar zorg zich onvoldoende via een aanbodgestuurde macro-economisch kader laat reguleren. De financiering van de zorg op basis van centrale planning en collectieve productieafspraken loopt voortdurend achter de feiten aan (Klompshouwer & Vos-Deckers).

Alle partijen willen af van de aanbodregulering. De overheid wil dat de marktpartijen zelf meer verantwoordelijkheid nemen. Het nieuwe paradigma is dat van de vraagsturing en geregleerde marktwerving. De overheid wil dus nog wel zekere sturing houden.

Vanwege de wachtlijstproblematiek is het BKZ geleidelijk aan vervangen door het Functionele Budgetteringsysteem (FB). FB houdt in dat er meer direct voor de geleverde functies bekostigd wordt. Geen harde productieafspraken, maar nacalculatie op basis van de gerealiseerde productie en wachtlijsttoeslagen voor wat genoemd wordt knelpuntproblemen. Ook met het FB-model blijft het gaan over een centraal geregleerde opzet. Het ontbreekt aan een directe relatie tussen de werkelijke kosten en de geldende tarieven.

5.4 Proactief of reactief inspelen op het nieuwe paradigma in de zorg :

De vraag naar zorg blijft dus toenemen en het beschikbare geld neemt nauwelijks toe, of zou eigenlijk niet mogen toenemen. De zorgaanbieders gaan daar op verschillende manieren mee om. Vanwege veronderstelde inefficiency in de zorgsector zou men naar productiviteitsstijging moeten streven, maar de meeste aanbieders komen niet verder dan tot het doorvoeren van bezuinigingen op de kosten. Gedragen zich als uitvoerders van het overheidsbeleid. Miles & Snow (1978) onderzochten de strategiestijlen van grote ondernemingen en ontwikkelden een theorie van superieure organisatietypen. Wil een organisatie superieur zijn dan moet er een heldere en directe match bestaan tussen de missie/visie van de organisatie, de basale geplande organisatiestrategieën en de functionele gerealiseerde organisatiestrategieën. Als dit laatste op orde is, kan afhankelijk van de soort markt waarin men opereert een drietal typen strategiestijlen (defensief, prospectief en analyserend) tot superioriteit leiden. Alleen de strategiestijl reactief zijn is meestal inferieur. Men ziet de veranderingen wel in de omgeving, maar is niet in staat om er effectief op te reageren. Dit is terug te voeren op het ontbreken van consistentie in de structuur – strategie verhouding. Alleen bij grote druk vanuit de omgeving komt men met aanpassingen. Meestal hebben deze organisaties geen duidelijk omschreven strategieën. Ze reageren op gebeurtenissen in plaats van het er zich op voorbereiden.

Zo lijken veel instellingen in de gezondheidszorg vooral te reageren op de veranderende wet- en regelgeving in plaats van het zich prospectief/proactief voorbereiden hierop.

Een instelling in de GGZ die wel goed inspeelt op de mogelijkheden van de marktwerking in de sector is de Parnassia Groep uit Den Haag. Hier liggen dus ook allerlei kansen voor nieuwe ondernemingen.

5.5 Recente economische/politieke ontwikkelingen :

Het overheidsbeleid in de zorg is gericht op het garanderen van kwalitatief hoogwaardige zorg, toegankelijke zorg, betaalbare zorg en doelmatige zorg. De Inspecties gezondheidszorg en de vroegere Wet Ziekenhuisvoorzieningen dragen bij aan een kwalitatief hoge zorg. Bij de toegankelijkheid van de zorg zijn de grootste aandachtspunten de wachttijden, de capaciteit (12% van de beroepsbevolking werkt in de zorg), het tekort aan personeel in de zorg en de indicatiestelling. Ten aanzien van betaalbare zorg gaat het over de macro betaalbaarheid (collectieve lasten, Economisch Monetaire Unie saldo) en de micro betaalbaarheid (koopkracht, solidariteit gezond/ziek, solidariteit rijk/arm). Doelmatige zorg betreft aspecten als prikkelwerking, marktwerking en stelselherziening.

(Van Pruissen, 2006)

Zoals eerder genoemd werd begin jaren tachtig van de vorige eeuw het geloof in de maakbaarheid van de samenleving afgezworen en ingeruild voor een groeiend vertrouwen in de werking van het marktmechanisme. Met name in de kabinetten Lubbers (paars) is de “onzichtbare hand” van het prijsmechanisme in vrijwel alle sectoren en dus ook de zorgsector in de plaats gekomen van het van bovenaf aansturen door de overheid. De introductie van (meer) concurrentie en in de toekomst ook de introductie van het prijsmechanisme wordt in beloop echter niet aan de markt zelf overgelaten. De overheid gebruikt marktwerking als sturingsinstrument. De overheid laat de markt voor zich werken bij het verwezenlijken van publieke doelstellingen. Dit vraagt dan ook om sturing van marktwerking. Het individuele keuzeproces van de marktpartijen moet zodanig geconditioneerd worden dat dit tot voldoende borging van de publieke belangen leidt. Het marktproces moet zodanig geprikkeld worden dat aan de politiek bepaalde doelstellingen wordt voldaan (Plug e.a., 2003).

Die politiek bepaalde doelstellingen zijn dan weer wat Van Pruissen in de voorlaatste alinea heeft geformuleerd. Hoewel de inzet van het marktmechanisme in de publieke sectoren politiek bepaald is en inmiddels ook weer meer en meer ter discussie komt te staan, zo is in het regeerakkoord tussen het CDA, PvdA en ChristenUnie (2007) besloten de privatisering van Schiphol niet door te laten gaan, kan deze ook niet meer zomaar worden teruggedraaid, aangezien de liberalisering in verschillende sectoren inmiddels in de Europese wet- en regelgeving is verankerd.

Met vraagsturing en gereguleerde marktwerking moet er een zorgmarkt gaan ontstaan. Daarvoor zijn herkenbare zorgproducten nodig. Deze zorgproducten moeten een eenduidige prijs hebben, waarbij het voor de consument duidelijk is wat er voor deze prijs aan zorg geboden wordt. De zorgproducten, oftewel de Diagnose Behandelcombinaties (DBC's) zijn in de marktwerking de instrumenten, waarmee door de betrokken partijen de regulering plaatsvindt. Waarmee het spel van vraag en aanbod mogelijk wordt gemaakt.

6 Ondernemerschap in de zorg

Zoals in 6.1 wordt aangegeven dat effectieve marktwerking alleen kan bestaan bij het functioneren van het prijsmechanisme en bij volkomen concurrentie, is er op dit moment in de bedrijfstak GGZ nog geen echte marktwerking mogelijk. Met het van kracht worden van de zorgverzekeringswet en het doorvoeren van de DBC-systematiek voor een deel van de GGZ, zoals dat nu is gepland voor 1 jan. 2008, kan dit gaan veranderen. Het ook daadwerkelijk winst kunnen maken door GGZ-instellingen zal nog vele jaren op zich laten wachten (minimaal tot 2012). Vooralsnog blijft een door de overheid gesteld macrobudget voor de gezondheidszorg bestaan, als een plafond voor de kosten van de gezondheidszorg. Hiermee samen gaat een heel systeem van uitgebreide en complexe regelgeving vanuit de overheid. Putters (2001) deed drie vergelijkende casestudies naar het management in de Nederlandse ziekenhuiszorg en concludeert dat tegenstrijdig beleid van de overheid zelfs invoering van de marktwerking in de zorgsector belemmert. Hij heeft het over geboeid ondernemen. Moen (2002) stelt in een recensie op dit proefschrift overigens dat ondanks dit polderklimaat met kenmerken van een loopgravenoorlog het wel mogelijk is om succesvol te ondernemen in de zorg, maar dat dit dan vooral samenhangt met de persoonlijke karakteristieken van de ondernemer.

Wordt dan gekeken naar de bestaande instellingen in de GGZ, die aan het ondernemen zijn en naar nieuwe ondernemingen dan lijkt het ondernemers/management concept, zoals Weggeman e.a. (2000) dat beschreven hebben het best te voldoen en meest gangbaar te zijn. Namelijk dat men aandacht dient te besteden in organisaties aan drie centrale processen, te weten doelen stellen, organiseren en realiseren. Deze driedeling is van toepassing op elke organisatie en op alle niveaus van de organisatie. Alle werknemers van de organisatie hebben er daarom mee van doen. Weggeman e.a. onderscheiden de missie-doelen-strategie-hiërarchie. Een organisatie heeft slechts één missie, maar kan per organisatieonderdeel een eigen collectieve ambitie hebben. Vanuit deze collectieve ambitie zijn er per organisatieonderdeel slechts enkele globale doelen c.q. is er slechts één visie. Het beleid van een onderdeel omvat meerdere doelen die nagestreefd worden, waarbij er per doel slechts één strategie is.

6.1 Marktwerking in de publieke sector :

Plug e.a. (2003) geven in hun boek aan dat daar waar de overheid de markt als instrument wil gebruiken bij het verwezenlijken van publieke doelstellingen, zij er niet aan ontkomt om het marktproces bij te sturen. Wezenlijk kenmerk van de markt is dat elke individuele actor vrij is om zelfstandig keuzen te maken. De optelsom van deze individuele keuzen vormt de uitkomst van het marktproces. De overheid zal dan dus het individuele keuzeproces moeten conditioneren om effect te sorteren. Belangrijk is dat men er in gelooft dat dit te doen is, want zeker voor de zorgmarkt zal dit nog niet zo eenduidig zijn. In de literatuur over marktwerking wordt wel gesproken van competition engineering of van competition management.

Plug e.a. geven aan dat de stuurbaarheid van markten, evenals die van samenlevingen, grenzen kent. Sturing zal tevens van onderaf, oftewel vanuit de burgers, moeten plaatsvinden.

Zij stellen dat alleen in het theoretische model van volkomen concurrentie er sprake is van effectieve marktwerking. Meestal blijft de macht tussen aanbieders ongelijk verdeeld. Verder stellen zij dat voor marktwerking in de vroegere publieke sector er aan ten minste twee voorwaarden moet zijn voldaan, namelijk een rechtstreekse koppeling tussen prijs en prestatie én voldoende concurrentie. Het prijsmechanisme, namelijk dat de prijs tot stand komt als gevolg van de confrontatie tussen vraag en aanbod, kan in de publieke sector maar ten dele werkzaam zijn. Dit heeft vooral te maken met het feit dat degenen die over een overheidsuitgave beslissen, niet degenen zijn die van de uitgave profiteren, terwijl nog weer anderen ervoor betalen. Omtrent de tweede voorwaarde, namelijk het bestaan van voldoende concurrentie, is essentieel dat de consumenten keuzevrijheid hebben, zodat zij zelf kunnen bepalen welke aanbieder de voor hen beste verhouding tussen prestatie (een goed of dienst) en tegenprestatie (de prijs) heeft. Dit streven van aanbieders om te komen tot een optimale prijs-kwaliteitverhouding maakt dat zij zullen streven naar innovaties, opdat zij daarmee een concurrentievoordeel kunnen behalen ten opzichte van andere aanbieders. Instellingen met een monopolie positie ontberen doorgaans dit streven om tot een doelmatige, doeltreffende en klantgerichte dienstverlening te komen.

6.2 Innoveren vanuit het AWBZ-kader :

Aangezien de verwachting is dat de vraag in de gezondheidszorg nog vele jaren fors zal stijgen en vanuit de politiek (en onderliggend dus vanuit de maatschappij) wordt gevonden dat de kosten niet verder mogen stijgen, zal er naar manieren worden gezocht om de arbeidsproductiviteit te verhogen middels innoveren. Vanuit het stimuleren van de marktwerking bekeken, dat in feite hetzelfde doel heeft, zou dat dan ondernemen genoemd worden.

Putters (in Luijkx e.a., 2005) ziet mogelijkheden op drie vlakken, namelijk innovaties gericht op arbeidsbesparende werkprocessen, op technische ontwikkelingen en op het toepassen van nieuwe middelen en technieken.

Alles gericht op het doelmatiger behandelen van cliënten. Dus bij gebruik van dezelfde productiemiddelen het verkrijgen van een grotere productie.

Uitgaande hierbij van de Wet van Baumol over productiviteit in arbeidsintensieve sectoren: productiviteit is toename van de productie-efficiëntie, dat resulteert in een hogere productie per standaard meetunit (bijvoorbeeld de productie van een medewerker per maand).

Putters stelt innovatie gelijk aan vernieuwing. Vernieuwing van producten, diensten, processen of organisatievormen. In arbeidsintensieve sectoren als de gezondheidszorg en zeker in de GGZ-sector, gaat het dan meestal niet om technieken die in de plaats komen van menselijke inzet, maar vooral om de processen daaromheen. Putters noemt dit logistieke innovaties die zich richten op het verbeteren van de bestaande organisatiemodellen, managementconcepten en sturingssystemen. Deze innovaties zijn ook nodig om productinnovaties te kunnen laten plaatsvinden. Denk bijvoorbeeld aan het invoeren van de DBC-systematiek, waarvoor het gebruik van een

Elektronisch Cliënten Dossier (EPD of ECD) en het werken met zorgprogramma's onontbeerlijk is.

Verdere voorbeelden van logistieke innovaties zijn de ketenbenadering in de zorg, maar ook het onderbrengen van relatief gemakkelijk planbare zorg in Zelfstandige behandelcentra (ZBC's), waarbij deze zorg met totaal ander productieproces wordt gescheiden van de veel complexere, langdurige zorg. Overigens zijn er ook in de GGZ-sector wel grote en belangrijke productinnovaties, waarbij ik met name doel op de introductie van medicijnen in de behandeling van cliënten. Aangezien er echter nog weinig bekend is van de oorzaken van de meeste psychiatrische ziektebeelden, kunnen er dus geen medicijnen specifiek gericht op deze oorzaken ontwikkeld worden. Hiermee is het onderzoek ten behoeve van het ontwikkelen van nieuwe medicijnen in feite niet planbaar en daarmee ook slecht te sturen op bijvoorbeeld kosten.

Dit maakt dat productiviteitsstijging in de GGZ-sector vooral vraagt om wat Putters noemt "om de arbeid heen werken".

6.3 Ondernemen binnen de organisatie :

Met het stimuleren van intern ondernemerschap kan ook de arbeidsproductiviteit van een organisatie worden vergroot. Dit vanuit het idee dat de meeste medewerkers in een organisatie de wens hebben om de laatste trap in de behoeftehiërarchie van Maslow (die van zelfactualisatie) te bereiken. Hiertoe moeten de persoonlijke doelen van de medewerkers in een organisatie wel een grote overeenkomst vertonen met de doelen en met de missie van de organisatie. Dit geeft dan weer relatieve orde in de organisatie, dat in combinatie met dominantie van een doelgerichte cultuur in de organisatie tot stimulering van dit intern ondernemerschap (ook wel intrapreneurschap genoemd) leidt. (Weggeman e.a., 2000)

Ondernemen kan volgens Weggeman e.a. op alle niveaus van de organisatie geschieden en dat is zelfs wenselijk. Op elk niveau is er altijd wel speelruimte om tot dit ondernemen te komen. Het gebruik van die speelruimte vraagt wel om specifieke competenties. Met name zelfvertrouwen, risicobereidheid, creativiteit en energie. De missie van de organisatie moet voor alle medewerkers voldoende inspirerend zijn. Het intern ondernemerschap vergt ook een bepaald klimaat. Het management van een organisatie heeft als taak een dergelijk klimaat te bevorderen. Dit kan bijvoorbeeld door sterk op output te sturen en door empowerment. Verder zo min mogelijk interne regelingen en procedures, zodat de speelruimte groot is en deze onbelemmerd kan worden gebruikt. Het management moet investeren in (ook interne) relaties en in verticale face-to-face communicatie. Het intern ondernemerschap moet ook verankerd zijn in de werving-, selectie-, beoordeling- en beloningsystemen. Tot slot heeft de organisatie bij voorkeur een groot integrerend vermogen, gebaseerd op een inspirerende collectieve ambitie, die ten minste door het management met enthousiasme uitgedragen wordt. Daarbij is het natuurlijk wel een voorwaarde dat de medewerkers zich als interne ondernemers willen gedragen.

Interne ondernemers zijn meer dan empowerde medewerkers daar de laatste de vrijheid om te ondernemen topdown hebben verkregen. Andere

kenmerken van de interne ondernemer zijn dat ze een eigen strategie kunnen ontwikkelen om de doelen na te streven en dat ze meer dan anderen in staat zijn om bedreigingen te herinterpreteren als kansen. Ze moeten niet alleen vrijheid krijgen, maar ook behoefte hebben aan vrijheid. Ze hebben een behoefte om persoonlijk vooruit te komen. Ze nemen daartoe risico's en kunnen omgaan met de daaruit voortvloeiende onzekerheden. Ze zijn op een pragmatische manier resultaatgericht en sterk gemotiveerd om de onderneming, die ze vooral als hun onderneming zien, tot een goed einde te brengen. Ze voelen zich thuis in hun organisatie.

Weggeman e.a. onderkennen aan de werkwijze van de interne ondernemer vier fasen. Eerst de solo-fase, waarin het idee ontwikkeld wordt. Dan de netwerk-fase, waarin de organisatie rijp wordt gemaakt voor het idee.

Vervolgens de bootleg-fase, waarin met het idee binnen de organisatie geëxperimenteerd wordt. En tot slot de formele-fase, waarin het idee geïmplementeerd wordt.

De basis voor het slagen van een interne onderneming is het bestaan van vooral veel shared values.

6.4 Ondernemen in het wild :

Volgens Zevenbergen (2006) is de ultieme vorm van ondernemen het starten van een eigen bedrijf, met eigen geld. Ondernemers moeten optimisten zijn, omdat zij kansen zien die anderen meestal niet opmerken en waar ze enthousiast mee aan de slag gaan. Omdat ondernemen echter ook risico's nemen is, wordt het starten van een onderneming met eigen geld meestal als heel eng ervaren door niet ondernemers. Volgens Zevenbergen zijn de meeste managers geen ondernemers omdat ze geen risico's durven te nemen. In veel gevestigde grote bedrijven zegt men wel het innoveren en ondernemen hoog in het vaandel te hebben staan, maar echte risico's wil men meestal niet lopen. Dat je naar buiten toe wel kunt zeggen dat je aan innovatie doet, maar je eigenlijk schaamt voor het geen risico's durven nemen.

Voor een zorgprofessional, die wil gaan ondernemen in de zorgmarkt, lijkt er een groot voordeel te bestaan, in die zin dat hij midden in zijn markt staat. Hij leeft en denkt "markt", net als de marktkoopman, zoals Zevenbergen dat omschrijft. Echter zorgprofessionals hebben nooit echt met elkaar voor het leveren van producten hoeven te concurreren, zodat ze niet genooddaakt waren om zich te verdiepen in wat de klanten nu eigenlijk echt zouden willen. In de GGZ-markt ligt dit nog ingewikkelder, want hoewel in het zorgproces altijd als eerste gevraagd wordt naar de hulpvraag en wat men met van het bezoek verwacht, wordt pas in de loop van het proces duidelijk waar de werkelijke verwachtingen liggen. Het gaat dan ook vooral om het voelen van de markt. Hoewel het voor de zorgmarkt zo vanzelfsprekend lijkt, moet de klant dus altijd centraal staan. Roepen dat er vraaggestuurd wordt gewerkt volstaat dan niet.

Veel auteurs hebben het ten aanzien van het ondernemen over de vier D's, namelijk het Dromen, Denken, Durven en Doen. Omdat het stadium van het Dromen zo prettig is, komen veel mensen niet verder dan dat. Het te veel Denken werkt vaak ook belemmerend. Overal worden aanleidingen gezien om de Dromen niet te verwezenlijken. Zevenbergen stelt daarom het Durven

vóór het Denken. Durf heb je nodig om die eerste fase door te gaan. Door een eerste stap te nemen, zet je vaak een mechanisme in werking dat niet meer omkeerbaar is. Het Denken kan het best gebruikt worden om de Dromen om te zetten in echte plannen, middels het in je hoofd of al meteen op papier zetten van een businessplan.

Als meest belangrijke D wordt veelal die van Doen gezien. Zevenbergen noemt een vijfde D als meest belangrijk, namelijk die van Doorzetten of Doorgaan. Veel ondernemers komen in de beginfase in financiële problemen terecht. Raakt het geld op dan is de stap naar opgeven maar klein. Maar de noodzaak om betalingen te moeten doen, kan de mensen ook creatief maken.

6.5 Ondernemen in de zorg :

Hoogendoorn (2005) schreef in opdracht van ING Medinet in samenwerking met de Raad voor de volksgezondheid en zorg (RVZ) een boekje over ondernemerschap in de zorg met de titel Dromen denken durven doen. Het zal wel niet toevallig zijn dat banken zich met onderzoek op dit terrein bezig houden. Toch is het wel opmerkelijk omdat banken meestal niet zo happig zijn op het nemen van risico's met geld. Mogelijk wordt de gezondheidszorg als een vrij zekere en stabiele markt gezien, waar altijd wel veel geld in zal blijven rondgaan. Tenslotte wordt een goede gezondheid als het hoogste goed ervaren.

Gaat het over commerciële projecten in de zorg dan heb je het in feite over ondernemerschap. Alle projecten hebben gemeen dat ze de cliënten centraal stellen. Een efficiënte organisatie is een organisatie die efficiënt met de tijd van de cliënt omgaat. Een andere gemeenschappelijke doelstelling is gelegen in het de cliënt voor minder kosten beter bedienen.

Hoogendoorn maakt onderscheid naar de aspecten van de ondernemer, de visie en de aanpak. Ondernemerschap is een middel om de bedrijfsvoering en de benutting van publieke middelen te verbeteren. Goede en doelmatige bediening van de klant is het uitgangspunt. Commerciële initiatieven komen op waar gaten in het aanbod bestaan. Het draait om persoonlijk leiderschap, waarbij de **ondernemer** een eigen visie op de wereld heeft en dan met name op de wereld van de klant. Verder om het inrichten van de organisatie op een dusdanige manier dat adequaat op de buitenwereld is ingespeeld.

Ondernemers in de zorg zijn evenwichtskunstenaars. Ze moeten polderen tussen de specialisten die vragen en de organisatie die moet leveren (intern gericht) en een vraaggedreven zorgsysteem vraagt om snel reageren op veranderende externe eisen. De mix prijs, kwaliteit en snelheid moet acceptabel zijn. Voor het aanbod dat gecreëerd wordt, moet vraag zijn. Geld staat niet centraal, want de eerste gedachte moet zijn de klant en bij wat je deze klant wilt bieden. Het verbod op het winsttoogmerk zal overigens nog tot 2012 blijven bestaan voor instellingen in de zorg. Een maatschappelijke functie en doelmatigheid hoeven elkaar echter niet te bijten.

Ondernemend zijn, het durven aanpakken van moeilijke of risicovolle zaken wordt een aanvullende vereiste (kerncompetentie) om overeind te blijven. Het verlangen om iets te kunnen betekenen voor de medemensen blijft in de gezondheidszorg als kerncompetentie ook staan. Er moet echter meer gebruik gemaakt worden van de bedrijfskundige kennis (en competenties) en

dan met name als het gaat om keuzes maken, het de klant goed en doelmatig kunnen bedienen, gedrevenheid, creativiteit en leiderschapskwaliteiten. Bij leiderschapskwaliteiten van ondernemers moet gedacht worden aan zaken als het een goede communicator zijn; aanvoelen waar het om gaat; eigen ideeën ontwikkelen én rekening houden met anderen; hoog energieniveau en kunnen doorzetten; geen bureaucratisch beheerder zijn; en het kunnen werken met een gefragmenteerde organisatie. Een ander cruciaal aspect is het zichtbaar kunnen maken van een gevoel van urgentie. Zonder een heldere strategie, die je goed en duidelijk aan anderen kan uitleggen, kom je niet ver. Het helpt als de **visie** appelleert aan de medewerkers. Doelgroepgericht denken is de trend. Dit vraagt om een nieuwe organisatorische werkwijze. Namelijk een integrale aanpak van het management van medewerkers, middelen en processen (het INK model bewaakt de samenhang). Het dromen en denken heeft te maken met de visie. De visie moet passen bij de (on)mogelijkheden van de organisatie. De visie moet enthousiasmeren. Aansluiten bij trends (doelgroepgericht denken). Men moet zich vragen stellen als:

- op welke klanten richt ik me en wat hebben ze nodig?
- hoe vind ik dat de zorg eruit zou moeten zien?
- hoe onderscheiden van de concurrentie met het oog op winst maken?
- waar ligt mijn belangrijkste vaardigheid?
- tot welke diensten beperk ik mij?

Het gaat vooral om basale vragen. Het verleden lukraak kopiëren werkt niet. De strategie moet dus vooral helder en duidelijk zijn en moet goed uit te leggen zijn. Ondernemerschap is in feite vernieuwen c.q. veranderen. Nu nog zijn veel instellingen in de zorg opgezet rond organisatorische thematieken. Hiermee is het zicht op waar het werkelijk om gaat (de klant) verloren gegaan. Een ander belangrijk aspect is de vraag of het ondernemen het best binnen of buiten de reguliere organisatie kan gebeuren. Sowieso is het belangrijk om terug te gaan naar de basis. Naar de professional. Het verhaal van de professionals moet wel genuanceerd worden met het klantenperspectief. Vervolgens bekijken of het plan bedrijfsmatig betaalbaar is. En tot slot moet het geheel passen bij de keuzes van de instelling. Over de **aanpak** zou wel een apart boek kunnen worden geschreven. Voor het ondernemen geldt een integrale benadering. Alle facetten worden tegelijkertijd aangepakt. Dus zowel management, strategie als operations. Hiervoor is het toepassen van modellen ter vereenvoudiging van de werkelijkheid en om de samenhangen op hoofdlijnen te blijven zien nodig. Bijna altijd wordt het INK-managementmodel gehanteerd. Dit houdt in dat strategie en waarden als startpunt gelden, in een omgeving waar de randvoorwaarden worden geschapen door maatschappij en governance, de beheers- en besturingsstructuur. Vanuit de strategie wordt het managen van medewerkers, middelen en processen gedaan.

6.6 Voorbeelden van ondernemerschap in de zorg :

Een goed voorbeeld van ondernemerschap binnen de reguliere gezondheidszorg is *DZ Zorgservices* (Van de Schepop), onderdeel van het

Deventer Ziekenhuis. Jarenlang was men bezig met nieuwbouwplannen dat maar niet wilde lukken. Als nieuw aangestelde directeur organisatieontwikkeling richtte Van de Schepop zich op het ontwikkelen en implementeren van een vraaggestuurde zorgvisie. De eerste stappen werden binnen de bestaande organisatie gemaakt. Het gevoel van urgentie was hoog, maar niet goed zichtbaar. Eerst werd sterk geïnvesteerd in de contacten met de huisartsen. Vooral het ontwikkelen van Huisartsen-ICT, zodat de huisartsen rechtstreeks aanvragen voor aanvullend onderzoek kunnen doen, is een succes. Het bleek echter lastig om het veranderingsproces op snelheid te houden. Dit was de basis voor het drastische besluit om een commerciële kliniek binnen de bestaande organisatie op te zetten. Met het uitkleden van het ziektekostenverzekeringspakket moet deze tak groeien tot 10% van de omzet van het ziekenhuis. Door de groei van het ziekenhuis en het succes van de commerciële opzet komt er nu wel nieuwbouw. Meest essentieel lijkt te zijn geweest dat de visie van de onderneming goed aansluit bij de visie van de instelling. Van de Schepop is overigens ook partner bij *Joining Minds*, dat ontwikkelt en faciliteert vernieuwing en ondernemerschap in de zorg. Bij *Parnassia* (Verschoor) is de visie uitgangspunt geweest voor de fusie van acht GGZ organisaties. Vanaf de werkvloer werd al actief gezocht naar samenwerking. Voor de fusie waren er 73 samenwerkingsprojecten, die slechts met boekhoudkundig kunst- en vliegwerk konden worden verantwoord. De toenmalige 11 bestuurders stelden gezamenlijk 20 uitgangspunten op over de zorg. Centraal staat de visie van het leveren van gespecialiseerde zorg aan vaak kwetsbare cliëntengroepen. De visie moest keer op keer worden uitgelegd. In de opgerichte Stichting Fusievoorbereiding nam een brede vertegenwoordiging van de organisatie deel. Hierdoor werd gewaarborgd dat er naast marktgerichte zorgprogramma's ook een gericht zijn op het maatschappelijk belang bleef bestaan. De kernwaarden hierbij zijn openheid, respect en deskundigheid. Het gelijk krijg je van de markt (tevreden klanten). Doelgroeporiëntatie houdt in afbakening van werkstromen en/of groepen cliënten bijvoorbeeld op urgentie, of op de mogelijkheid of bereidheid om extra te betalen.

Het *MRI Centrum* (Veldhuizen) is een commercieel centrum met locaties in Amsterdam en Rotterdam met een erkenning als Zelfstandig Behandel Centrum (terwijl het in feite om diagnostiek gaat) heeft bijvoorbeeld drie verschillende doelgroepen (opdrachtgevers). Ten eerste doen ze onderzoek voor de farmaceutische industrie, dat winstgevend is. Ten tweede werken ze in opdracht van alle ziekenhuizen in Nederland daar ze garanderen dat een onderzoek binnen een week na aanvraag wordt verricht (hiermee worden de vaste en variabele kosten terugverdient). En ten derde worden er onderzoeken gedaan op doorverwijzing van huisartsen, sportartsen, vrijgevestigde neurologen e.d. (vanwege het CTG-tarief geeft dit geen dekking van de vaste kosten).

Men kan ook de keus maken om voor verschillende doelgroepen verschillende rendementseisen te stellen, zoals bij woningcorporatie *Ymere*. Ouderenzorg *Skewiel Trynwâlden*, waar ze het verzorgingstehuis hebben vervangen door een dienstencentrum, heeft luxefaciliteiten voor de rijkere ouderen, waar de rekeningen voor de armen kunnen worden kwijtgescholden.

Als voorbeeld voor de wijze van aanpak kan de *Rhön-Klinikum* in Duitsland worden genomen. Dit is een beursgenoteerde ziekenhuisonderneming bestaande uit een conglomeraat van overgenomen staatsziekenhuizen, die in zo'n drie jaar tijd winstgevend worden gemaakt, hanteert een standaard aanpak. Eerst wordt een brede projectgroep samengesteld. Via een vast aantal besprekingen komt men tot een vastgelegd activiteitenprogramma. Rond verschillende thema's worden subgroepen geformeerd. Na een vast tijdspad komt men tot een investeringsplan. Het kostenniveau wordt standaard verlaagd door het stroomlijnen van processen.



M.C. Escher, the Borger Oak

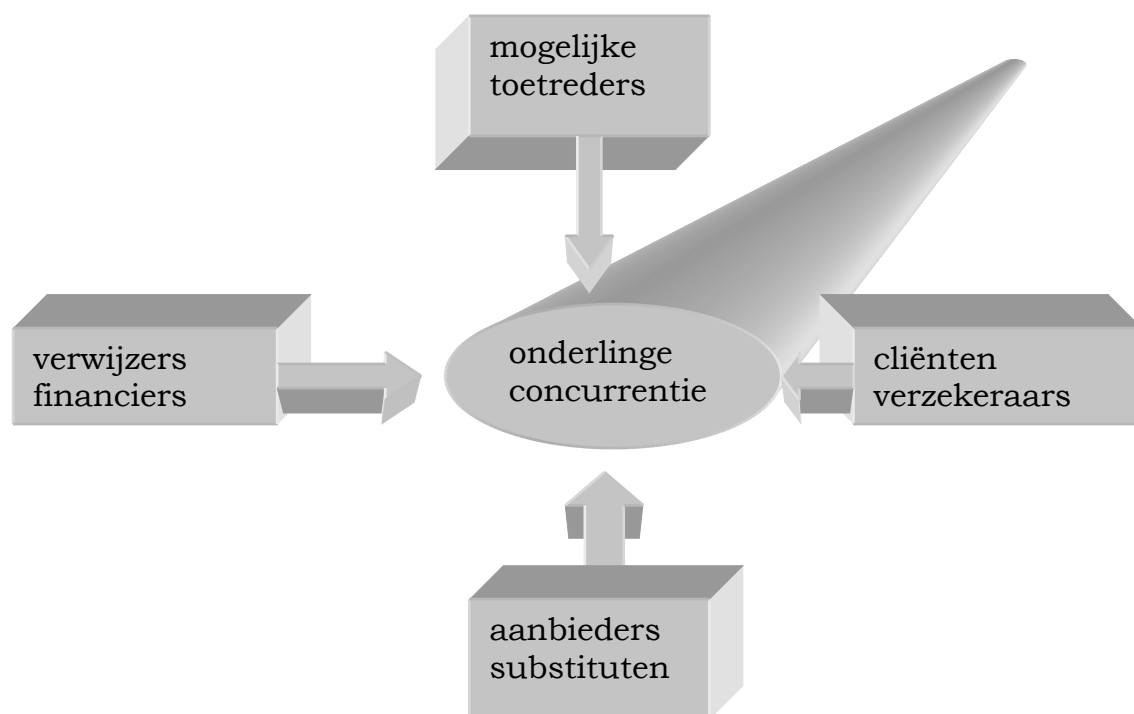
7 Bedrijfstakanalyse of Porter-analyse

Met de PESTEL-analyse zijn de krachten uit de macro-omgeving op de bedrijfstak GGZ in kaart gebracht. Hoe deze algemene factoren in de directe omgeving van de GGZ-organisaties doorwerken in de competitieve krachten op de organisaties kan via een Porter-analyse inzichtelijk worden gemaakt. Porter (1980) gaat ervan uit dat de strategische positie van de organisaties mede bepaald wordt door de structuur van de bedrijfstak/sector. Een Porter-analyse is dus een object analyse van de bedrijfstakstructuur. Porter onderscheidt de volgende vier structuurkenmerken:

- toetredingsmogelijkheden
- macht aanwezige marktpartijen
- substitutiemogelijkheden
- mate van wedijver

Een analyse aan de hand van deze structuurkenmerken maakt helder wat er zich allemaal afspeelt in de sector en waar de mogelijkheden en kansen liggen. Tevens geeft het inzicht in de dynamiek van de sector. Voor een afzonderlijke onderneming of instelling is daarmee te bepalen welke positie binnen de sector wordt ingenomen. Voor iemand die een onderneming wil starten wordt meer duidelijk waar de mogelijkheden liggen en hoe voordeel ten opzichte van de andere organisaties is te behalen.

Bij meer marktwerking wordt het aspect concurrentie steeds belangrijker. In de publieke sector moet je dan meer in termen van betere kwaliteit of het beter gebruik maken van de middelen denken. Het vijf krachten raamwerk helpt bij het vaststellen van de bronnen van concurrentie binnen een sector. Vaak wordt bij concurrentie alleen gekeken naar de directe rivalen, maar er zijn veel meer krachten die de concurrentie bepalen. Porter onderscheidt in model de volgende vijf concurrentiekrachten:



De meeste organisaties in de GGZ keken tot voor kort alleen naar elkaar, hoewel er van onderlinge concurrentie eigenlijk nog geen sprake was. Het vijf krachten model maakt duidelijk dat er ook concurrentiekracht van nieuwe toetreders en van aanbieders van substituten (alternatieven voor de bestaande producten) te verwachten is. Van de toeleveranciers (verwijzers en financiers) uit en van de kopers (cliënten en verzekeraars) uit is er sprake van onderhandelingsmacht. Dit zijn voor de GGZ-organisaties de laatste jaren ook steeds meer toenemende concurrentiekrachten. In dit hoofdstuk zullen deze concurrentiekrachten voor de GGZ-sector verder worden uitgediept.

In dit hoofdstuk zal ook de informatie zoals ik die met de interviews heb verzameld voor een groot deel worden teruggekoppeld. Omdat het om een beperkt aantal interviews gaat en de interviews slechts semi-gestructureerd waren afgenomen, heeft er geen uitgebreide wetenschappelijke toetsing van de uitspraken plaatsgevonden.

7.1 Dreiging van nieuwe toetreders :

De mate van dreiging van nieuwe toetreders hangt af van in hoeverre er toetredingsbarrières bestaan. De laatste zijn factoren waaraan moet worden voldaan om tot de markt te kunnen toetreden. Barrières in de letterlijke zin zijn het overigens niet. Ze werken doorgaans alleen vertragend op nieuwe toetredingen.

7.1.1 wetgeving en overheidsbemoeienis:

Zoals al eerder aangegeven zijn er wat dit betreft twee bewegingen gaande. Enerzijds stimuleert de overheid vooral met wetgeving dat er meer marktwerking komt. Dat er vooral nieuwe aanbieders bijkomen, die het liefst meer kwaliteit bieden voor minder geld. De nieuwe aanbieders zouden de bestaande instellingen ook meer moeten prikkelen om efficiënter te gaan werken. Anderzijds wordt vanuit de overheid, maar overigens ook vanuit de beroepsorganisaties sterk aangedrongen op samenwerking. In hoofdstuk 4.3 is reeds geschetst hoe de grote, geïntegreerde GGZ-instellingen zijn ontstaan. Door de afstemming en afbakening van voorzieningen in en tussen deze monopolistische instellingen is er nauwelijks overlap meer van zorg, wat betekent dat de cliënt maar bij één instelling terecht kan met zijn vraag. Voor een nieuwkomer op de markt zal het moeilijk zijn om hier tussen te komen.

Een ander aspect is dat de wet- en regelgeving dusdanig complex is, dat het voor een startende onderneming moeilijk is om een totaal overzicht te hebben. Bij toelatingsprocessen moeten vaste procedures worden doorlopen, waarbij het niet volgen van de juiste procedure leidt tot een afwijzing, waarna weer opnieuw moet worden begonnen. Het toelatingsproces alleen al neemt zo'n zes maanden in beslag. Deze toelatingen worden verleent door VWS en zijn nodig om zorg ten laste van de Zorgverzekeringswet (Zvw) of de AWBZ te mogen leveren. Pas als men deze toelating(en), die voor specifieke functies en voor omschreven regio's van bijvoorbeeld de AWBZ gelden, heeft kan men het aanbestedingsproces met de zorgkantoren aangaan.

Zorgkantoren zijn zelfstandig werkende kantoren, die proberen om zorgvraag en -aanbod in een specifieke regio zo goed mogelijk op elkaar af te stemmen. Zij zijn nauw gelieerd aan de zorgverzekeraar met het grootste marktaandeel

in de desbetreffende regio. Zij hebben een aantal taken, ondermeer in relatie tot het regionale zorgbeleid, zoals het opstellen van een regionaal beleidsplan. De uitvoering van de AWBZ is in 1998 bij de zorgkantoren neergelegd.

De snelle en vele veranderingen van de wet- en regelgeving vraagt van nieuwe toetreders grotere flexibiliteit dan van de grote bestaande instellingen daar deze laatste meestal zelf betrokken waren bij de besluitvorming rond deze veranderingen. Zo was de nieuwkomer op de ambulante GGZ-markt *1nP* in 2004 gestart in een omstandigheid van openeind financiering, iets dat in hetzelfde jaar weer is teruggedraaid. Bovendien is er nog een groot verschil tussen het aankondigen en zelfs besluiten tot een beleidsverandering en het vervolgens uitvoeren in de praktijk. Hier speelt dan ook weer heel sterk dat degenen die de beslissingen nemen, degenen die de uitvoering doen en degenen die ervan moeten profiteren allemaal verschillende personen c.q. instanties zijn.

7.1.2 samenwerkingsverbanden en netwerken:

Vooralsnog in de GGZ zijn de samenwerkingsverbanden en de functionele netwerken zeer wijd verbreid. Rond een vraag/aanbod combinatie zijn meerdere onderdelen (zorgcircuits, zorgprogramma's) vanuit de GGZ en vanuit omliggende gezondheidszorg sectoren actief. De instellingen binnen een regio zijn doorgaans allemaal een bestuurlijke fusie aangegaan, of middels overlegplatforms verbonden. Alle reguliere zorg moet via vaste procedures geïndiceerd worden. De richtlijnen schrijven vervolgens min of meer voor hoe verder gehandeld moet worden. Het spel moet geheel volgens de regels die de zittende partijen hebben opgesteld, gespeeld worden. Dit vormt natuurlijk een enorme toetredingsbarrière voor nieuwe aanbieders. De enige manier om deze barrière te omzeilen, is om dit aspect juist te gebruiken in de opzet van de onderneming, zoals Van Kesteren heeft gedaan met de opzet van *1nP*. Dit *1^e netwerk Professionals in de ambulante geestelijke gezondheidszorg* is een netwerkorganisatie, waarbij in de stichtingsvorm inmiddels zo'n 400 professionals verenigd zijn. De professionals zijn niet in loondienst (tot enkele jaren geleden moest een GGZ-instelling psychiaters daadwerkelijk in loondienst hebben), maar worden betaald naar de verrichtingen. Door zelf een digitaal netwerk te ontwikkelen, is veel efficiëntiewinst behaald, zodat *1nP* concurrerend kan zijn in tariefstelling. De informatiebeveiliging voldoet aan de strengste eisen en met unieke nationale en internationale certificeringen is informatie-uitwisseling mogelijk, waarmee veel winst in efficiëntie en in kwaliteit vooral op de administratieve processen is behaald.

7.1.3 financiële barrières:

Omdat de GGZ-sector als het om AWBZ voorzieningen gaat vooralsnog zonder winstoogmerk is, zal het niet lukken om voor risicovolle investeringen voldoende kapitaal te kunnen lenen. Ook de zwakkere bestaande zorginstellingen hebben het wat dit betreft niet makkelijk sinds de oprichting in 1999 van het Waarborgfonds voor de zorgsector (WfZ). Als de instelling aan zekere voorwaarden voldoet (onder andere het aanhouden van voldoende financiële reserves), kan deze toegelaten worden tot dit fonds. Dan kan de instelling onder het kostenniveau van de handelsbanken leningen afsluiten

bij de Bank van de Nederlandse Gemeenten of de Waterschapsbank. Een startende onderneming zonder eigen kapitaal kan daar geen beroep op doen. De meeste zorgkantoren geven startende ondernemers met een AWBZ erkenning wel een startpremie (het zorgkantoor Noord-Holland Noord bijvoorbeeld € 50.000,-), maar komt pas maanden later beschikbaar en is natuurlijk volstrekt ontoereikend als het gaat om investeringen in kantoren of personeel. Dit bracht Van Kesteren tot de uitspraak dat er geen winst mag worden gemaakt, maar dat je wel een flinke zak geld mee moet brengen om AWBZ-zorg te mogen bieden.

Het subsidiesysteem vormt ook een toetredingsbarrière. Alleen als het initiatief past in het beleid waarvoor subsidiegeld beschikbaar is, maakt men kans. Maljers noemt in dit verband overigens dat commerciële initiatieven nooit op subsidiebasis of andere incidentele financieringsstromen moeten starten. Wordt de subsidie ingetrokken of gestopt dan is het nog maar afwachten of er alternatieve financieringsbronnen zijn. Zelfs goed lopende initiatieven als Sneller Beter zouden volgens Maljers hierdoor weinig kans maken.

7.1.4 ervaring:

Hierbij gaat het bijvoorbeeld om het concept van de ervaringscurve. Dit concept geeft aan dat hoe meer diensten men geleverd heeft, des te goedkoper kan men deze dienst per eenheid leveren. Als dus een nieuwe dienst wordt begonnen, heeft men er nog geen ervaring mee, dat tot hogere kosten kan leiden aanvankelijk. Hetzelfde geldt als een bekende dienst nieuw wordt aangeboden. Gaat het echter om totaal nieuwe producten/diensten dan gaat deze vergelijking niet op. Dan is er ook vanuit de bestaande instellingen met dat product nog geen ervaring opgedaan.

Ook kan het feit dat men vanuit de bestaande instellingen juist géén ervaring heeft met het aangaan van concurrentie een voordeel zijn voor een startende onderneming. Het voorbereid zijn op c.q. het inspelen op een toekomstige marktwerkingssituatie kan een enorm concurrentievoordeel opleveren.

Oftewel het hebben van de juiste visie met het oog op de toekomst. Dit speelt volgens mij bij het succes van de *Parnassia Groep* bij het in de markt zetten in 2005 van *PsyQ*. Omdat ook de volgende toetredingsbarrière naar mijn idee van kracht is, zal ik *psyQ* daar beschrijven.

7.1.5 differentiatie:

Differentiatie is het leveren van een product of dienst, waarvan de cliënt de waarde hoger inschat dan van vergelijkbare producten van de concurrentie. *PsyQ* is één van de twee divisies van de *Parnassia Groep*. De andere divisie heet nog steeds *Parnassia*. De *Parnassia Groep* is een voorbeeld van een grote, geïntegreerde GGZ-instelling, door een megafusie ontstaan in de regio Den Haag. Ondanks de naamsveranderingen had en heeft *Parnassia* in de volksmond een slechte naam. Dit geldt eigenlijk voor alle grote instellingen die een zeer breed zorgaanbod hebben. Dit creëert namelijk verwachtingen die nooit waargemaakt kunnen worden. Door nu de acht zorgfuncties waar de grootste vraag naar is en waarvoor kwalitatief hoogwaardige zorgprogramma's zijn ontwikkeld (allen reeds met HKZ certificering), onder te brengen in een "nieuwe" instelling met een aansprekende naam, wordt perfect ingespeeld op de verwachtingen vanuit de markt. Binnen *Parnassia* wordt dan vooral de maatschappelijk relevant geachte zorg, zoals de

bemoeizorg en de BOPZ zorg, geleverd. Dit laatste gebeurt doorgaans in ketenzorg samen met zorgaanbieders uit andere zorgsectoren. Zo wordt door de *Parnassia Groep* dus zowel een volledig aanbod van marktgerichte zorg geboden middels *PsyQ*, als dat wordt ingespeeld met *Parnassia* op het maatschappelijk belang, waarbij vanuit de maatschappij gevonden wordt dat mensen met chronische psychiatrische ziekten, als gevolg waarvan ze dreigen buiten de maatschappij te komen te staan, geholpen moeten worden.

7.2 Dreiging van aanbieders van substituten :

Het aanbieden van substituten (alternatieven voor bestaande producten of diensten) heeft tot gevolg dat er voor een bepaald type van producten of diensten minder vraag is en het kan zelfs dat afhankelijk van de kwaliteit van de substituten dit type producten obsoleet wordt.

7.2.1 substitutie van het ene product door het andere:

Dit kan door convergentie van voorheen verschillende bedrijfstakken. Zoals bijvoorbeeld e-mail dat het sturen van brieven vervangt. Dit speelde bij het begin van de psychiatrie. Psychiatrische patiënten waren veelal om justitiële redenen opgenomen, totdat ze als patiëntengroepen werden herkend en uiteindelijk ook als zodanig behandeld. Andere voorbeelden uit de historie zijn de substitutie van de elektroshocktherapie en de insulinecomatherapie (uitgevoerd door neurologen) door psychotherapie en psychofarmaca (uitgevoerd door psychiaters).

Binnen de bedrijfstak zelf speelt substitutie van het ene product door het andere voortdurend en in sterke mate. Steeds weer komen er nieuwe medicijnen of (psychotherapeutische)behandelmethoden op de markt, die claimen beter te zijn of complementair te zijn aan de bestaande producten. Binnen de bedrijfstak kan dit tot grote verschuivingen leiden, waarbij ook economische motieven een belangrijke rol kunnen spelen. Denk bijvoorbeeld aan de min of meer substitutie van de psychoanalyse door de cognitieve gedragstherapie (CGT). De eerste betreft een intensieve, langdurige en dure behandeling. Ook de opleiding tot een dergelijke therapeut is langdurig en zeer kostbaar. De CGT heeft tegengestelde kenmerken en heeft op z'n minst dezelfde kwaliteiten wat behandelresultaat betreft, iets dat met wetenschappelijk onderzoek ook onderbouwd is. Als bijkomend effect heeft een en ander geleid tot verdere differentiatie binnen de beroepenstructuur, daar de psychoanalyse doorgaans door psychiaters werd gedaan en de CGT door psychologen. Eén van de eerste succesvolle nieuwere ondernemingen in de GGZ, de *HSK Groep* maakt bij de behandelingen vrijwel exclusief gebruik van CGT.

7.2.2 substitutie van een behoefte:

Door de kwaliteit of kenmerken van een nieuw product worden ondersteunende diensten voor een ander product overbodig. Bijvoorbeeld door de kwaliteit van de huidige huishoudelijke apparaten zijn onderhoudsdiensten en reparatiediensten niet meer nodig.

Als voorbeeld vanuit de GGZ zou de e-therapy (het doen van therapie met gebruikmaking van internetfaciliteiten) kunnen worden gezien. Zo zou een belangrijk deel van de eerste screening reeds met zelfhulpvragenlijsten gedaan kunnen worden. Hiervoor hoeven de mensen dan niet meer naar

iemand toe te komen. Ook zijn geen mensen meer nodig om de vragenlijsten af te nemen. Tal van ondersteunende activiteiten kunnen zo gesubstitueerd worden.

Het zijn vooral de nieuwe ondernemingen die gebruik maken van dergelijke nieuwe, innoverende methodes en technieken. *PsyQ Eetstoornissen* maakt gebruik van een webportal bij de behandeling van patiënten met *Boulimia Nervosa* (patiënten met vreetbuien). Patiënten kunnen via het webportal informatie krijgen over het ziektebeeld en ze kunnen zich online aanmelden voor een behandeling. Voor een intakegesprek worden ze dan wel uitgenodigd, maar de consulten vinden merendeels weer online plaats. Hiermee kan de gemiddelde behandelduur aanzienlijk verkort worden. De behandeling wordt door de zorgverzekeraars gefinancierd. De al veel langer bestaande instelling *Mentrum* in Amsterdam maakt overigens ook gebruik van deze methodiek. Dit laatste aspect is iets dat in de gezondheidszorg in sterke mate speelt en dat ook met marktwerking waarschijnlijk niet anders zal worden, namelijk dat wanneer er nieuwe producten of diensten ontwikkeld worden en deze tot standaard zijn verheven, al snel alle instellingen ze zullen toepassen. Het concurrentievoordeel van het gebruik van dat product of dienst is daarom meest van korte duur. Zo fel als de concurrentie is tussen de farmaceutische industrieën zal het wat dit betreft waarschijnlijk nooit worden. De markt is op dit vlak wel aan het veranderen. Zo worden ook behandelmodules gepatenteerd en commercieel aangeboden.

7.2.3 generieke substitutie:

Generieke substitutie is dat het beschikbare budget aan andere producten of diensten wordt besteed dan die direct op verkrijgen van psychische gezondheid zijn gericht. In vergelijking met het besteden van het huishoudelijke budget dat zowel aan meubels als aan een televisie, als aan vakanties of een auto kan worden besteed. Dit speelt binnen de bedrijfstak GGZ in de competitie tussen behandelinstellingen en instellingen die met preventie bezig zijn.

7.3 Onderhandelingsmacht van marktpartijen :

Deze twee concurrentiekrachten worden gezamenlijk behandeld daar ze overeenkomstige effecten hebben op de strategische vrijheid van organisaties en op de grenzen (en daarmee het bestaansrecht) van organisaties. De marktpartijen samen vormen de waardeketen, waarin de organisaties/instellingen opereren. De strategische macht van een instelling is dus altijd relatief tegen de achtergrond van deze onderhandelingsmacht van de kopers (cliënten en verzekeraars) en de toeleveranciers (verwijzers en financiers).

7.3.1 concentratie:

Bij concentratie van kopers is de onderhandelingsmacht de kopers doorgaans hoog en bij concentratie van de toeleveranciers de macht van de toeleveranciers. Is er een klein aantal kopers, die wel grote partijen willen inkopen, dan is de producent meer afhankelijk van deze kopers. Voor de GGZ-sector is er inderdaad sprake van een concentratie van inkopers. De cliënten hoeven namelijk niet zelf te onderhandelen met de instellingen over de prijs en kwaliteit van de te leveren producten. Dit wordt door de zorgkantoren gedaan namens de cliënten. De verzekeraars verdelen

het premiegeld (van de zorgverzekeringen en de AWBZ) over de zorginstellingen. Sinds het afschaffen van de contracteerplicht (dat de verzekeraars alle zorgaanbieders een contract moesten aanbieden) is de onderhandelingsmacht aanzienlijk toegenomen. Echter als het aantal zorgaanbieders klein is, haalt deze onderhandelingsmacht weinig uit (ten slotte zijn er geen andere aanbieders waar men terecht kan).

De omstandigheid in de GGZ is momenteel nog zo dat alle aanbieders met een toelating voor de AWBZ een gunning krijgen van het zorgkantoor. Alleen de omvang van de gunning en voor welke functies kan natuurlijk variëren. Ook de verdeling van extra gelden, zoals voor het verminderen van wachtlijsten, is een aspect van de onderhandelingsmacht.

7.3.2 flexibiliteit in keuze aanbieder:

Als er makkelijk van aanbieder gewisseld kan worden, bijvoorbeeld omdat er geen langlopende contracten zijn, is de onderhandelingsmacht van de kopers ook groot. Dit speelt bij het systeem van het persoonsvolgend budget (PVB) en het persoonsgebonden budget (PGB). Deze regelingen komen voort uit de modernisering van de AWBZ en wel de verandering van een aanbodgericht stelsel naar een vraaggericht stelsel. Consumentensoevereiniteit is uitgangspunt. Vraagsturing betekent dat de verzekerde zelf kan kiezen hoe de zorg wordt ingevuld. Eerst kiest de verzekerde of hij de zorg door het zorgkantoor laat regelen of dat hij dat zelf doet. Vervolgens worden er individuele budgetten vastgesteld. Verzekerden die kiezen voor zorgverlening door het zorgkantoor krijgen een PVB toegewezen. Als de verzekerde ervoor kiest de zorg zelf in te kopen krijgt hij een PGB toegewezen. De verzekerde moest aanvankelijk kiezen uit de aanbieders van AWBZ-zorg, die voldoen aan minimum kwaliteitseisen. Inmiddels is er een ruimere toepassing van het PGB en kan de budgethouder het budget vrij besteden.

7.3.3 inspraak over kwaliteit van het product:

Met de overgang van een aanbodgericht zorgstelsel naar een vraaggericht zorgstelsel is de wetgeving op tal van vlakken aangepast naar bescherming van cliëntenbelangen. Zo zijn cliëntenraden verplicht en is vastgelegd waar dezen bij betrokken moeten worden. Het klachtrecht is aangescherpt zodat instellingen nu ook daadwerkelijk sancties opgelegd kunnen worden. Op een indirecte manier hebben de cliënten hiermee meer onderhandelingsmacht gekregen over de kwaliteit van zorg.

Alle nieuwe ondernemingen hebben cliëntenraden dan ook veel nadrukkelijker betrokken bij de beleidsbepaling. Onderzoek naar cliëntentevredenheid is een standaard procedure.

7.4 Rivaliteit tussen bestaande aanbieders :

De hiervoor beschreven vier concurrentiekrachten werken in op de concurrentiekracht tussen al de organisaties/instellingen die overeenkomstige producten of diensten leveren voor een zelfde doelgroep. Deze vijfde concurrentiekracht betreft dus de mate van wedijver tussen de bestaande instellingen.

7.4.1 marktleiderschap:

Onderlinge concurrentie wordt vooral bepaald door de mate waarin de concurrenten in balans zijn. Zijn er veel min of meer gelijkwaardige organisaties op de markt dan is de onderlinge concurrentie meestal groot.

Zijn er één of enkele grote, dominerende marktleiders actief dan zullen de andere kleinere organisaties zich daar naar richten.

In de GGZ zijn er momenteel per regio inderdaad van zulke marktleiders actief in de vorm van de grote, geïntegreerde GGZ-instellingen. Hierin is echter verandering gaande en wel in twee richtingen. Enerzijds proberen de grote, geïntegreerde instellingen hun invloed buiten de eigen regio uit te breiden en anderzijds komen er in de extramurale GGZ steeds meer landelijk opererende instellingen bij (*InP* en *Mentaal Beter* bijvoorbeeld). In de extramurale GGZ komt er daarmee meer en meer onderlinge concurrentie. Bovendien nieuwe ondernemingen maken vooral gebruik van het samenbrengen van kleinere Zelfstandige Behandelcentra (ZBC's) en van vrijgevestigde psychiaters en psychotherapeuten. Deze betreffen maar een klein deel van de totale GGZ-markt. Hooguit zo'n 5% van het totaal budget voor de GGZ.

7.4.2 ontschotting:

Een aanbieder wordt sinds 1 april 2003 niet meer vanwege de AWBZ toegelaten voor een bepaalde sector van zorg en als een bepaald type aanbieder, maar hij krijgt een toelating voor één of meer AWBZ-functies. De zorgaanbieder heeft daarmee de mogelijkheid gekregen om ook AWBZ-zorg aan te bieden die buiten de oorspronkelijke kernactiviteiten valt. Hiermee kunnen ze hun bestaande diensten dan aan nieuwe doelgroepen gaan aanbieden en kunnen ze nieuwe diensten aan de bestaande doelgroep gaan aanbieden. Dit verhoogd dan dus de onderlinge concurrentie tussen de zorgaanbieders.

7.4.3 groeimogelijkheden:

De GGZ-markt is zoals eerder aangegeven een groeimarkt. De vraag naar GGZ-zorg blijft nog altijd flink groeien. De wachtlijsten blijven lang ondanks de getroffen maatregelen. Zolang de vraag naar zorg de aanbodcapaciteit van zorg blijft overtreffen, zal er geen harde concurrentie tussen de instellingen gaan ontstaan. Omdat er echter voor het totaal budget een plafond bestaat, zal het totale budget wel over alle zorgaanbieders moeten worden verdeeld. Komen er dan nieuwe aanbieders bij dan moet dit ten koste van de bestaande aanbieders gaan.

Omdat er binnen de GGZ-sector een groot tekort aan meerdere types van professionals bestaat, zoekt de overheid de groeimogelijkheden ook op andere vlakken, zoals het versterken van de eerstelijns geestelijke gezondheidszorg. Vooral de grote groep mensen met kortdurende relatief lichte psychische stoornissen zouden behandeld moeten worden door de huisarts, het algemeen maatschappelijk werk, of de eerstelijnspsycholoog.

7.4.4 differentiatie:

Ook op dit vlak is er binnen de GGZ steeds meer gaande. Hoofdzakelijk betreft het ook nu weer vooral de extramurale GGZ. Zo zijn er meerdere aanbieders die zich zijn gaan richten op de arbeidsgerelateerde psychische problematiek. Jongeren die met justitie in aanraking zijn gekomen of die ernstige gedragsproblemen vertonen en ook psychische problemen hebben, vormen ook een doelgroep waar extra gelden voor beschikbaar zijn gesteld. Voor psychiatrische hulp aan licht verstandelijk gehandicapte kinderen en jongeren is de afgelopen vijf jaar een netwerk van landelijk dekkende organisaties opgezet. Een aantal van de nieuwe instellingen zijn aangehaakt

bij de bestaande kinder- en jeugdpsychiatrische instellingen, maar mogelijk zouden dezen in de toekomst ook meer op zich zelf kunnen komen te staan. Met de toegenomen differentiatie zal ook de onderlinge concurrentie meer gaan toenemen.

7.4.5 kwaliteit:

De langer bestaande GGZ-instellingen lijken nog nauwelijks echt met onderlinge concurrentie bezig te zijn. Zorgvernieuwing en innovatie lijken vooral voort te komen uit het streven naar een grotere kosteneffectiviteit en uit regelgeving gericht op kwaliteitsgarantie.

De nieuwere ondernemingen lijken onderling vooral de concurrentie aan te gaan op het vlak van kwaliteit. Allemaal roepen ze om het hardst dat ze de beste zorg leveren c.q. dat ze beter zijn dan de grotere bestaande instellingen. Verder dat men snel geholpen wordt, of dat de geboden behandelmethoden “evidence based” zijn. Er wordt veel aan effectmeting (cliëntentevredenheidsonderzoek) gedaan. Zelfs spreekt men van een kwaliteitsmanagementsysteem (*HSK Groep*). In toenemende mate wordt ook benadrukt dat men een “concurrerende” prijs vraagt. Dit waarschijnlijk vooruit lopend op de toekomstige overgang van de cure naar de Zorgverzekeringswet.

7.5 Conclusie :

Over de onderlinge concurrentie is in het algemeen te zeggen dat deze tot voor kort nooit groot is geweest. Door de blijvende sterke groei van de zorgvraag zal de interne concurrentie waarschijnlijk nooit echt groot worden. Met de vooral macro-economische ontwikkelingen van invoering van gereguleerde marktwerking en het nieuwe zorgstelsel (DBC) zal de onderlinge concurrentie wel toenemen, maar naar mijn idee niet zo sterk als men hoopt en zeker niet zo dat de achterliggende doelstellingen (het efficiënter en kwalitatief hoogwaardiger maken van de gezondheidszorg) zullen worden gehaald.

Potentiële concurrentie is er in belangrijke mate. Als de wachttijden maar blijven groeien, zullen er vanzelf allerlei initiatieven worden ontwikkeld. Of dit nu door de klanten zelf wordt gedaan, of vanuit aanpalende bedrijfstakken als bijproduct ontstaat, het zal niet blijven lukken dat de bestaande instellingen alle nieuwe initiatieven naar zich toetrekken of links laten liggen. Mijn verwachting is dat er commerciële zelfstandige behandelcentra gaan komen, die de meest lucratieve onderdelen uit de psychiatriemarkt gaan overnemen.

Externe concurrentie heeft de afgelopen 10 jaar een grote vlucht genomen. Met recht kan worden gezegd dat de aanbodgerichte zorgverlening aan het verdwijnen is en dat bijna alle instellingen zich buigen over hoe ze de vraaggestuurde zorg het best vorm kunnen gaan geven. Er worden zorgprogramma's ontwikkeld. Zorgnetwerken en zorgketens zijn vooral opgezet vanuit de complexe vragen zoals die rond psychiatrische stoornissen zich voordoen.

8 Nabeschuwing en aanbevelingen

8.1 De stand van zaken per maart 2007 :

Binnen de gezondheidszorg in het algemeen en binnen de GGZ-sector in het bijzonder zijn er grote en belangrijke ontwikkelingen gaande. Er wordt een nieuw zorgstelsel doorgevoerd gericht op meer marktwerking en vraagsturing. Voor de overheid (en daarmee dus vanuit maatschappelijke bezorgdheid) is het beheersen van de kosten van de gezondheidszorg een centraal uitgangspunt. Dit is het al tientallen jaren. Aanvankelijk richtte de overheid zich vooral op de aanbodkant. De overheid wil de laatste jaren meer terugtreden en de verantwoordelijkheid meer bij de burgers leggen.

Marktwerking en vraagsturing zijn daarvoor de sturingsinstrumenten.

In de cure sector is per 1 januari 2006 de nieuwe Zorgverzekeringswet ingevoerd. De GGZ die vooralsnog volledig onder de AWBZ-zorg valt heeft al enkele jaren te maken met een modernisering van de AWBZ, gericht op bovenstaande argumenten. In het laatste *Brancherapport GGZ-MZ* van VWS uit 2005 wordt gesproken van een herpositionering van de GGZ. Deze is ingezet in 2003 als reactie op het rapport *Zorg van velen* van de Landelijke Commissie Geestelijke Volksgezondheid. In dat rapport werd de zorg beschreven over het ontstaan van grote regionale monopoliede instellingen, die het leveren van gespecialiseerde hulp bij psychische stoornissen tot vrijwel hun exclusieve domein hebben gemaakt. Om deze herpositionering te bereiken zijn meerdere beleidslijnen uitgezet:

- versterking eerstelijns geestelijke gezondheidszorg
- kortdurende curatieve en langdurige ggz gescheiden verzekerd
- cure bekostigen op basis van DBC's
- functiegerichte bekostiging AWBZ-zorg
- AWBZ-brede regeling voor persoonsgebonden budget
- Indicatiestelling vanuit centraal punt

Deze beleidslijnen zijn in de voorgaande hoofdstukken overwegend aan de orde geweest. Alle ontwikkelingen zijn in gang gezet en deels al afgerond. Andere ontwikkelingen namen meer tijd dan op voorhand gedacht. Zo zal de bekostiging van de cure GGZ op basis van DBC's, zoals nu gepland pas 1 januari 2008 in werking treden. En daarmee de overgang van de cure GGZ naar de Zvw.

In het regeerakkoord van de recent geïnstalleerde regering van CDA, PvdA en ChristenUnie met het moto *Samen werken, samen leven*, waarmee wordt benadrukt dat men de dialoog met de samenleving verder wil aangaan, is ten aanzien van de zorg aangegeven dat men wil verder gaan met het stimuleren van marktwerking. Het de zorgpremie weer inkomensafhankelijk maken, zoals de wens was van de PvdA gaat niet door. Nogmaals is benadrukt dat artsen en verpleegkundigen efficiënter moeten gaan werken. Dit beleid om middels kostenefficiënter te werken te komen tot verdere kostenbeheersing en om het te kort aan personeel nu en in de toekomst op te vangen, wordt dus ook voortgezet. Verder de wat cryptische formulering dat de ziekenhuizen hun tarieven vaker in onderlinge concurrentie moeten vaststellen. Dit klinkt als een soort waarschuwing dat de marktwerking toch echt gestalte moet gaan krijgen.

Meest opvallend plan in dit kader van buiten de directe zorg is dat ouderen met geld mee moeten gaan betalen aan de AOW, ook wel de bejaardenbelasting genoemd.

Onlangs was Michael Porter in Nederland voor een seminar over strategie en concurrentie. Tevens om zijn laatste boek *Redefining Health Care* te promoten. Hij was ook coach van minister Hoogervorst van VWS. In een interview noemde hij als een oorzaak van de problemen van de Nederlandse gezondheidszorg dat het zorgveld niet genoeg met de gezondheidszorg als zodanig bezig is geweest, maar te veel met kostenreductie, wetgeving, leveranciersproblemen en dergelijke. De professionals worden afgerekend op het aantal verrichtingen en patiënten/cliënten dat zij gedaan c.q. gezien hebben en niet op de resultaten van hun handelingen. Er wordt niet gestuurd op waarde. Als positieve verandering van de laatste jaren ziet Porter dat de verzekeraars in de gezondheidszorg verzekerden niet meer mogen weigeren en dat er inmiddels concurrentie bestaat tussen de verzekeraars. Vooral dit laatste verbetert de aandacht op de zorg. Wat de zorg betreft benadrukt hij het belang van preventie. (Weegenaar, 2007)

In het coalitieakkoord van de Tweede Kamerfracties van CDA, PvdA en ChristenUnie wordt voor de zorg ook veel belang gegeven aan preventie. GGZ Nederland (GGZ N) heeft preventie ook al enige jaren als een leidend thema. GGZ N is dan ook ingenomen met het regeerakkoord mede omdat de overheveling van de GGZ-cure naar de Zvw doorgaat. Met dit laatste gaat het grootste deel van de GGZ (de kortdurende behandeling en crisisinterventie) verder aangehaakt worden bij de somatische gezondheidszorg. Vaak wordt overigens nog steeds gedacht dat de langdurige, intramurale behandeling van de chronisch psychiatrisch zieke mensen het grootste aandeel in de GGZ is. Op basis van diezelfde gedachte heeft de GGZ behandeling een negatief beeld gekregen. Mogelijk dat dit verandert bij de aansluiting bij de somatische sector. Veel nieuwe ondernemingen in de GGZ proberen overigens concurrentievoordeel te halen uit dit negatieve imago van de reguliere GGZ.

In het sectorrapport GGZ 2003-2005, *Toenemende zorg* (GGZ N, 2006) wordt over de betreffende periode voor de tweedelijns GGZ (en dan alleen voor de organisaties aangesloten bij GGZ N, dus exclusief de gegevens van de vrijgevestigden, PAAZ'en en PAAC's) een gestaag groeiend aantal cliënten waargenomen. Een toename van 19% over de afgelopen twee jaar en 41% over de afgelopen vier jaar. De uitgaven voor de GGZ zijn de afgelopen jaren met 15% gestegen, zodat de geleverde zorg per cliënt is afgenomen. De zorgproductie in de GGZ heeft zich fors uitgebreid. In 2004 steeg de productiewaarde ten opzichte van 2003 met 10%. Met het opnieuw instellen van een budgetplafond in 2005 steeg in dat jaar de productiewaarde maar met 4%. Deze stijging is vrijwel geheel gerealiseerd door uitbreiding van de ambulante zorg. Er zijn relatief veel extra ambulante contacten verstrekt (ook het aantal verrichtingen per behandeling nam toe), maar de verrichtingen op zich waren goedkoper (zo zijn er bijvoorbeeld meer telefonische consultaties gedaan).

Uit het *Nemesis* onderzoek kwam destijds naar voren dat het voorkomen van psychische stoornissen in de Nederlandse bevolking relatief stabiel is. Namelijk bij 25% van de bevolking, vergelijkbaar met het cijfer in de ons omringende landen. Het overgrote deel van deze problematiek komt overigens niet bij de tweedelijns GGZ aan. Er is dus nog een enorm groeipotentieel voor de GGZ-markt. De groeiende vraag naar zorg kon de afgelopen jaren wel redelijk opgevangen worden. De wachttijden zijn in de periode 2003-2005 namelijk vrijwel ongewijzigd gebleven. Alleen kinderen en jeugdigen worden wel geconfronteerd met aanmerkelijk langere wachttijden.

8.2 Voorbeelden van ondernemen in de GGZ :

Hier noem ik een aantal van de grootste en meest bekende instellingen die de afgelopen 10 jaar zijn opgericht. Tevens wat uiteenlopende voorbeelden van de verschillende typen van ondernemen. Ik realiseer mij dat ik me eigenlijk nauwelijks heb verdiept in vergelijkbare initiatieven in de verslaafden zorg en forensische psychiatrie, hoewel dat ook deelsectoren van de GGZ zijn.

8.2.1 HSK Groep:

Landelijke organisatie gespecialiseerd in onderzoek en behandeling van psychische problematiek. Behandelen overwegend medewerkers (van bedrijven of instellingen) die door psychische klachten verzuimen of dreigen te verzuimen. Er wordt vrijwel uitsluitend gewerkt met cognitieve gedragstherapie, klachtspecifieke behandelprotocollen en er wordt veel aan arbeidsproces terugkeerbegeleiding gedaan.

Naast het behandelen wordt er gedaan aan trainingen en opleidingen; assessments; training en coaching voor bedrijven; en wetenschappelijk onderzoek.

Er wordt vanuit inmiddels 19 locaties gewerkt met eigen psychiaters en meer dan 140 psychologen in dienst. De gebruikte methodieken zijn evidence based; er is een kwaliteitsmanagement systeem; en geen wachtlijsten.

De opdrachtgevers zijn landelijke Arbo-diensten, overheidsdiensten en grote, landelijk opererende bedrijven. Het hoofdkantoor staat in Arnhem.

8.2.2 1nP, 1^e netwerk Professionals:

Zie onder andere 7.1.2

8.2.3 Mentaal beter:

Psychologisch, psychotherapeutisch en psychiatrisch specialisten.

Bieden van efficiënte en transparante zorg in de ambulante GGZ. Een particulier initiatief opgestart door twee GGZ professionals. Opgericht in 2004 met als uitvalsbasis Dordrecht. Landelijk actief.

Met een nieuw organisatieconcept is een netwerk van zelfstandig gevestigde GGZ professionals gevormd. Deze zijn samen *Mentaal beter Cure*: 170 zelfstandige GGZ professionals, die snel en laagdrempelig toegankelijk zijn. Men heeft een AWBZ-toelating.

Mentaal beter Werkt doet aan reïntegratie van werknemers met psychische klachten.

Mentaal beter Services levert software voor volledige praktijkautomatisering.

8.2.4 PsyQ:

Zie 7.1.5 en 8.3

8.2.5 Arbeid & Psyche Nederland:

Franchise-organisatie met hoofdbureau te Den Haag. Landelijk netwerk van instellingen, die interventies doen gericht op het voorkomen en behandelen van arbeidsrelevante psychische klachten. Er waren al langer instellingen in Groningen en Den Haag die zich met dit soort interventies bezig hielden, toen in 2001 de ideeën voor dit netwerk ontstonden. Uiteindelijk is het netwerk in 2005 gestart. Momenteel is er een keten van negen zelfstandige ondernemingen. Ook in dit netwerk wordt er veel gebruik gemaakt van web-based tools.

8.2.6 Max Ernst b.v.:

Werkt voor mensen met psychische problemen en psychiatrische stoornissen. Ambulante GGZ-zorg. AWBZ-toelating in de regio's Arnhem, Groningen en Twente. Het lijkt vooral om de wat lichtere psychische problematiek te gaan (vooral depressies en angstproblematiek). Ze hebben nog geen HKZ certificering.

Dienstverlening is snel (binnen zeven dagen een intake en begeleidingsplan), deskundig en laagdrempelig. De cliënt staat centraal en bepaalt zelf het doel van de begeleiding. Er wordt flexibiliteit, efficiëntie en respect toegezegd.

Max Ernst b.v. maakt deel uit van de *Calder Holding*. Hoofdkantoor in Arnhem.

8.2.7 ANNAzorg:

Landelijke instelling die met inzet van een webportal behandelingen doet, waarbij op belangrijke momenten er wel persoonlijk contact is (telefonisch of face-to-face). Er wordt gewerkt met eerstelijns zorgprogramma's. Met name behandeling psychische en psychosomatische klachten.

Men profileert zich met "hulp en consultatie via internet". Men werkt vanuit Zoetermeer.

8.2.8 Stichting Roads:

Ontwikkelen en aanbieden van dagactiviteiten, werkprojecten en scholing voor mensen met ernstige psychische en psychiatrische problemen. Zo doet men aan jobcoaching en reïntegratietrajecten. Men heeft een AWBZ-toelating. Het is een "verzelfstandigde" afdeling van psychiatrisch centrum De Geestgronden. Er zijn inmiddels 23 locaties rond Amsterdam en Haarlem met allen een Dagactiviteitencentrum en een trajectbureau.

8.2.9 Cross Care:

Thuiszorg in de ruimste zin van het woord. Actief in Den Haag en regio Haaglanden. Op de website (met nogal wat fouten) noemt men "nationaal en internationaal het welzijn en welbevinden van mensen met een psychische en/of lichamelijke beperking te bevorderen". En dat ze zich ook richten op zorgwekkende zorgmijders met psychische en verslavingsproblemen. Doel is behoud van zelfstandigheid en herstel in de thuissituatie. Men mikt op besteding van PGB's.

8.2.10 ADHD Behandelcentrum te Rotterdam:

Initiatief van kinderarts Derk Birnie en *High Care Detacheringen (HCD)*.

Vanuit het perifere ziekenhuis waar Birnie werkt, krijgt hij veel vragen rond kinderen met ADHD. Vanuit de grote vraag naar adequate zorg en de relatief beperkte capaciteit is dit initiatief ontstaan. *HCD* is een gespecialiseerde detacheringorganisatie, die sinds 2000 bij ziekenhuizen hoogopgeleide zorgprofessionals tewerk stelt en landelijk bekend is geworden met de inzet van mobiele operatieteams. Ze doen ook aan maatschappelijk ondernemen.

Ondanks deze kapitaalkrachtige participant lijkt het centrum aan de website te zien nog niet echt van de grond te zijn gekomen. Wel noemt men in gesprek te zijn met de zorgverzekeraars om de kosten voor de cliënten te kunnen afwentelen op de verzekering.

8.3 Ondernemen in de GGZ :

Met de introductie van marktwerking in de gezondheidszorg en inmiddels ook steeds meer in de GGZ lijkt dezelfde wet te gelden als eerder aangehaald voor het stimuleren van samenwerking in de GGZ. Namelijk als een ontwikkeling eenmaal is ingezet (het logge apparaat eenmaal in gang is gezet) het niet meer te stoppen is. Dit leidde in de GGZ eerst tot een samenwerkingsfuik en later tot een fusiefuik. Geleidelijk aan lijkt er in de GGZ een **ondernemingsfuik** te ontstaan. Het verder uitdijen van de grote, geïntegreerde GGZ-instellingen wordt een halt toegeroepen. Zo verbood de NMa recent de fusie tussen *Dijk en Duin* met *GGZ Noord-Holland Noord*. Daarentegen ontstaan er steeds meer netwerkorganisaties. Je zou ook kunnen zeggen franchise-organisaties. Dit kunnen nieuwe organisaties zijn die bestaande instellingen of praktijken samenvoegen, zoals *1nP* of *Mentaal beter* voor de ambulante GGZ of *Arbeid & Psyche Nederland* voor arbeidsgerelateerde psychische problemen, maar ook juist opgezet vanuit die grote, geïntegreerde GGZ-instellingen.

Uit *Parnassia* te Den Haag is het eerder genoemde *PsyQ* ontstaan (zie 7.1.5). Het succes van *PsyQ* lijkt te zijn gebaseerd op het organisatieconcept en de marketing daarvan. Er is eerst in 2002 gekozen voor specialisatie en compartimentsering. Alles ingebed in een heldere en duidelijke visie. Het moest gaan om een volledig aanbod van marktgerichte zorg. Met de nieuwe naam kon men loskomen van het negatieve imago dat de grote, geïntegreerde instellingen haast per definitie hebben. Belangrijke waarden zijn: het flexibel in de markt zijn; lage toetredingsdrempels; grote transparantie naar de cliënten én de zorgverzekeraars toe; sterk geprotocoliseerde zorg; en hoge kwaliteit (bijv. HKZ certificering). Door jarenlang de visie uit te dragen binnen de organisatie is de wijze van organiseren de mensen geheel eigen geworden, zodat de start van *PsyQ* in 2005 direct een succes was. Het idee is nu kennelijk dat de *Parnassia Groep* dit organisatieconcept in een franchiseformule gaat verkopen.

De netwerkorganisaties *1nP* en *Mentaal beter* doen min of meer hetzelfde. Zij zijn voornamelijk actief in de ambulante GGZ. Zelfstandige praktijken van psychotherapeuten worden gebundeld met een nieuw organisatieconcept. Centraal staat de innovatieve software ter ondersteuning van het primair proces. Hiermee wordt de zorg meetbaar en transparant. De zorg wordt snel geboden en is makkelijk toegankelijk. Bij *Mentaal beter* is het franchiseconcept het meest duidelijk doorgevoerd. Er is een gebruikersvereniging en een algemene ledenvergadering. Wat productie betreft voegen dit soort organisaties aanvankelijk niet zoveel toe. Ten slotte is het meer het samenvoegen van al bestaande instellingen. Door de nieuwe organisatievorm gaan de instellingen echter steeds efficiënter produceren en tegen concurrerende prijzen. Als er door het aanslaan van de

constructie steeds meer franchisenemers bijkomen, kan de productie natuurlijk wel exponentieel gaan toenemen. Denk aan het succes van de fastfoodketen *Mac Donalds*.

Dat de meeste initiatieven in de extramurale GGZ plaatsvinden is niet zo vreemd, omdat daar de meeste mogelijkheden liggen. Daar groeit de GGZ het hardst. De investeringen hoeven daar ook minder hoog te zijn om iets te starten. De regelgeving voor het starten van een klinische voorziening is erg complex. Kennelijk is het ook belangrijk om de markt van binnen uit goed te kennen, daar de meeste initiatieven zijn opgestart door professionals en vaak op hun eigen vakgebied. Vaak loopt men aan tegen onvolkomenheden in het systeem, waar dan een nieuw initiatief tegenover wordt gesteld. Je zou kunnen zeggen dat dit soort initiatieven vooral uit idealisme zijn gestart. Gaande de rit beseft men pas wat er allemaal bij komt kijken, maar dan is er geen weg meer terug. Dit zijn overigens wel wat Zevenbergen de echte ondernemers noemt. Voor het slagen van deze initiatieven lijkt doorzettingsvermogen van doorslaggevend belang te zijn. Van oogsten in de zin van winstmaken of zelfs van het concurreren op de prijs is door de huidige regelgeving nog geen sprake. Van “geboeid ondernemen” (Putters, 2001) is daarmee in de GGZ wel uitgebreid sprake. Echte marktwerking is in de GGZ nog niet aan de orde. Het prijsmechanisme bestaat nog niet en volledige concurrentie is er ook nog niet.

Behalve dat veel initiatieven door professionals zijn opgestart, zijn ze voor een deel ook uit de bestaande, grote, geïntegreerde instellingen voortgekomen. Dit soort initiatieven richten zich veelal op specifieke hoeken van de markt (nichemarkten).

Volgens Van Waterschoot van het zorgkantoor Noord-Holland Noord is er deze jaren een duidelijke toename van het aantal nieuwe ondernemingen. Waren er in de voorgaande jaren hooguit één à twee nieuwe aanbieders, dit jaar zijn het er zeven. Het zou vooral gaan om niche-spelers die geprotocolleerde, kortdurende zorg aanbieden. Het gaat overigens maar om zo'n 3% van het te verdelen geld.

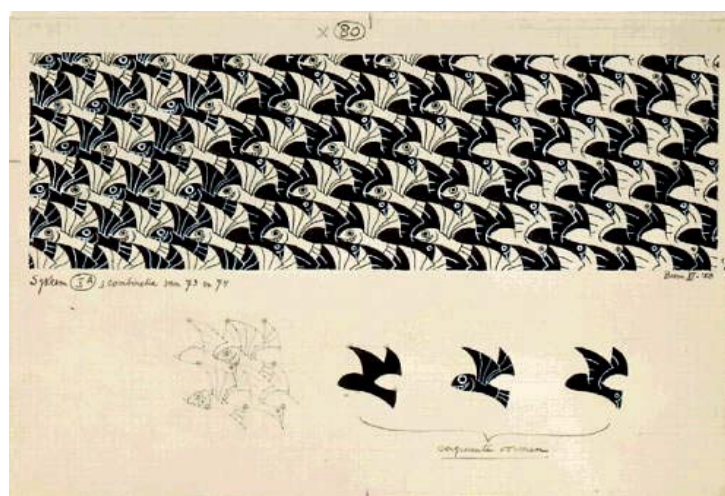
Het maakt ook uit in welk deel van de GGZ een initiatief wordt gestart. Zo zijn er deelsectoren waarvoor extra geld beschikbaar is, meest omdat dergelijke prioriteiten vanuit de politiek zijn bepaald. Momenteel betreft dit de jeugdzorg in het algemeen en de kinder- en jeugdpsychiatrie in het bijzonder. Verder de verslavingszorg (met name casemanagement), jongeren met psychische problemen binnen het justitiële kanaal en autisme. Omdat deze extra geldstromen steeds weer een andere richting op gaan, vanwege het politiek bepaald zijn, is het natuurlijk moeilijk om daar lange termijn beleid op te maken. Voor de grote, geïntegreerde instellingen is het waarschijnlijk beter haalbaar om snel op dit soort ontwikkelingen in te spelen.

8.4 Aanbevelingen :

Om terug te komen op de onderzoeksvragen kan gezegd worden dat de invoering van het nieuwe zorgstelsel en de modernisering van de AWBZ zeker tot meer marktwerking in de gezondheidszorg en geleidelijk aan ook in de GGZ heeft geleid. Met de toegenomen marktwerking is ook het

ondernemerschap toegenomen. Er zijn niet alleen meer instellingen bijgekomen, sommige bestaande instellingen zijn zich ter degen bewust van het met innovatieve initiatieven te moeten komen om straks, bij invoering van het nieuwe zorgstelsel ook in de GGZ, te kunnen overleven. Ik vrees echter dat het grootste deel van de GGZ-instellingen innovatieve initiatieven slechts inzet om tot grotere efficiëntie te komen gericht op kostenbeheersing. Dit zou er toe kunnen leiden dat die instellingen die de mogelijkheden wel zien en hier adequaat op inspelen nog groter en dominanter worden. Voor deelmarkten is het wel mogelijk dat enkele of meerdere nieuwe ondernemingen de nichemarkt gaan beheersen.

Mijn aanbeveling aan het management van de bestaande instellingen is dan ook, dat men de werknemers in alle lagen van de instelling goed bekend maakt met de nieuwe ontwikkelingen en daarmee mogelijkheden. Dat er meer ruimte wordt gegeven aan innovatieve en ondernemende projecten. Het ruimte geven zit enerzijds in het de mogelijkheid bieden tot volgen van opleidingen en deskundigheidsbevordering, anderzijds het bieden van infrastructuur voor het opzetten van deze innovatieve projecten. De aanbeveling naar zorgprofessionals die een nieuw initiatief willen starten, is dat zij eerst goed moeten kijken waar de mogelijkheden liggen. Op welke deelmarkt zij zich het best kunnen richten. Grofweg kan gezegd worden dat het grootste aantal van de nieuwe ondernemingen (die het althans hebben gered) acteren op de deelmarkten psychotherapie en arbeidsgerelateerde problematiek. Ruimdenkend kan de laatst genoemde deelmarkt ook in het kader van preventie gezien worden. Vanaf meerdere kanten (ministerie van VWS, GGZ N, Michael Porter) wordt de nadruk gelegd op het voor de gezondheidszorg gaan richten op preventie. Vervolgens het op tijd regelen van de benodigde erkenningen en toelatingen. Het opzetten van een goed onderneming/businessplan niet alleen voor een goed onderbouwde missie en visie (met name om aan alle transparantie-eisen te voldoen), maar ook om de financiën rond te krijgen. Voor deze laatste zaken is het handig als de zorgprofessional een opleiding in strategisch management volgt, of iemand bij zijn initiatief betreft die voldoende kennis op dat vlak heeft.



M.C. Escher

Literatuurlijst

- Boot, J.M., Knapen, M.H.J.M. (2005). *De Nederlandse gezondheidszorg*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Borghuis, T., De Roo, A.A. (2006). Commentaar bij huiswerkopdracht Porter-analyse, MBA-H.
- Bruinsma, J., De Visser, E. (2007). *Aanbestedingscircus kost handenvol geld*, de Volkskrant, 17 febr. 2007.
- Bruinsma, J., De Visser, E. (2007). *Onnozelen en cowboys in de thuiszorg*, de Volkskrant, 20 jan. 2007.
- GGZ Nederland (2006). *Rapport Toenemende zorg*.
- GGZ Nederland. GGZ direct: directie-informatie. Jaargang 2006.
- Van de Grift, C. (2004). *Efficiëntie in de Geestelijke Gezondheidszorg*. Studie in het kader van de opleiding Strategisch Management voor Organisaties in de Gezondheidszorg. Tias, Tilburg.
- Van der Heyden, A., Nuyten, M.E.M. (2005). *Spelers op de zorgmarkt*. Holland Management Review, nr.2/2005.
- Hoogendoorn, M.M.S. (2005). *Dromen denken durven doen: over ondernemerschap in de zorg*. Amsterdam: ING Medinet.
- Johnson, G., Scholes, K., Whittington, R. (2005). *Exploring Corporate Strategy*. Prentice Hall.
- Klompenhouwer, J-L, Vos-Deckers, G.C. (2005). *De DBC-methodiek*. Afstudeerscriptie postacademische opleiding MBA-H. Erasmus Universiteit. Rotterdam.
- Luijkx, K., Putters, K., De Roo, A.A. (2005). *Verhogen van arbeidsproductiviteit in de zorgsector*. Tranzo. Tilburg.
- Miles, R.E., Snow, C.C. (1978). *Organizational strategy, structure and process*. New York: McGraw-Hill.
- Mintzberg, H. (2004). *Mintzberg over Management*. Amsterdam/Antwerpen: Business Contact.
- Moen, J. (2002). Recensie proefschrift *Geboeid Ondernemen* door Kim Putters. Maartnummer 2002 ZorgVisie.
- Niesink, P. (2006). *Nieuwe basisset prestatie-indicatoren voor ggz-instellingen*. DePsychiater 9, 2006.
- Pleus & Schöndorff. (1997). *Economie voor jou*. NRC Webpagina's.
- Plug, P., Van Twist, M., Geut, L. (2003). *Sturing van marktwerking: de bestuurlijke gevolgen van liberalisering en privatisering*. Assen: Koninklijke Van Gorcum.
- Putters, K. (2001). *Geboeid Ondernemen*. Dissertatie. Van Gorcum.
- Plukker, F. (2006). *Tidemans Zorglabrynt*. Erasmus CMDZ: Rotterdam.
- Porter, M.E. (1980). *Competitive Strategy*. Free Press.
- De Roo, A.A. (2003). Updating paradigms of health care professionals: keynote speech European Healthcare Management Association annual conference. Sicily, Italy.
- De Roo, A.A. (2005). Colleges tijdens MBA-H opleiding 2005-2007.
- Van Pruissen, G.-A., (2006) Directie Macro-Economische Vraagstukken, VWS. College tijdens MBA-H opleiding.
- Vermeulen, M. (2007). *"Ik was in levensgevaar, zei hij, en ik werd bang"*. de Volkskrant, 7 febr. 2007.

- Voetelink, D., Wilders, Y. (2005). *Aanpassen door te ondernemen: de Nederlandse gezondheidszorg op weg naar een andere ordening*. Amstelveen: Reijnen Offset. (KPMG)
- Ministerie van VWS (2005). *Brancherapport GGZ-MZ*.
- Ministerie van VWS (December 2006). Factsheet: Ontwikkelingen in de AWBZ 2007.
- Weegenaar, B. (2007). *Eventbuzz*. Uw gids voor opleiding & training.
- Weggeman, M., Wijnen, G., Kor, R. (2000). *Ondernemen binnen de onderneming: essenties van organisaties*. Deventer: Kluwer.
- Zevenbergen, L. (2006). *En nu laat ik mijn baard staan: creatief ondernemen & sprankelend inspireren*. Amsterdam/Antwerpen: Business Contact.

Geïnterviewde personen

Jaap Maljers, partner Plexus Medical Group/initiatiefnemer o.a. Vision Clinics en Alant Medical/arts.

Edsel Kwidama, directeur zorg PsyQ, Parnassia Groep, Den Haag.

Einte Elsinga, directeur zorginkoop Achmea Zorg.

Ellemieke Nederlof, psychiater GGZ Regio Breda.

Kim Putters, bestuurskundige, tot voor kort Tilburgse School voor Politiek en Bestuur, Lid van de Eerste Kamer der Staten-Generaal.

Remy van Waterschoot, accountmanager GGZ, Univé-Zorg/Zorgkantoor Noord-Holland Noord.

Gerard van Kesteren, voorzitter Raad van Bestuur en oprichter 1nP.